

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA SALUD



Rol de estrés percibido y su afrontamiento en las conductas de salud de estudiantes universitarios de Lima

Tesis para optar por el grado de Magister en Psicología Clínica de la Salud que presenta la licenciada

SILVIA AMANDA BECERRA HERAUD

ASESORA: Dra. Cecilia Chau Pérez-Araníbar

MIEMBROS DEL JURADO: Mg. Mónica Cassaretto B.

Dr. Carlos Iberico A.

Lima, 2013



A mi esposo e hijos, por su apoyo y paciencia

A mis padres, por su aliento y modelo de perseverancia y fuerza de voluntad

Agradecimientos

A Cecilia Chau y Mónica Cassaretto, por su orientación y apoyo durante la realización de este trabajo.

A Doris Miranda y Arturo Calderón, por su ayuda y colaboración en el análisis estadístico de los datos.

A Vicky Arévalo, por su gentil colaboración en la revisión de esta tesis.

A mi tía Cecilia Heraud, por su gran ayuda en la revisión de este manuscrito para que cumpla con las normas adecuadas de la sintaxis y ortografía. A mi sobrina Ana Lucía, por el aporte brindado con sus conocimientos tecnológicos.

A mis queridos amigos, quienes me brindaron su apoyo y aliento durante toda la realización de esta investigación.

En general, a todas aquellas personas que aportaron de una u otra manera a la realización de esta tesis y muy especialmente a mi esposo e hijos, quienes me acompañaron, alentaron y tuvieron paciencia desde el inicio de la maestría y de esta investigación.

Resumen

El presente trabajo investiga el rol del afrontamiento en la relación entre el estrés percibido y las conductas de salud en estudiantes universitarios. Participaron 155 estudiantes en sus primeros años de estudio de una universidad privada de Lima; su promedio de edad fue de 18 años, el 59% fueron mujeres y un 10,3% trabajaba. Se les aplicó en forma anónima medidas del estrés percibido, de los estilos y las estrategias de afrontamiento y de las conductas de salud. Los análisis de regresión múltiple jerárquica indican que la variable afrontamiento es la que mejor predice las conductas de salud. El afrontamiento centrado en la emoción constituyó un estilo que afecta favorablemente a los hábitos del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, el del sueño y descanso y el autocuidado y cuidado médico, mientras que el evitativo lo hace en forma desfavorable. El efecto del estilo centrado en el problema fue diferente según la conducta de salud implicada. Las estrategias del uso de la religión y búsqueda de soporte social por razones emocionales fueron predictores positivos sobre algunas conductas de salud, mientras que la de uso de drogas fue adversa. El estrés no constituyó una variable predictora sobre alguna conducta de salud. Se discute las posibles explicaciones de este hallazgo. Los resultados de la presente investigación pueden servir para ayudar a diseñar estrategias de promoción y prevención con el fin de fomentar la adopción de conductas saludables en los estudiantes.

Palabras Clave: estrés percibido, estilos y estrategias de afrontamiento, conductas de salud, estudiantes universitarios

Abstract

This research investigates the role of coping in the relationship between perceived stress and health behaviors in college students. 155 students participated in the study, they were in their first years of study at a private university of Lima, their average age was 18 years, 59% were women and 10.3% worked. They were administered anonymously measures of perceived stress, styles and coping strategies and health behaviors. Hierarchical multiple regression analysis indicated that the coping variable predicts better health behaviors. The emotion-focused coping was a style that favorably affects alcohol, tobacco and other drugs intake, sleep and rest and self-care and medical care, while avoidant does unfavorably. The effect of problem-focused coping style was different depending on the health behavior involved. The strategies of using religion and seeking social support for emotional reasons were positive predictors on some health behaviors, while drug use was adverse. The results of this research can be used to help design promotion and prevention strategies in order to encourage the adoption of healthy behavior in students.

Keywords: perceived stress, coping styles and strategies, health behaviors, college students

Tabla de Contenidos

Introducción	1
Método	13
Participantes	13
Medición	14
Estrés percibido	14
Estilos y estrategias del afrontamiento	15
Conductas de salud	16
Procedimiento	18
Resultados	21
Discusión	27
Referencias bibliográficas	41
Apéndice A Instrumentos	51
Apéndice A1 Hoja de consentimiento informado	52
Apéndice A2 Ficha de datos	53
Apéndice B Análisis Estadísticos	55
Apéndice B1 Confiabilidad por consistencia interna y correlaciones ítem-test corregidas de la escala de estrés percibido	56
Apéndice B2 Confiabilidad por consistencia interna y correlaciones ítem-test corregidas por escalas y estilos del COPE	57
Apéndice B3 Confiabilidad por consistencia interna y correlaciones ítem-test corregidas por áreas del cuestionario de con- ductas de salud	61
Apéndice B4 Pruebas de normalidad de los datos de acuerdo al esta- dísticoKolmogorov-Smirnov Z	63

Introducción

La presencia de estrés a nivel mundial es un fenómeno que está ampliamente diseminado, observándose que uno de cada cuatro individuos sufre de algún problema grave asociado al estrés; es por ello que se puede afirmar que el fenómeno del estrés está presente en todos los medios y ambientes, aunque se encuentra en mayor medida en las ciudades, en el ámbito laboral y en las mujeres (Oblitas, 2010).

La reacción o respuesta de estrés, también denominado estrés percibido; se puede definir como las reacciones fisiológicas, cognitivas, emocionales y conductuales que aparecen en situaciones de desasosiego y dificultades físicas y sociales que nos abruman. Es importante diferenciarla de los estresores o factores estresantes, los cuales se refieren a las situaciones que provocan tales reacciones. Bajo un marco teórico más amplio, se considera que el término estrés se refiere al proceso transaccional de intercambio e influencia recíproca entre una situación estresante y el organismo, fruto de la cual podría darse la respuesta de estrés (Fierro, 1996).

El principal representante de la teoría del estrés basada en la interacción es Richard Lazarus. Su teoría acentúa los factores psicológicos que median entre los estímulos estresores y las respuestas de estrés, factores que se refieren al tipo de pensamientos evaluativos que la persona tenga respecto a lo que ocurre. Es así que el malestar se originará cuando las demandas impuestas por la situación, son percibidas o valoradas como excedentes a las habilidades para afrontarla (Lazarus & Folkman, 1986).

En la actualidad el estrés es un tema importante a considerar, tanto porque genera tensión psicológica como porque produce cambios corporales que pueden tener consecuencias adversas en la salud a corto y largo plazo (Davis & Brantley, 2004; DiMatteo & Martin, 2002; Oblitas, 2010). Cuando un individuo experimenta estrés, se produce una activación de su sistema nervioso simpático, secretándose catecolaminas, epinefrina y norepinefrina, así como una activación del eje hipotálamo-adenohipófisis-corteza suprarrenal, secretándose glucocorticoides. Los efectos fisiológicos directos que se producen por todos estos cambios van a elevar los lípidos o grasas, elevar la presión arterial, decrecer la inmunidad celular y aumentar la actividad hormonal. Todo esto puede conllevar a que la persona, en conjunción con otros factores, sufra de diferentes

enfermedades como problemas cardiovasculares, cáncer, asma, artritis reumatoide, diabetes mellitus, desórdenes psiquiátricos, alteraciones del sueño, problemas en el funcionamiento verbal, la memoria y la concentración, entre otros (Amigo, Fernández & Pérez, 2003; Brannon&Feist, 2001; Odgeon, 2007; Taylor, 2007).

Sin embargo, hay que señalar que la vivencia del estrés a niveles bajos y de forma temporal tiene efectos leves en nuestra salud e, inclusive, puede ser beneficiosa ya que hace que el individuo desarrolle recursos adaptativos para enfrentar la situación estresante (Lazarus&Folkman, 1986). No obstante, cuando ésta es intensa y/o prolongada, nos enfrentamos a una situación crónica que puede alterar nuestro estado de ánimo, alterar la homeostasis corporal, afectar nuestra salud, deteriorar nuestra actividad cognitiva, afectar nuestro rendimiento y entorpecer nuestra relación con los demás (Cassaretto, 2009; Labrador & Crespo, 1994).

La presencia de sentimientos de estrés no es un fenómeno ajeno a la experiencia universitaria (Ahern &Norn, 2011). Diversas investigaciones señalan que los estudiantes universitarios experimentan niveles de estrés que fluctúan entre moderados a altos, especialmente en los primeros cursos de la carrera y en los periodos inmediatamente anteriores a los exámenes (American CollegeHealthAssociation [ACHA], 2011; Burris, Brechting, Salsman&Carlson, 2009;Cassaretto, Chau, Oblitas y Valdéz, 2003; Feldman et al, 2008; Lema et al, 2009; Meda et al, 2008). Además, se reporta que entre las principales fuentes de estrés se encuentran los exámenes, la distribución de su tiempo, la excesiva cantidad de material para estudiar (Feldman et al, 2008; Menéndez, 2010), como también la presión que experimentan debido a las expectativas familiares acerca de su rendimiento académico, la realización paralela de un trabajo, relacionesproblemáticas con la familia, con sus pares y con personas del sexo opuesto y temas financieros (Chau &Van Den Broucke, 2005; Menéndez, 2010).

Experimentar estrés en forma intermitente o continua y no ser capaz de enfrentar adecuadamente los diferentes estresores que un joven universitario encara, lo pueden llevar al desarrollo de múltiples problemas, que van desde dificultades de concentración, fatiga, poco interés en el estudio, ansiedad, síntomas somáticos, depresión, intentos suicidas, desórdenes del apetito y otras enfermedades psiquiátricas (Becker et al, Duane et al, Kugu et al, Vaez&Laflamme, como se cita en Burris, Brechting, Salsman&Carlson, 2009;

Caballero, Abello & Palacio, 2007); lo cual, definitivamente va a influir sobre su salud y bienestar (Davis & Brantley, 2004; Guarino, Gavidia, Antor & Caballero, 2000). Asimismo, los predispone a la deserción de la universidad (Araas, 2008).

Por otro lado, es importante considerar que la ausencia o la baja percepción de estrés en estudiantes universitarios también podría tener efectos adversos en su rendimiento académico; así, en una investigación realizada en España con 141 alumnos universitarios, Pérez San Gregorio, Rodríguez, Borda y Del Río (2003) encontraron una tendencia a obtener calificaciones más bajas en alumnos con un nivel de estrés agudo bajo y calificaciones más altas en los alumnos con un nivel de estrés agudo moderado o alto.

Este hallazgo nos lleva a considerar que la presencia de estrés y las consecuencias adversas que éste podría conllevar dependen no tanto de la exposición del individuo a eventos estresores, sino de factores mediadores que lo puede ayudar a regular este estrés y a adaptarse a la situación estresante. Es así que cuando una situación ha sido valorada como amenaza real o potencial, la respuesta de estrés y sus efectos sobre la salud estará condicionada por la eficacia de las actuaciones que ponga en marcha el individuo para hacer frente a tal amenaza (Fierro, 1996).

Una de estas actuaciones es lo que se ha denominado en la literatura científica como estrategias de afrontamiento. El afrontamiento es definido como “los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus & Folkman, 1986; p. 164).

Carver, Scheier y Weintraub (1989) mencionan que actualmente existen dos posturas explicativas sobre la manera en que las diferencias individuales podrían influir en el afrontamiento: la que propone que las estrategias de afrontamiento tienen un carácter estable y la que enfatiza el carácter situacional de éstas. La primera postura, llamada afrontamiento disposicional, sostiene que las personas llevan consigo un conjunto de estrategias de afrontamiento preferidas que podrían ser consideradas a manera de estilos de afrontamiento, pues representan tipos de afrontamientos que provienen de dimensiones de la personalidad y, por ende, permanecen relativamente fijos a través del tiempo y las circunstancias. La segunda postura enfatiza el carácter situacional de las estrategias de afrontamiento. En esta línea, Lazarus y Folkman (1986) conceptualizan el afrontamiento como un proceso

cambiante y dinámico donde la gente combina distintas estrategias, aplicándose de múltiples formas a medida que la relación del individuo con el entorno varía. La dinámica que caracteriza el afrontamiento como proceso se debe a que los cambios son consecuencia de las continuas evaluaciones y reevaluaciones de la cambiante relación individuo-entorno. Actualmente, la perspectiva moderna acepta que el afrontamiento puede ser entendido tanto en términos estables (disposicional) como temporales (situacional); dependiendo del contexto el sujeto recurrirá a alguno de ellos (Carver et al, 1989).

Las estrategias que el individuo despliegue para afrontar la situación podrían no llevarle a resolver la situación de estrés y a adaptarse satisfactoriamente a ella, sin embargo si el afrontamiento es efectivo, la persona sentirá alivio, orgullo y felicidad; si no es así, la reacción de estrés continuará y se volverá crónica. Por ello, podemos considerar al afrontamiento como un mediador importante en la respuesta emocional, resultados positivos se asocian con ciertas estrategias de afrontamiento y los resultados negativos con otro tipo de estrategias (Lazarus&Folkman, 1986; Lazarus, 1993).

Existen varios estudios sobre afrontamiento en estudiantes universitarios en nuestro contexto (Alcalde, 1998; Boullosa, 2013; Cassaretto et al, 2003; Casuso, 1996; Chau, 1998, 2004; Mikkelsen, 2011; Moreano, 2006; Torrejón, 2011). En la mayoría de ellos se ha encontrado que los estilos más utilizados son, en primer lugar, el estilo centrado en el problema, seguido por el estilo centrado en la emoción y, en menor medida, el estilo evitativo.

Los dos primeros estilos fueron explicados en un inicio por Lazarus y Folkman (1986). El primero aparece cuando las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno resultan evaluadas como susceptibles de cambio y, la segunda, cuando se evalúa que poco o nada puede hacerse para cambiar estas condiciones y en vez de centrar su atención en modificar el contexto, dirige sus esfuerzos a cambiar su emoción. El primero implica la ejecución de pasos activos dirigidos a remover o reducir el estresor o sus efectos, modificando las variables ambientales y/o personales; y el segundo se refiere a los esfuerzos dirigidos a regular las respuestas emocionales hacia el estresor y reducir los sentimientos negativos asociados al mismo (Carver et al, 1989; Lazarus&Folkman, 1986).

Sin embargo, los especialistas en el tema mencionan que el término afrontamiento incorpora múltiples dimensiones y que surgen problemas si nos basamos exclusivamente en

esta distinción, debido a que hay estrategias que no pueden ser ubicadas en alguno de estos grupos; hay otras que podrían ser ubicadas en ambos y, finalmente, que usar un tipo de estrategia puede facilitar el resultado del otro tipo (Carver, 2011). Es así que una distinción más útil es la referida a estrategias de aproximación o de enfoque (esfuerzos de lidiar directamente con el estresor o las emociones evocadas por éste) y las evitativas (intentos de escapar, de una manera u otra, de tener que lidiar con el estresor, lo cual constituye mayormente estrategias focalizadas en la emoción, como por ejemplo pensamiento iluso o soñador y el uso de la fantasía, la negación o el uso de alcohol o drogas). También se han estudiado otras estrategias que pueden ser efectivas, como involucrarse en experiencias que inducen emociones positivas, el encontrar beneficios en la adversidad y el uso de la espiritualidad o la religiosidad como forma de encontrar una sensación de paz o un significado a los eventos adversos (Carver, 2011).

Las investigaciones respecto a los estilos señalan que el afrontamiento centrado en el problema es el de mayor utilidad para la persona, en tanto ésta se relaciona con un mayor bienestar físico y resultados positivos en la salud. Por el contrario, aquellos sujetos que preferentemente utilizan estrategias paliativas, como las centradas en la emoción y la evitación tanto conductual y/o cognitiva, manifiestan un mayor malestar físico, problemas de distrés y resultados psicológicos pobres (Carver & Scheier, 1994; Davis & Brantley, 2004). Sin embargo, es importante señalar que el éxito de las respuestas de afrontamiento dependerá más de la naturaleza del estresor y del contexto particular en que se presente el evento (Taylor, 2007), por lo tanto, sería mejor considerar que el contar con estrategias mixtas y específicas a la situación pueden ser de mayor beneficio (Smith & Kirby, 2011).

En esta línea, en una investigación realizada con 229 estudiantes universitarios de primer año en Japón, Sasaki y Yamasaki (2007) encontraron que un incremento del uso de estrategias focalizadas en la emoción como expresión emocional y búsqueda de soporte emocional predijeron un pobre estatus de salud, pero que usar estrategias focalizadas en el problema como reinterpretación cognitiva y solución de problemas predijo un mejor estatus de salud.

Analizando ya no los estilos, sino las estrategias de afrontamiento que los estudiantes universitarios utilizan con mayor frecuencia cuando se enfrentan a una situación estresante, las investigaciones realizadas en nuestro medio con el Cuestionario de

Estimación del Afrontamiento (COPE) (Carver et al, 1989) mencionan que priman la reinterpretación positiva, la planificación, el afrontamiento activo y la búsqueda del apoyo social por razones instrumentales (Alcalde, 1998; Cassaretto et al, 2003; Casuso, 1996; Chau, 2004; Torrejón, 2011). Las investigaciones realizadas con la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) (Frydenberg & Lewis, 1997) reportan que prevalecen las estrategias de esforzarse y tener éxito, la preocupación, concentrarse en resolver el problema y buscar diversiones relajantes (Boullosa, 2013; Mikkelsen, 2011; Moreano, 2006). Sin embargo, otra investigación realizada con 130 estudiantes de enfermería de una universidad pública con este mismo instrumento encontró que estas estrategias eran utilizadas en un segundo lugar, anteponiéndose más bien estrategias como ignorar el problema y fijarse en lo positivo (Berrios, 2006).

Entre las estrategias menos utilizadas por los estudiantes universitarios, las investigaciones realizadas en nuestro medio con el COPE reportan que están la negación, el desentendimiento conductual y el acudir a la religión (Alcalde, 1998; Cassaretto et al, 2003; Casuso, 1996; Chau, 2004; Torrejón, 2011). De manera similar según las investigaciones realizadas con el ACS, entre éstas están el ignorar el problema, la falta de afrontamiento y la reducción de la tensión (Boullosa, 2013; Mikkelsen, 2011; Moreano, 2006).

En conclusión, se observa que las principales estrategias que utilizan los estudiantes universitarios de nuestro medio son estrategias productivas y funcionales, lo cual los podría llevar a afrontar adecuadamente los diferentes estresores que encaran, entre ellos los relacionados a su vida académica. Sin embargo, aun cuando priman estilos y rasgos de personalidad saludables en la mayoría de los estudiantes, todos los estudios señalan que existe un grupo variable de ellos que se encuentran en condición de riesgo para el desarrollo de problemáticas que pueden demandar esfuerzos de prevención primaria, secundaria y terciaria.

Por otro lado, es importante recalcar que el estrés percibido y su afrontamiento no son los únicos aspectos que afectan nuestra salud y bienestar, sino que la presencia de enfermedades también asocia el estrés con otros factores, como las conductas relacionadas a la salud (Davis & Brantley, 2004; Ng & Jeffery, 2003; Ogdeon, 2007; Taylor, 2007).

El tema de las conductas relacionadas a la salud nos lleva a considerar, en una forma más amplia, el concepto de estilo de vida. Aunque en los diversos modelos sobre la

salud se plantea que el estilo de vida incluye entre sus componentes las creencias, las expectativas, los motivos, los valores y las conductas que mejor representan o describen un modo de vivir, empíricamente sólo se ha demostrado que son las conductas las que tienen una influencia directa en la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2002; Salazar, Varela, Lema, Tamayo & Duarte, 2010). Es por esta razón que bajo un enfoque más pragmático, se defina el estilo de vida como ciertas pautas de comportamiento cuyo efecto es la promoción de la salud o la potenciación de los riesgos (Oblitas, 2010).

Cuando este estilo de vida lleva a la preservación de la salud se habla de un estilo de vida saludable. Arrivillaga, Salazar y Correa (2003) mencionan que los estilos de vida saludables incluyen, entre otros, la instauración y el aumento o disminución de comportamientos relacionados con la condición y actividad física, los hábitos alimenticios, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, la recreación y el manejo del tiempo libre, el autocuidado y el cuidado médico y el sueño.

A nivel internacional y también en Latinoamérica, se han realizado varias investigaciones respecto a las conductas relacionadas a la salud que generalmente están presentes en los estudiantes universitarios. Los resultados son amplios y muy diversos. En una vasta investigación realizada a nivel nacional con 30,093 estudiantes universitarios en Estados Unidos por la American CollegeHealthAssociation (ACHA, 2011), se encontró que si bien el 92% de los estudiantes de educación superior percibían su salud como buena, muy buena o excelente, esta percepción no coincidía con los principales hábitos de salud encontrados. Así, se observó que el 24% de los estudiantes de educación superior no hace ejercicios; el 61.2% consume 1 o 2 veces por día frutas y vegetales; el 59.8% ha usado alcohol, el 14.9% cigarrillos, el 14.2% marihuana y el 13.5% otras drogas en los últimos 30 días y, por último, el 90.5% tiene un problema con la somnolencia durante sus actividades diarias.

Respecto a los resultados de estudios realizados en Latinoamérica, en México Meda et al (2008) encontraron en una muestra de 405 estudiantes del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de Guadalajara, que el 75% percibe su salud entre buena y muy buena y que la mayoría cuida de ella. Sin embargo, resaltan que existen porcentajes significativos de estudiantes que declaran realizar ciertas conductas de riesgo para su salud, como no

hacer alguna actividad física (el 23% de la muestra), fumar (27%) y tener relaciones sexuales sin protección (15%).

A su vez, en Colombia se han realizado varias investigaciones. Lema et al (2009) evaluaron a 598 estudiantes de una universidad privada, encontrando que existe un predominio de prácticas saludables en todas las dimensiones evaluadas con excepción de ejercicio y actividad física. Más bien, Alonso, Pérez, Alcalá, Lubo y Consuegra (2008) en una investigación con 540 estudiantes universitarios encontraron que las conductas de riesgo son prevalentes entre ellos pues sólo un bajo porcentaje realiza actividad física moderada y vigorosa y que su dieta es pobre en frutas y vegetales y rica en carbohidratos y lípidos. Páez y Castaño (2010) en un estudio realizado con una muestra de 172 alumnos universitarios colombianos encontraron la presencia de algunas conductas de riesgo que podrían constituir factores de riesgo para la salud, como la presencia de problemas y dependencia al alcohol, práctica no regular de protección versus una enfermedad de transmisión sexual y un embarazo, alimentación mayormente inadecuada, actividad física insuficiente y sedentarismo. Salazar y Arrivillaga (2004) en un estudio más amplio realizado con 4,416 estudiantes en una universidad de Colombia, reportan que el 95% tiene en general un estilo de vida saludable o muy saludable pero los hallazgos específicos en la dimensión de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas muestran un estilo de vida poco saludable, lo que indicaría que los jóvenes están incurriendo en prácticas de riesgo.

Finalmente, en relación a los estudios realizados en el Perú, cabe mencionar los resultados encontrados por el Grupo de Opinión Pública de la Universidad de Lima según una encuesta realizada en el 2005 a 1,256 estudiantes universitarios pertenecientes al Consorcio de Universidades. En cuanto a la actividad física, ellos encuentran que el 46.5% de los estudiantes no practica algún deporte y que el 46% de los que sí lo practican lo hace 1 a 2 veces por semana (por debajo de los requerimientos recomendados). En cuanto a la salud nutricional, encuentran que los jóvenes tienen un bajo consumo de frutas y verduras y un alto consumo de proteínas y calorías, lo que sumado al sedentarismo los podría poner en riesgo de ser obesos. Por último, en cuanto a su estado de salud, el 78.6% de la muestra considera su salud como buena y muy buena, sin embargo contradictoriamente se encontró que el 37.3% fuma cigarrillos, el 63.1% consume bebidas alcohólicas y el 4.9% consume otras drogas.

Como se puede observar, en general las investigaciones realizadas sobre el tema de las conductas de salud de los estudiantes universitarios concluyen que porcentajes variables según la conducta implicada, pero significativos, presentan conductas de riesgo que si se mantienen a largo plazo podrían llevarlos a desarrollar enfermedades crónicas y, eventualmente, a la muerte (Rodríguez, Ríos, Lozano & Alvarez, 2009). Estas conductas se refieren principalmente a la inactividad física, al consumo de alimentos no saludables y al consumo de tabaco y bebidas alcohólicas en forma excesiva.

El estudio del estilo de vida o conductas de salud cobra una importancia significativa en la actualidad debido a los cambios que se han dado en los últimos años en las principales causas de morbi-mortalidad en la población mundial. Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), en los países industrializados estas causas han pasado de ser las referidas a trastornos infecciosos, tuberculosis, gripe, sarampión y poliomelitis por otros trastornos cuyas causas son prevenibles y directamente relacionadas con lo que los individuos hacen o dejan de hacer en la mayor parte de su vida, como el cáncer al pulmón, las enfermedades cardiovasculares, el abuso del alcohol y otras sustancias y los accidentes automovilísticos.

El Perú, a pesar de ser un país en vías de desarrollo, no es ajeno a esta realidad. Según informes epidemiológicos, el Perú se encuentra en una fase postransicional, lo que significa que la mayor causa de muertes en el país es debido a enfermedades no transmisibles (principalmente enfermedades cardio y cerebrovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades mentales) y a las lesiones accidentales e intencionales (Valdéz, Ramos, Miranda & Tovar, 2010). Algunos autores señalan que estas dolencias y muertes podrían ser sustancialmente reducidas alterando ciertos hábitos que se constituyen como factores de riesgo (Oblitas, 2010; Taylor, 2007). Es así que la relevancia del estilo de vida en el estatus de salud, expresado a través de las conductas de salud, es algo evidente y por ello se hace prioritario para las políticas de salud de un país el tener como objetivo la promoción de conductas en pro de la salud.

La literatura científica ha reportado que existe un vínculo, aunque indirecto, entre el estrés percibido y la enfermedad a través de la modificación de las prácticas o conductas de salud (Brannon&Feist, 2001; Carver, 2011; Oblitas, 2010). En este sentido, la experiencia del estrés puede alentar al individuo a involucrarse en conductas que comprometen su

salud, conductas que a corto plazo son placenteras, pero que sin embargo no son saludables (Araas, 2008; DiMatteo& Martin, 2002). Brannon y Feist (2001) y Gil y López (2004) señalan que un elevado nivel de estrés puede llevar a asumir comportamientos de riesgo para la salud como fumar, beber de manera excesiva alcohol, consumir drogas o alterar los hábitos alimentarios; asimismo lo puede llevar a no tener tiempo para ejercitarse ni para dormir. Se podría decir que estas conductas tienen la intención de disminuir el estrés, entonces pueden ser consideradas como una estrategia de afrontamiento focalizada en la emoción, aunque a largo plazo son, evidentemente, dañinas para el individuo (Carver, 2011).

Como Krueger y Chang (2008) señalan, el estrés percibido es un estado afectivo negativo que los individuos pueden intentar aliviar o afrontar a través de conductas no saludables. Indican que una persona puede iniciar el consumo de tabaco, incrementar su consumo de alcohol, ejercitarse menos frecuentemente o llegar a la inactividad física, aumentar el consumo de harinas y grasas en la dieta diaria con el fin de afrontar en forma efectiva el estrés pues a corto plazo puede reducirlo. Sin embargo, han demostrado que estas conductas pueden llevar a la persona a aumentar el riesgo de morbilidad y mortalidad en el futuro.

En el caso de los estudiantes universitarios, Weidner, Kohlmann, Dotzauer y Burns (1996) confirmaron esta idea al realizar una investigación en Gran Bretaña con 133 estudiantes universitarios, en la cual encontraron que conductas de salud como el ejercicio, la nutrición, el auto cuidado y la evitación de la droga empeoraron bajo el efecto del estrés académico.

A pesar de todo lo mencionado, no hay que olvidar que las estrategias de afrontamiento pueden mediar el impacto negativo que el estrés tiene sobre el individuo, llevándole a realizar prácticas que promuevan su salud y que más bien no la pongan en riesgo (DiMatteo& Martin, 2002; Hu, Taylor, Blow& Cooper, 2011; Mahmoud, Staten, Hall &Lenni, 2012); a su vez, es innegable el efecto positivo que ciertas prácticas de salud tendrán en la regulación del estrés (Jiménez, Martínez, Miró & Sánchez, 2008; Wooten, 2010). En esta línea, una investigación realizada por Wichianson, Bughi, Unger, Spruijt-Metz y Nguyen-Rodriguez (2009) en EEUU con 95 estudiantes universitarios, encuentra que experimentar altos niveles de estrés puede llevar a conductas de comer por la noche

debido al uso de estrategias de afrontamiento maladaptativas. Sin embargo, no existe aún claridad completa sobre el vínculo mediador que pueden tener los distintos tipos de afrontamiento en la relación entre el estrés percibido y cada una de las conductas de salud.

El inicio de la vida universitaria marca un hito importante en la historia de desarrollo de un individuo. En términos de edad coincide con los años de la adolescencia tardía y el inicio de la adultez temprana (17 años hasta los 25 o un poco más de años, usualmente). Se espera que al finalizar esta etapa el individuo haya logrado no sólo un completo desarrollo físico y cognitivo, sino que esté próximo (o al menos en camino) de lograr su autonomía o madurez en sentido emocional, social y económico (Berger, 2001, 2007). El logro de esta importante tarea de desarrollo lo va a llevar a ser un adulto maduro y capaz de asumir la responsabilidad de cuidarse y cuidar a otros significativos, en un amplio sentido de la palabra. Esto implica que llegue a adoptar un estilo de vida saludable y a implementar conductas en pro de mantener un buen estado físico y salud general. Es por ende crucial prestar atención a esta etapa de vida debido a que si bien, es referida por diversos autores del desarrollo humano como una etapa en la que gozamos del mejor estado de salud, es durante ésta que se desarrollan e instalan patrones de comportamiento relacionadas a la salud, sean beneficiosos o de riesgo (Santrock, 2007).

Como Posada-Lecompte (como se cita en Páez & Castaño, 2010) afirma, el ingreso al ambiente universitario cambia actitudes y rutinas, se modifican los hábitos y el estilo de vida; es así que surgen actividades y hábitos que pueden afectar su calidad de vida y su salud en el futuro. Es por ello que se hace imperativo que las instituciones de educación superior promuevan la educación para la salud mediante programas de carácter multidisciplinario con el fin de hacer que los jóvenes se responsabilicen del papel activo que deben desempeñar en la promoción de su salud. Es importante motivarlos hacia la construcción de un proyecto de vida saludable como parte de su formación académica (Rodríguez et al, 2009).

Asimismo, es relevante generar en ellos habilidades que los orienten a lidiar efectivamente con el estrés y, finalmente, a adaptarse a las situaciones cambiantes y demandantes de su vida, especialmente las que provienen del área académica.

En base a todo lo analizado es que se planteó como objetivo de la presente investigación, analizar la influencia que tiene el estrés y su afrontamiento sobre las

prácticas o conductas de salud en un grupo de estudiantes en sus primeros años de estudio de una universidad privada de Lima. A nivel internacional existen muy pocos estudios acerca del rol del afrontamiento en la relación entre el estrés percibido y las conductas de salud en estudiantes universitarios, los cuales además de centrarse en alguna conducta de salud (Wichianson et al, 2009), incluyen otras variables que complejizan esta relación (Sun, Buys, Stewart & Shum, 2011). Esta investigación constituye un aporte original para analizar este tema en estudiantes universitarios en nuestro contexto pues en éste sólo se han realizado estudios que analizan estas variables por separado o relacionándolas con otras variables de interés.

Los resultados de la presente investigación pueden aportar valiosa información que ayude posteriormente a promover hábitos adecuados de salud entre los estudiantes y fomente su salud integral, objetivo prioritario propuesto por el Ministerio de Salud en su Resolución Ministerial No. 968-2010/MINSA, bajo el lema “Promoviendo Universidades Saludables” (Ministerio de Salud [MINSA], 2010). Se entiende por universidad saludable aquella que incorpora la promoción de la salud a su proyecto educativo y laboral, con el fin de propiciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de quienes allí estudian o trabajan y, a la vez, formarlos para que actúen como modelos o promotores de conductas saludables a nivel de sus familias, en sus futuros entornos laborales y en la sociedad general.



Método

Participantes

La población seleccionada para este estudio son los alumnos de la Facultad de Letras de una universidad privada de Lima. La mayoría de ellos cursan los dos primeros años de sus estudios de pregrado.

La muestra en la que se basa el presente estudio está conformada por 155 estudiantes, quienes accedieron voluntariamente a participar después de explicarles la naturaleza de la investigación y el respeto a las normas éticas de anonimato, integridad y participación voluntaria (ver Apéndice A1).

El promedio de edad de la muestra es de 18.22 años ($DE = 1.3$), con un rango entre 16 y 22 años. La mayoría son mujeres (59%) y solteros (99.4%). Del total ($n=153$), el 77.1% ha nacido en Lima, un 19% en provincia (mayormente en la sierra) y un 3.9% en el extranjero. El 53.5% de los estudiantes se encuentra cursando el primer año de universidad y un 35.3%, el segundo. La mayoría se dedica íntegramente al estudio (89.7%) y los que sí trabajan, se desempeñan mayormente como profesores por horas.

Respecto a las variables de salud, se reporta que un porcentaje considerable ha presentado por lo menos una enfermedad en el último año (65.2%), siendo las quejas o motivos reportados más frecuentes la tensión en el cuello y/o espalda, los dolores de espalda y cabeza y las molestias estomacales (41.9%, 39.4%, 25.8% respectivamente). Le siguen, en ese orden, los problemas de ansiedad (24.5%), enfermedades respiratorias (15.5%), depresión (12.3%), insomnio (9.7%) y migrañas (9%).

En cuanto al índice de masa corporal (IMC), la media presentada por las mujeres es de 21.6 ($DE = 2.78$, $n = 90$), con un rango entre 16 y 35; y el de los hombres es de 23.1 ($DE = 2.64$, $n = 60$), con un rango entre 18 y 30. Ambos índices se encuentran, según las tablas de la OMS, dentro de los límites de un peso normal (IMC entre 18 y 24); sin embargo, un 5.3% de la muestra se encuentra por debajo de este peso y un 16% presenta sobrepeso. Finalmente observamos que la mayoría de los estudiantes percibe actualmente su salud como buena (54.2%), muy buena (31%) o excelente (5.8%).

Medición

Estrés percibido

Para la investigación se utilizó la Escala de Estrés Percibido (The Perceived Stress Scale-PSS) elaborado por Cohen, Kamarck y Mermelstein en 1983. Esta escala busca evaluar el grado en el cual los individuos valoran como estresantes las situaciones de su vida, en base a la definición de estrés psicológico propuesto por Lazarus y Folkman (Cohen et al, 1983). La escala original consistió de 14 ítems que evaluaban el grado en que las personas encuentran la vida de ser impredecible, incontrolable o abrumadora y ha sido utilizada en muestras con susceptibilidad a enfermedades respiratorias, cáncer de próstata, estrés en cuidadores de pacientes crónicos, estrés académico, estrés relacionado con infección por VIH y SIDA y estrés en pacientes psiquiátricos (como se cita en Remor, 2006).

La escala incluye preguntas directas sobre los niveles de estrés experimentados en el último mes. Utiliza un formato de respuestas tipo likert de cinco alternativas con un rango de 0 (nunca) a 4 (siempre) y el puntaje total se obtiene invirtiendo los puntajes de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 y después sumando todos los 14 ítems. La escala puntúa de 0 a 56, donde las puntuaciones superiores indican un mayor estrés percibido.

Posteriormente se ha estudiado dos versiones reducidas, una con 10 ítems y otra con 4 (Cohen et al, 1983). La versión corta de 10 ítems se obtiene invirtiendo el puntaje de los 4 ítems positivos (6, 7, 8 y 9) y después sumando todos los 10 ítems (1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 14). Esta escala ha sido traducida y validada en una muestra española por Remor y Carrobles en el 2001, demostrando un buen desempeño de la escala en evaluar el estrés percibido (como se cita en Remor, 2006). Por su parte Remor en el 2006 realizó un estudio en donde demostró que la versión española de la PSS (14 y 10 ítems) presenta una adecuada fiabilidad (consistencia interna, alfa de Cronbach=0.81 y de 0.82 respectivamente y test-retest después de un lapso de dos semanas, $r=0.73$ y 0.77 respectivamente) y validez (concurrente para ambas utilizando la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión - Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS) (Remor, 2006).

Este instrumento, en sus diferentes versiones, ha sido ampliamente utilizado en la investigación y la clínica para explorar la relación del estrés percibido con otras variables como la ansiedad y depresión, optimismo, síntomas psicosomáticos, presión arterial,

migraña, burnout, entre otros; mostrando también una adecuada confiabilidad y validez (como se cita en Pedrero & Olivar, 2010). González y Landero (2007) realizaron una adaptación cultural a la versión española de 14 ítems en México, encontrando una adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach=0.83) y una validez de constructo, confirmándose la estructura por análisis factorial confirmatorio, este factor explica el 42.8% de la varianza. Pedrero y Olivar (2010) en una muestra española encuentran también una validez de constructo, confirmando esta estructura factorial mediante un análisis confirmatorio que explicó el 68.1% de la varianza, y un coeficiente alfa de Cronbach de consistencia interna de 0.91 para la escala de 14 ítems y de 0.91 para la de 10 ítems.

En la presente investigación se registró una consistencia interna basada en el coeficiente alfa de Cronbach de 0.84 y una correlación ítem-test por encima de 0.30 en todas las preguntas excepto en el ítem 12, el cual obtuvo 0.112 (ver Apéndice B1). Este ítem se comportó de una manera similar en el estudio de González y Landero(2007).

Estilos y estrategias del afrontamiento

Los estilos y estrategias de afrontamiento se evaluaron por medio del Cuestionario de Estimación del Afrontamiento-COPE desarrollado por Carver, Scheier y Weintraub (1989) y ampliada más adelante por los mismos autores (Kallasmaa&Pulver; como se cita en Cassaretto y Chau, 2013). Este es un instrumento que pretende estimar los estilos y estrategias de afrontamiento de las personas ante determinadas situaciones estresantes. Fue construido en base a la teoría de Lazarus y al modelo de la autorregulación conductual y fue traducido al español por Calvete, profesora de la Universidad de Deusto en Bilbao, España (Carver et al, 1989). La versión aplicada en la presente investigación es la utilizada por Cassaretto y Chau (2013) en su investigación con 300 estudiantes universitarios, quienes realizaron una revisión lingüística de la prueba en base a la aplicación de un piloto con 100 estudiantes.

El COPE tiene dos versiones, la versión situacional orientada a obtener respuestas en situaciones específicas y la versión disposicional, dirigida a evaluar respuestas típicas del sujeto (Carver et al, 1989). En la presente investigación se utilizó el COPE en su forma disposicional.

El COPE puede ser administrado individual o colectivamente y está conformado por 60 ítems divididos en 15 sub-escalas diferentes las cuales aluden a 15 estrategias de afrontamiento. Estas estrategias están diferenciadas en aquellas focalizadas en el problema (activo, planificación, supresión de actividades competentes, contención del afrontamiento y búsqueda de soporte social por razones instrumentales), focalizadas en la emoción (búsqueda de soporte social por razones emocionales, reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación, religión, liberación de emociones) y focalizadas en la evitación del problema (negación, desentendimiento conductual, desentendimiento mental, uso de alcohol o drogas, humor) (Ficková, 2005). Cada escala está conformada por 4 ítems y las opciones de respuesta se presentan bajo un formato likert de 4 escalas de frecuencia, las cuales indican si el sujeto adopta el tipo de afrontamiento propuesto casi nunca, pocas veces, muchas veces y casi siempre. Los puntajes obtenidos en cada ítem se suman a los correspondientes a cada escala y se obtienen 15 puntajes que permiten caracterizar un perfil de afrontamiento en el individuo, el cual puede estar orientado a uno de los tres estilos mencionados.

En relación a sus propiedades psicométricas, los estudios preliminares citados por Carver et al (1989) señalan que 14 escalas del COPE disposicional presentan adecuados niveles de consistencia interna, con alfas de Cronbach entre 0.63 hasta 0.92; a excepción de la escala desentendimiento mental que reporta un alfa de Cronbach de 0.45. En el Perú, Cassaretto y Chau (2013) en su investigación con estudiantes universitarios obtuvieron confiabilidades para cada escala usando el coeficiente alfa de Cronbach que oscilaron entre 0.53 y 0.91.

Finalmente, en lo que respecta a la consistencia interna del COPE en la presente investigación, se registraron coeficientes alfa de Cronbach de las escalas que variaron entre 0.45 y 0.96 (ver Apéndice B2). Las escalas de menor puntuación fueron las del afrontamiento activo, supresión de actividades competentes, contención y desentendimiento mental (alfa de 0.47, 0.58, 0.52 y 0.45, respectivamente); no obstante estas mismas escalas obtienen puntajes similares en la investigación de Cassaretto y Chau (2013) (alfa de 0.54, 0.62, 0.55 y 0.53, respectivamente). Asimismo, se encontró un alfa de Cronbach total de la prueba de 0.83 y por estilos, enfocado en el problema de 0.78, enfocado en la emoción de 0.79 y evitativo de 0.80 (ver Apéndice B2).

Conductas de salud

Las conductas de salud se evaluaron a través de una versión adaptada de la primera parte del Cuestionario de Estilos de Vida en Jóvenes Universitarios-CEVJU elaborado por Arrivillaga, Salazar y Correa (2003). Esta parte consta de 69 ítems los cuales miden las conductas preventivas de salud dentro de las áreas de actividad física y deporte, recreación y manejo del tiempo libre, autocuidado y cuidado médico, hábitos alimentarios, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y organización del sueño y descanso.

El instrumento utilizado fue reformulado en conjunto con el investigador Juan Carlos Saravia e implica una modificación del cuestionario original del CEVJU, en base a una revisión cuidadosa de cada ítem y con la consulta de jueces expertos en cada tema o área. La versión resultante fue sometida a una prueba piloto con cuatro jóvenes de características similares a la población objetivo, que sirvió de ayuda para reformular la redacción de algunos ítems.

La versión final del Cuestionario de Conductas de Salud consta de 65 ítems repartidos en seis áreas: actividad física y deporte (ítems 1-6); recreación y manejo del tiempo libre (ítems 7-10); autocuidado y cuidado médico (ítems 11-28); hábitos alimentarios (ítems 29-45); consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (ítems 46-56) y organización del sueño y descanso (ítems 57-65). Las opciones de respuestas utilizan un formato tipo likert con cuatro alternativas: nunca, algunas veces, con frecuencia y siempre. El puntaje total por áreas se obtiene invirtiendo los ítems 2, 10, 17, 18, 26, 27, 30, 31, 32, 33, 36, 37, 38, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 54, 55, 56, 59, 60, 61, 63, 64 y 65 y después sumando todos los ítems de cada área. Los puntajes superiores son indicadores de que la persona posee buenos hábitos o conductas saludables y los inferiores, de que la persona posee pobres hábitos y por lo tanto, conductas de riesgo para su salud.

Debido a que el CEVJU no fue diseñado primeramente como un instrumento psicométrico sino descriptivo, para efectos de la presente investigación las áreas fueron sometidas a un riguroso análisis para asegurarnos de que cada una de ellas fueran indicadores de un mismo aspecto en el manejo de la salud. Esto se logró de dos maneras: verificando la unidimensionalidad predominante en los ítems de cada área por medio de la aplicación de un análisis de los componentes principales y certificando que dentro de cada área hubiera un solo factor predominante (varianza mayor al 50%); y, sobre eso, midiendo

su sumabilidad o que los ítems presenten entre sí una correlación positiva, lo cual se logró extrayendo el alfa de Cronbach (≥ 0.60) y la correlación ítem-test (≥ 0.30).

En base a estos criterios, se procedió a eliminar algunos ítems. Asimismo, bajo los mismos criterios, se excluyeron de los análisis de los resultados un área completa, la de Recreación y Manejo del Tiempo Libre debido a que, al extraer los ítems que no funcionaban, esta área se quedaba con un número muy pequeño de ítems (ver Apéndice B3).

La versión final del Cuestionario de Conductas de Salud para efectos de la presente investigación constó de los ítems 1, 4, 5 y 6 del área de Actividad Física y Deporte; los ítems 11, 12, 13 y 15 del área de Autocuidado y Cuidado Médico; los ítems 31, 32, 33, 36, 38, 39 y 45 del área de Hábitos Alimentarios; todos los ítems del área de Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas excepto el ítem 52 (además se fusionaron los ítems 50 y 51, el primero que corresponde a una pregunta sólo para los hombres y el segundo, sólo para las mujeres) y los ítems 60, 61, 63 y 64 del área de Organización del Sueño y Descanso. Los alfa de Cronbach de estas áreas fueron de 0.77, 0.66, 0.76, 0.78 y 0.66, respectivamente (ver Apéndice B3).

Procedimiento

Esta investigación se realizó en una sola aplicación en las aulas de clase. A los estudiantes de cada aula, se les explicó la naturaleza e importancia de la investigación. Los que no desearon participar tuvieron la oportunidad de retirarse y los que accedieron a hacerlo, firmaron un consentimiento informado que les indicaba las condiciones de investigación y sus derechos como participantes de la misma.

Los datos obtenidos fueron procesados en el paquete estadístico SPSS-20. En primer lugar se analizó la confiabilidad de los instrumentos buscando su consistencia interna en base al alfa de Cronbach para ver si las áreas se organizaron coherentemente. En segundo lugar, se realizó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad de datos y se concluyó que sólo el estilo centrado en el problema presentó una distribución normal (ver Apéndice B4). Luego se procedió a utilizar estadísticos descriptivos como la distribución de frecuencias y medidas de tendencia central para analizar los datos y características de los sujetos de la muestra.

En un primer nivel de análisis, se obtuvieron las diferencias estadísticas entre las cinco áreas del cuestionario de las conductas de salud y las variables sociodemográficas y de salud pertinentes. Esto se realizó utilizando el estadístico U de Mann Whitney, cuando las variables constaban de dos grupos, y el H de Kruskal-Wallis, cuando éstas estaban constituidas por tres grupos.

En un segundo nivel de análisis, para identificar las posibles asociaciones entre los constructos de estrés, los estilos y estrategias de afrontamiento y las conductas de salud, se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson. Se decidió utilizar este estadístico y no el de Spearman, puesto que se reporta que este último es menos sensible a valores extremos y que es válido aplicar el coeficiente de correlación de Pearson cuando las muestras son grandes, ya que los resultados obtenidos con ambos coeficientes tienden a coincidir (Kleine, 2011).

En un tercer nivel de análisis, se realizaron análisis de regresión múltiple por bloques o jerárquica con el fin de conocer el efecto del estrés, los estilos y estrategias de afrontamiento (variables independientes) sobre las cinco conductas de salud (variables dependientes). Para cada regresión de las conductas de salud, se realizaron dos análisis, uno considerando al estrés y a los tres estilos de afrontamiento y, con carácter complementario, una regresión adicional considerando al estrés y a las quince estrategias de afrontamiento. Asimismo, en base al objetivo principal planteado en la presente investigación, la variable de estrés entró primero en cada modelo de regresión, seguido o por los estilos o por las estrategias. Se decidió no incluir dentro de estos análisis a las variables demográficas y de salud como variables predictoras debido a que se comprobó que no aportaron en forma significativa a la varianza de las conductas de salud, además de restarle importancia a algunas de estas otras variables.

Resultados

A continuación se presentan los resultados encontrados en la presente investigación. En primer lugar, se describe el estrés percibido, los estilos y estrategias de afrontamiento y las conductas de salud en el grupo de estudiantes universitarios. En segundo lugar, se identifican las diferencias significativas entre los datos sociodemográficos y de salud y las conductas de salud, para determinar los factores asociados a éstos. Seguidamente, se presentan las correlaciones entre el estrés percibido y las conductas de salud y entre el afrontamiento y las conductas de salud. Por último, se presentan los resultados de los análisis de regresión que se realizaron con las variables de estudio.

Descripción de las variables

Respecto a las estadísticas descriptivas del estrés percibido, los participantes obtuvieron una media de 25.90 ($DE=6.98$). En relación al COPE, ellos reportaron una media mayor en el estilo de afrontamiento centrado en el problema, seguido por el centrado en la emoción y un menor uso del estilo evitativo (ver Tabla 1).

Tabla 1

Descripción de los puntajes obtenidos según estilos de afrontamiento

Variable	Mdn	M	DE
Enfocado en elproblema	50	49.90	7.13
Enfocado en la emoción	46	47.55	8.33
Evitativo	35	35.55	7.28

n=155

Al describir el empleo de las estrategias de afrontamiento, se aprecia que la más utilizada es la reinterpretación positiva y crecimiento, seguida por la planificación y la estrategia activo; en cambio, la estrategia menos empleada es la de drogas, seguida por la negación y el desentendimiento conductual. Cabe resaltar un uso relativamente alto de la estrategia de desentendimiento mental (ver Figura 1).

En relación a las conductas de salud, en la Tabla 2 se pueden observar los resultados a nivel descriptivo.

Figura 1 Descripción de las estrategias de afrontamiento según medianas

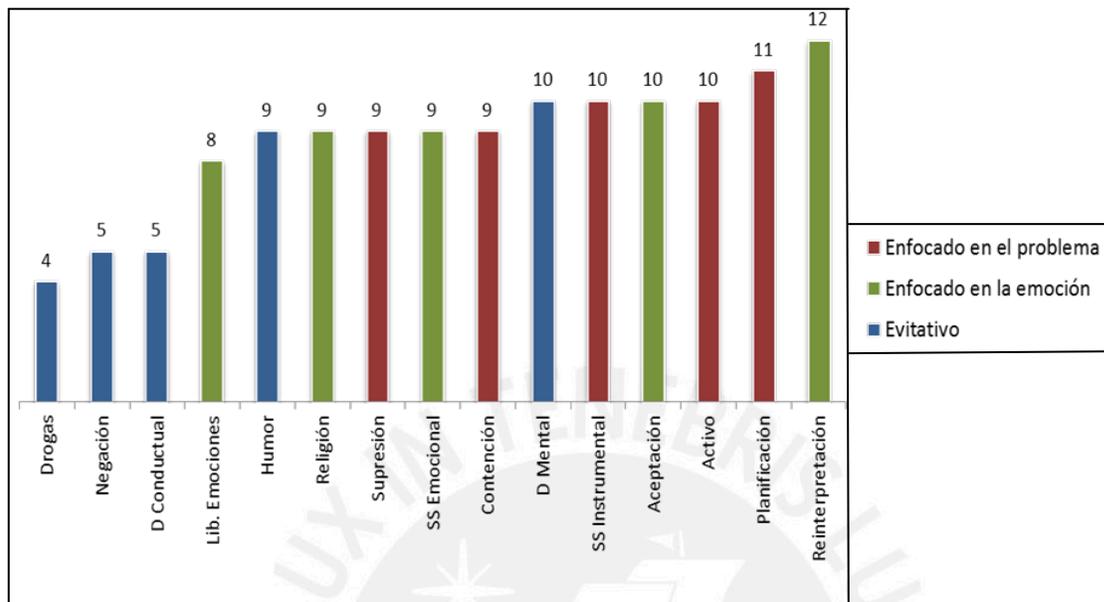


Tabla 2
Descripción de los puntajes según conductas de salud

Variable	Mdn	M	DE
Conductas de salud			
Actividad física y deporte	8	8.04	2.67
Autocuidado	9	9.08	2.75
Hábitos alimentarios	18	17.85	3.91
Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	30	29.63	4.46
Organización del sueño y descanso	13	13.18	1.85

n=155

Diferencias significativas entre la conducta de salud y los datos demográficos y de salud

En lo concerniente a las conductas de salud, se encuentran diferencias significativas con el sexo, año de estudio, presencia de enfermedad en el último año, el IMC y la percepción de salud. En general los hombres ($U=2002.50, p<0.01$), los que están cursando su primer año de estudio ($U=1704.00, p<0.05$), los que no han presentado una enfermedad en el último año ($U=2094.50, p<0.05$) y los que perciben su salud como excelente y muy buena ($H=22.39, p<0.01$) tienen mejores hábitos de salud respecto al área de actividad

física y deportes; mientras que las mujeres lo tienen en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas ($U=2325.00$, $p<0.05$). En cuanto al IMC, se encuentra que los que tienen un peso por debajo de lo normal presentan mejores hábitos alimentarios en comparación a los que están con sobrepeso o tienen un peso dentro de lo normal ($H=6.54$, $p<0.05$).

Correlaciones entre el estrés percibido, el afrontamiento y las conductas de salud

En la presente investigación no se encontraron correlaciones significativas entre la variable del estrés percibido y las conductas de salud.

En cuanto a las correlaciones entre las estrategias y estilos de afrontamiento y las conductas de salud, se encuentra una relación inversa y de grado mediano (Cohen, 1988) entre el estilo evitativo y el área del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (a mayor puntaje, conducta más saludable) ($r=-0.32$, $p<0.01$), una relación inversa y de grado grande entre la estrategia de drogas y este mismo hábito ($r=-0.57$, $p<0.01$), una relación directa pero de grado mediano entre la estrategia del uso de la religión y esta misma conducta de salud ($r=0.37$, $p<0.01$) y, por último, una relación inversa y de grado mediano entre la estrategia de drogas y la conducta de organización del sueño y el descanso ($r=-0.32$, $p<0.01$).

Análisis de regresión múltiple jerárquica

Con el fin de comprobar el objetivo principal en la presente investigación, se aplicaron cinco modelos de regresión lineal múltiple, en donde las variables dependientes fueron las cinco conductas de salud y las variables independientes o predictoras fueron el estrés percibido, los tres estilos de afrontamiento y las quince estrategias de afrontamiento.

En el caso de la actividad física, cuando se introduce la variable del estrés percibido, se ve que ésta no está significativamente relacionada con esta conducta de salud. Cuando se introducen las variables de los estilos de afrontamiento, se observa que se establece una relación significativa con éstas, aunque pequeña ($R^2=0.06$, $p<0.05$). En este modelo completo, el estilo enfocado en el problema es la única variable que resulta con poder explicativo (ver Tabla 3). Por otro lado, no se establece una relación significativa cuando se agrega los efectos de las estrategias de afrontamiento.

En relación al autocuidado y cuidado médico, igualmente se observa que el estrés percibido no se halla significativamente relacionado con esta conducta de salud. Sin embargo los estilos de afrontamiento sí lo están, dado por el estilo centrado en la emoción ($R^2=0.07, p<0.05$) (ver Tabla 3). Igual que sucede con la actividad física, las estrategias no

Tabla3
Análisis de regresión con estrés y estilos de afrontamiento

VARIABLES	B	SEB	β	t
Actividad física y deporte				
Estrés	-.040	.033	-.105+	-1.195
Estilo Centrado en el Problema	.081	.033	.216*	2.417
Autocuidado y cuidado médico				
Estrés	-.042	.034	-.107	-1.231
Estilo Centrado en la Emoción	.061	.028	.185*	2.142
Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas				
Estrés	.001	.036	.002	0.021
Estilo Centrado en la Emoción	.104	.030	.286**	3.520
Estilo Evitativo	-.137	.033	-.329**	-4.162
Organización del sueño y descanso				
Estrés	-.023	.022	-.088	-1.049
Estilo Centrado en el Problema	-.046	.022	-.175*	-2.035
Estilo Centrado en la Emoción	.054	.019	.244**	2.927
Estilo Evitativo	-.072	.021	-.285**	-3.509

+ $p<0.06$ * $p<0.05$ ** $p<0.01$

Nota: $R^2=0.06$ ($p<0.05$) Actividad física y deporte
 $R^2=0.07$ ($p<0.05$) Autocuidado y cuidado médico
 $R^2=0.18$ ($p<0.01$) Consumo del alcohol, tabaco y otras drogas
 $R^2=0.13$ ($p<0.01$) Organización del sueño y descanso

aportan en la explicación de esta relación.

Con respecto a los hábitos alimentarios, en el análisis de regresión correspondiente, no se observaron relaciones significativas ni con el estrés percibido, ni con los estilos, ni con las estrategias de afrontamiento.

En cuanto al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, no se encuentra que el estrés percibido se halle relacionado en forma significativa con esta conducta, pero sí los estilos de afrontamiento, siendo el estilo evitativo en primer lugar y el enfocado en la emoción en segundo, los que aportan a esta relación ($R^2=0.18, p<0.01$) (Ver Tabla 3). En el modelo complementario, al introducir las variables de las estrategias de afrontamiento, la relación también se vuelve estadísticamente significativa ($R^2=0.41, p<0.01$), siendo el uso

de drogas y el acudir a la religión, en ese orden, las variables con poder explicativo (ver Tabla 4).

En el caso de la conducta de sueño y descanso, tampoco el estrés percibido se halla significativamente relacionado a ésta, aunque sí los estilos de afrontamiento ($R^2=0.13$, $p<0.01$). En este caso, los tres estilos tienen un aporte a esta relación (ver Tabla 3). Las estrategias de afrontamiento también establecen una relación significativa ($R^2=0.19$, $p<0.05$), siendo el soporte social por razones emocionales en primer lugar y el uso de drogas en segundo, las variables que resultan con poder explicativo (ver Tabla 4).

Tabla 4

Análisis de regresión con estrés y estrategias de afrontamiento

Variables	B	SEB	β	t
Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas				
Estrés	.022	.042	.051	0.529
Estrategia Uso de la Religión	.229	.058	.281**	3.948
Estrategia Consumo de Drogas	-.608	.097	-.470**	-6.255
Organización del sueño y descanso				
Estrés	-.006	.030	-.023	-0.205
Estrategia Búsqueda de Soporte Social por Razones Emocionales	.156	.078	.274*	2.004
Estrategia Consumo de Drogas	-.196	.069	-.249**	-2.828

* $p<0.05$ ** $p<0.01$ Nota: $R^2=0.41$ ($p<0.01$) Consumo del alcohol, tabaco y otras drogas $R^2=0.19$ ($p<0.05$) Organización del sueño y descanso

Discusión

La adolescencia es un periodo de grandes cambios a nivel biológico, social, cognitivo y emocional por los cuales el ser humano tiene que transitar y lograr adaptarse, con el fin de adquirir las habilidades necesarias para llegar a ser un adulto responsable y autónomo. Las investigaciones modernas han señalado que ésta no es necesariamente una etapa de conflictos y crisis en el sentido negativo, sino que más bien es una etapa de retos y cambios que la mayoría de adolescentes suele pasar sin presentar problemas cruciales (Musiti, Martínez & Varela, 2011; Santrock, 2007). Debido a las características propias de estos cambios, esta etapa y también la siguiente, la juventud, constituyen períodos claves y trascendentes para la adopción de comportamientos relacionados con la salud, entre los que se destacan la práctica del ejercicio físico, el consumo de alimentos considerados como no saludables, el uso de tabaco, alcohol y otras drogas, las prácticas sexuales de riesgo, el realizar conductas violentas o imprudentes que ponen en riesgo su vida, entre otros (Berger, 2001, 2007; Santrock, 2006). Sin embargo, los jóvenes no perciben estos riesgos en forma realista pues se encuentran poco identificados con problemas de salud que suelen aparecer en edades posteriores (Santrock, 2007; Taylor, 2007). Por ello se hace necesario centrarse en el conocimiento y evaluación de las conductas referidas a la salud en la población joven, como también en el de los factores que se asocian o contribuyen a ellas. Esto permitirá intervenir para motivar a los jóvenes a instalar conductas saludables en esta etapa de su vida, que los ayuden a preservar y/o conseguir una buena salud en el futuro.

La presente investigación ha identificado el rol que cumplen dos factores importantes que la literatura científica ha relacionado con el establecimiento y/o la modificación de hábitos o conductas de salud, a saber, el estrés y la forma cómo la persona enfrenta este estrés, es decir, sus estilos y estrategias de afrontamiento (Brannon&Feist, 2001; Carver, 2011; DiMatteo& Martin, 2002; Hu et al, 2011).

En base a los datos encontrados, se puede concluir que más que el estrés, es la variable afrontamiento la que mejor predice las conductas de salud, aunque es importante señalar que esta influencia no es muy grande y varía dependiendo tanto del estilo o estrategia que el estudiante utiliza como de la conducta de salud estudiada.

Los resultados de la presente investigación nos dirigen a prestar atención, primordialmente, a la influencia que tiene el afrontamiento en sí sobre las conductas de salud. A similitud de lo encontrado en otros estudios realizados con estudiantes universitarios en nuestro contexto utilizando el COPE (Alcalde, 1998; Boullosa, 2013; Cassaretto et al, 2003; Casuso, 1996; Chau, 2004; Torrejón, 2011), el estilo de afrontamiento más empleado en la muestra evaluada fue el estilo centrado en el problema, junto con las estrategias de reinterpretación positiva y crecimiento, la planificación y el afrontamiento activo, lo que nos indica un uso adaptativo del afrontamiento debido a que la literatura científica reporta que éstas son acciones que llevan a resolver la situación estresante y, por ende, a reducir la percepción de estrés (Carver&Scheier, 1994; Compas, Connor-Smith, Saltzman, Harding&Wadsworth, 2001; Davis &Brantley, 2004). Asimismo, se encuentra que el estilo menos utilizado corresponde al estilo evitativo y, en cuanto a las estrategias, la de drogas, la negación y el desentendimiento conductual, hecho que no sólo corresponde a lo también encontrado por las investigaciones realizadas en nuestro contexto (Alcalde, 1998; Cassaretto et al, 2003; Casuso, 1996; Chau, 2004; Torrejón, 2011) sino que resalta el menor uso de un estilo considerado por la literatura científica como una estrategia paliativa que conlleva generalmente a un mayor malestar físico, problemas de distrés y resultados psicológicos pobres (Carver&Scheier, 1994; Compas et al, 2001; Davis &Brantley, 2004). Esto nos indicaría la presencia de factores protectores dentro de los estudiantes universitarios.

En esta línea, respecto a los estilos y las estrategias de afrontamiento que resultaron ser predictores de las diferentes conductas de salud, es importante resaltar el estilo evitativo y la estrategias de consumo de drogas como contraproductentes, pues su uso empeora hábitos como el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, y el del sueño y descanso. En cambio el estilo centrado en la emoción y las estrategias de acudir a la religión y la búsqueda de soporte social con fines emocionales resultaron tener efectos beneficiosos, también en el caso de su influencia sobre estas dos conductas de salud y sobre la conducta de autocuidado y cuidado médico. El estilo centrado en el problema, señalado usualmente por la literatura científica como un estilo disposicional útil en el manejo de las situaciones estresantes (Carver&Scheier, 1994; Compas et al, 2001; Davis &Brantley, 2004;

Sasaki&Yamasaky, 2007), tuvo un efecto diferente según la conducta de salud implicada (favorable para la actividad física y deporte y desfavorable para el de sueño y descanso).

Estos resultados apoyarían la idea que sostiene la dificultad de adjudicar un valor adaptativo o maladaptativo a grupos de estrategias, y que más bien la funcionalidad de las respuestas de afrontamiento no depende tanto del tipo de estrategia utilizada, sino del ajuste entre la naturaleza del estresor y el contexto particular en que se presenta el evento (Oblitas, 2010; Taylor, 2007). Todo esto apoyaría la hipótesis de que contar con estrategias mixtas, pero sobretodo específicas a la situación, pueden ser de mayor beneficio para la persona (Smith & Kirby, 2011).

Al analizar la influencia que tuvieron los estilos en cada conducta de salud específica según su orden de significación, en el caso de la conducta de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, se encontró que usar un estilo evitativo puede empeorar estos hábitos, mientras que usar uno centrado en la emoción podría mejorarlos. Este resultado es consistente con lo que encontró Chau (2004) en su investigación con un grupo de estudiantes universitarios, en el cual el estilo evitativo junto con expectativas positivas sobre el uso del alcohol tuvieron un efecto indirecto adverso sobre el consumo específicamente de esta sustancia. Esto nos indicaría los efectos perjudiciales de no enfocarnos directamente en los posibles móviles que conducen al consumo, distrayéndonos o relegando su solución, además de considerar la ingesta de alguna sustancia como un tema que es mejor eludir.

Por otro lado, sería interesante profundizar en la forma cómo un estilo focalizado en la emoción puede más bien mejorar esta conducta de salud. Podríamos hipotetizar que orientarnos a reducir las emociones displacenteras que conlleva el enfrentar situaciones difíciles por medio de modos productivos, sería conveniente para no tener que utilizar, alternativamente, algunas de estas sustancias con el fin de conseguir este mismo resultado (Greeley & Oei, 1999). Si los estudiantes carecen de medios alternativos eficaces que los ayuden a regular sus emociones negativas, podrían involucrarse en el consumo de sustancias psicoactivas como el alcohol, el tabaco o algunas drogas ilegales debido a que pueden encontrarlas muy efectivas para sentirse mejor. Según la hipótesis de la auto-medicación elaborada por Khantzian (2003), el uso y adicción a sustancias psicoactivas

funcionarían como forma de modular afectos y lograr tranquilidad de los estados psicológicos estresantes.

La conducta de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas se explica mejor con las estrategias de afrontamiento de acudir a la religión y al uso de drogas, constituyéndose la primera en un factor protector y la segunda, en uno de riesgo. El uso de sustancias como una forma de afrontamiento al estrés es propuesto por Wills y Hirky en 1996 (como se cita en Chau, 2004) con el modelo de afrontamiento al estrés del abuso de sustancias. Este modelo asume que una persona puede incrementar el riesgo de usar sustancias debido no sólo a factores de temperamento o sociales, sino también debido a la presencia de factores estresantes o difíciles. Estos factores generan un distrés subjetivo que el individuo intenta reducir por medio del consumo de sustancias, como por ejemplo el alcohol (Khantzian, 2003; Suh, Ruffins, Robins, Albanese&Khantzian, 2008). Este consumo, como estrategia de afronte, definitivamente empeora el hábito del uso de alcohol, tabaco y drogas.

Por otro lado, es importante resaltar las implicancias que conlleva la adherencia a una religión como un factor protector de un uso excesivo de estas sustancias o de consumirlas. En concordancia con este hallazgo se encuentra, en una revisión de la literatura realizada por Sánchez y Nappo (2007) sobre el rol de la religiosidad en el tratamiento y la prevención del uso de drogas, que las personas que regularmente asisten a la iglesia o que dan una gran importancia a sus creencias religiosas, muestran una tasa menor de uso de drogas lícitas e ilícitas. Asimismo, Silva, Malgergier, Stempluk y Andrade (2006) encuentran en un estudio sobre uso de alcohol y drogas en estudiantes universitarios, que aquellos que no se adherían a una religión estaban en mayor riesgo de consumir estas sustancias. Al respecto, es interesante el punto de entrada que abre este hallazgo, pues nos orienta a fortalecer el compromiso de los estudiantes con los principios morales y éticos que dicta una religión como una estrategia efectiva y nos invita a seguir explorando la importancia de otras formas también provechosas para potenciar este hábito saludable.

En cuanto a la conducta de sueño y descanso, se encuentra que los tres estilos de afrontamiento tienen una influencia sobre ella. El estilo con mayor nivel predictivo lo constituyó el evitativo, seguido del centrado en la emoción y, por último, del estilo enfocado en el problema. En el caso de esta conducta de salud se mantiene el efecto

adverso de estrategias orientadas a evitar enfrentar y resolver la situación difícil, aunque también se presenta como perjudicial usar un conjunto de estrategias correspondientes a un estilo centrado en el problema. El efecto adverso del uso de estrategias evitativas en el sueño fue comprobado por Hoyt, Thomas, Epstein y Dirksen (2009), aunque en un grupo de pacientes con cáncer. Ellos encontraron que un uso más alto de la estrategia evitativa estuvo relacionado con una mayor severidad de síntomas relacionados al sueño. Respecto al efecto adverso del estilo enfocado en el problema, se podría hipotetizar que el estar pensando en cómo manejar el estrés y qué paso tomar y organizar estrategias de acción (lo cual puede parecer muy positivo en otras circunstancias para afrontar adaptativamente un evento percibido como estresante), puede afectar adversamente a la conducta del sueño y el descanso pues justamente impediría que la persona se desconecte cognitivamente del problema, pueda relajarse e inducir el sueño. Apoyando esta idea, Sierra (2010) menciona que existe evidencia de que una actividad mental excesiva en el momento de dormirse puede precipitar o mantener trastornos del sueño.

Asimismo, los resultados nos indican que utilizar métodos que se dirijan a aliviar el malestar generado por los eventos estresantes sería de mayor utilidad para lograr mejores hábitos relacionados con el sueño y el descanso. Este resultado nos sugiere formas favorables de mejorar la conducta del sueño y el descanso, las cuales se orientarían al uso de procedimientos que consigan aliviar la emoción negativa concomitante de enfrentar diferentes dificultades en nuestra vida. Esta idea se puede corroborar en base a los estudios realizados por Vandekerckhove y sus colegas (Vandekerckhove et al, 2012; Vandekerckhove et al, 2011), en las cuales se comprueba no solo que la presencia de emociones negativas se correlaciona con problemas en el sueño, sino que si se ayuda a los individuos a afrontar este tipo de emociones a través de estrategias focalizadas en la emoción (como la comprensión, aceptación y expresión de la experiencia emocional y sentimiento afectivo acerca de una situación), esto podría mejorar la calidad de su sueño.

En lo referente a la influencia de las estrategias de afrontamiento sobre la conducta de sueño y descanso, se encuentra que utilizar la estrategia de soporte social por razones emocionales mejora este hábito, pero usar drogas como forma de manejarlo lo empeora. Esto nos sugiere la importancia de contar con personas a quienes podamos recurrir con el fin de que nos brinden apoyo, empatía y comprensión para aliviar nuestro estrés.

Podemos suponer que tener confidentes que nos escuchen y nos den consejos útiles cuando pasamos por situaciones difíciles que afectan nuestro sueño y descanso, puede ser una estrategia muy buena para encontrar alivio y tranquilidad y, por ende, disminuyan nuestras dificultades en esta vital conducta de salud. Al respecto, una investigación realizada por Nordin, Westerholm, Alfredsson y Akerstedt (2012) en Suecia con 2,420 sujetos encontró que el soporte social (tanto el referido a la red social con que se cuenta, como al soporte emocional recibido por ella) estuvo asociado con un fortalecimiento de la calidad del sueño. Igual resultado encuentran Troxel, Buysse, Monk, Begley & Hall (2010) aunque en un grupo de adultos mayores; sus hallazgos sugieren que un soporte social más alto se asocia con una menor tasa de problemas en el sueño.

En relación a la influencia adversa encontrada del uso de drogas sobre la conducta de sueño y descanso, podemos ver que esto coincide con investigaciones que mencionan que el consumo de tabaco, alcohol y abuso de hipnóticos se relaciona con una mala calidad de sueño (Sierra, 2010). Por ejemplo, en una investigación realizada en un grupo de adultos jóvenes mexicanos-americanos, Ehlers, Gilder, Criado & Caetano (2010) encontraron que problemas en el uso de alcohol por ejemplo, estuvieron asociados en forma significativa con una calidad del sueño más pobre.

Con respecto a la conducta de autocuidado y cuidado médico, los resultados muestran que el estilo centrado en la emoción constituye una variable que afecta en forma saludable en este hábito. Este hallazgo suscita varias interrogantes acerca de los factores asociados a éste y por tanto deberían ser investigados con mayor profundidad. Debido a la escasez de investigaciones al respecto, se sugiere su exploración por medio de estudios con una metodología cualitativa, inquiriendo qué es lo que las personas entienden por cuidado de la salud. Sin embargo, se podría plantear la hipótesis de que sería útil orientar a los estudiantes a que, por ejemplo, reconsideren el hecho de cumplir con las diferentes conductas de autocuidado de la salud, debido a que puede llevarlos a mejorar este hábito y prevenir problemas médicos en el presente y en el futuro. En este punto, nos puede ayudar tomar en cuenta el modelo de creencias acerca de la salud, el cual propone que la percepción de amenaza sobre la propia salud influye en las probabilidades de que una persona lleve a cabo ciertas conductas relacionadas con ésta (Abraham & Sheeran, 2007; Roa, 1995). Los resultados encontrados nos indican que alentarlos a reconceptualizar sus

creencias específicas sobre su propia vulnerabilidad a enfermar y sobre la gravedad de la enfermedad, podría incrementar este importante hábito preventivo. Así, los estudiantes pueden considerar que hacerse chequeos médicos, cumplir con las recomendaciones que los expertos dan para preservar nuestra buena salud, entre otros, a pesar de constituir algo oneroso y que les quita tiempo, vale la pena en términos de coste-beneficio.

En el caso de la actividad física y deporte, los resultados indicaron que el estilo centrado en el problema constituyó un modo efectivo para mejorar este hábito. Una posible explicación de la capacidad predictiva de este estilo podría analizarse bajo la perspectiva de que si los estudiantes utilizan un conjunto de estrategias que se dirijan a manejar la fuente del estrés y a organizar bien su tiempo, pueden mantener su práctica de ejercicios físicos y/o pueden buscar hacerla en pos justamente de los beneficios regulatorios o moderadores que el ejercicio físico ejerce sobre este estrés (Edenfield&Blumenthal, 2011). Podemos suponer que las barreras de la restricción del tiempo causadas por la carga académica y las evaluaciones pueden obstaculizar a los estudiantes de realizar actividad o ejercicio físico. Es así que si ellos poseen habilidades de planificación y organización de sus múltiples actividades, esto podría mejorar la práctica de este hábito. A su vez, considerar que si ellos poseen esta habilidad, esto aumentará su percepción de auto-eficacia personal. Se han realizado varios estudios sobre la relación entre el constructo de auto-eficacia percibida y la actividad física y el deporte (Lee, Kuo, Fanaw, Perng&Juang, 2011; Luszczynska, Schwarzer, Lippke&Mazurkiewicz, 2011; Whittembury, 2012). Por ejemplo, al respecto, el estudio realizado por Luszczynska et al (2011) encontró que los individuos con una auto-eficacia más alta, no solo planifican mejor sino que se sienten con mayor confianza de trasladar estos planes en su conducta de hacer ejercicios físicos.

El aporte encontrado por medio de la presente investigación, constituye una valiosa contribución a la comprensión de la adopción y establecimiento de hábitos tanto beneficiosos como adversos relacionados con la salud. Al realizar una revisión de la literatura científica existente, se observa que existen muy pocas investigaciones sobre el rol específico del afrontamiento en cada conducta de salud en forma independiente. Por ello, se sugiere llevar a cabo otras investigaciones con grupos de diferentes edades y años de estudio, género y procedencia, que nos ayuden a comprender mejor el rol de esta variable sobre las conductas de salud y las variaciones que se pudieran presentar en su uso.

Por otro lado, resalta el hallazgo de que el estrés no constituyó una variable predictora sobre alguna conducta de salud estudiada en la presente investigación.

En el caso del estrés percibido y la actividad física, se encontró que ellos estuvieron asociados pero a un nivel de significación ligeramente por encima del establecido como aceptable ($p=0.53$). Esto podría indicarnos la existencia de una tendencia a que el estrés influya en esta conducta de salud. Explorando la ausencia evidente de esta relación, se encuentra que muchas de las investigaciones que los asocian, dan cuenta del efecto positivo de esta conducta sobre el estrés y la ansiedad y no se han centrado mucho en la relación opuesta, es decir, el rol que tiene el estrés sobre la realización de ejercicio físico (Taylor, 2007). Las investigaciones han relacionado de una forma general al estrés con un deterioro de los hábitos de salud (Araas, 2008; DiMatteo & Martin, 2002; Gil & López, 2004) pero muy pocas específicamente con la actividad física (Brannon & Feist, 2001; Krueger & Chang, 2008) y menos aún en estudiantes universitarios (Weidner et al, 1996). Se menciona que el ejercicio hecho regularmente reduce los sentimientos de estrés y ansiedad, produce sensación de bienestar, mejora la ejecución en el trabajo y fortalece el concepto de sí mismo, especialmente en el caso de los más jóvenes (Edenfield & Blumenthal, 2011; Fiorentino, 2010; Sarafino, como se cita en Gil, 2004), además de los efectos beneficiosos sobre la salud física y en la prevención de varias condiciones médicas (Edenfield & Blumenthal, 2011). Esto se vería confirmado en la presente investigación en base a los resultados encontrados, puesto que los estudiantes que tienen mejores hábitos relacionados con el ejercicio físico y el deporte son los que perciben su salud como excelente y muy buena y no han presentado alguna enfermedad en el último año.

No se encontraron efectos predictivos de las variables sobre la conducta de hábitos alimentarios en el presente estudio, concluyéndose que ni el estrés ni el afrontamiento tuvieron algún tipo de influencia sobre ella. Este hallazgo va en contra de lo sustentado por las investigaciones sobre estas relaciones, las cuales afirman que el estrés puede producir efectos adversos en la dieta y/o ayuda a mantener conductas alimentarias no saludables (Gil, 2004; O'Connor & Conner, 2011). La investigación realizada por Wichianson et al (2009) en un grupo de estudiantes universitarios norteamericanos por ejemplo, encontró que altos niveles de estrés percibido pueden llevar a conductas de comer por la noche debido al uso de estrategias de afrontamiento maladaptativo. Sin embargo, es importante

resaltar el hallazgo de que los estudiantes que reportaron este hábito de riesgo presentaron, según los autores, niveles altos de estrés percibido.

Continuando con el tema, las investigaciones realizadas respecto a la asociación entre el estrés y la conducta de comer demuestran que, bajo situaciones de estrés, algunos individuos pueden comer más y otros comer menos (Wardle, Steptoe, Oliver & Lipsey, como se citan en O'Connor & Conner, 2011; Willenbring, Levine & Morley, como se citan en Taylor, 2007). Asimismo, estos autores señalan que el estrés puede influir en el tipo de comida que se consume y que las personas bajo estrés eligen alimentos con altas calorías, comidas rápidas, alimentos con propiedades sensoriales específicas (altas en grasa o en azúcar) o alimentos entre comidas en comparación a cuando no están bajo efectos del estrés. Sin embargo, Gil (2004) menciona que las investigaciones respecto al incremento de la ingesta de comida inducido por la ansiedad como una forma de reducirla, no son concluyentes.

Asimismo, respecto a esta conducta de salud, es importante comentar acerca del resultado encontrado en la presente investigación de que los estudiantes que tienen un IMC por debajo de lo aceptado como normal, presentan mejores hábitos alimenticios en comparación a los que están con sobrepeso o tienen un IMC dentro de lo normal. Pensamos que esto podría deberse a que las preguntas del cuestionario sobre esta conducta no indaga sobre la cantidad de comida a ingerir, hipotetizándose que estos estudiantes podrían cumplir no solo en forma estricta las recomendaciones sobre una alimentación saludable, sino que podrían estar consumiendo porciones pequeñas de alimentos. Por otro lado, hay que tomar con cuidado estos resultados pues el número de sujetos de las submuestras de los que tienen bajo y sobrepeso son pequeñas y desproporcionadas en comparación a los que tienen un peso dentro de lo normal, y esto podría haber sesgado los resultados.

En relación a la conducta de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, nuevamente el estrés no se encontró significativamente relacionado, hallazgo similar al encontrado por Chau (2004) en su investigación con estudiantes universitarios. Esto es sorprendente, debido a la existencia de investigaciones que demuestran que el estrés está asociado con el inicio y/o el mantenimiento del consumo de algunas sustancias como el tabaco, alcohol y la cocaína (Fiorentino, 2010; Grunberg, Shafer Berger & Hamilton, 2011) aunque éstas se han

realizado en la población en general. En las investigaciones realizadas con adultos, se mencionan como determinantes de un consumo excesivo a la presencia de estresores crónicos, poco apoyo social, despido del empleo, la tensión económica, entre otras razones (Taylor, 2007).

En el caso del consumo de alcohol en los jóvenes, podemos hipotetizar que son otros los factores más importantes que contribuyen a la adopción de este hábito en particular. En una revisión de la literatura sobre el tema, Pons y Buelga (2011) señalan que las variables que influyen en este consumo son las disposicionales, las provenientes del contexto familiar y los factores del entorno sociocultural. Postulan que el consumo de alcohol es un medio que utiliza el adolescente para lograr su ajuste en una sociedad cada vez más compleja y resaltan motivos asociados que son característicos de esta etapa, entre ellos el deseo de experimentar con nuevos y diferentes estilos de comportamiento buscando experiencias nuevas, la necesidad de conformidad grupal que lo lleva a un compromiso con el grupo y a la adopción de comportamientos que satisfacen expectativas de los demás, y a la necesidad de juntarse con sus pares y de divertirse. Estos autores concluyen que este consumo es parte del estilo de vida de los jóvenes de hoy en día de ciertas culturas, el cual es fruto del aprendizaje de conductas y actitudes por la imitación de modelos familiares, grupales y mediáticos. Son ellos los canales a través de los cuales se transmiten los valores que los jóvenes pueden llegar a incorporar y que ejercen una influencia en el inicio y abuso del consumo del alcohol.

En relación a la conducta de sueño y descanso por último, a pesar de que en la literatura científica se reporta que el pasar por situaciones estresantes de la vida y, especialmente, si se percibe estos acontecimientos como incontrolables, puede influir en el patrón de sueño y presentarse alteraciones como el insomnio (Sierra, 2010; Taylor, 2007), en la presente investigación no se encontró al estrés significativamente relacionado con esta conducta de salud. En las investigaciones revisadas sobre los posibles factores determinantes de la calidad del sueño, se menciona que las alteraciones del ritmo circadiano del sueño y la vigilia, debido a los cambios constantes de las horas usuales de dormirse y despertarse, es un factor a considerar (Sierra, 2010); esto, en los estudiantes, puede ser una práctica común debido a las demandas académicas y a los desarreglos de los fines de semana. También se menciona como determinantes a patrones de sueño cortos (dormir

menos de 6 horas), consumo de sustancias estimulantes como el café, el tabaco y el alcohol, alimentación inadecuada y la práctica irregular de ejercicio físico (Sierra, 2010), las cuales también son conductas presentes en los estudiantes. Esta información nos lleva a considerar otro tipo de factores, más de índole biológico y al margen de los psicológicos, que afectarían la conducta del sueño.

Estos resultados nos llevan a reflexionar sobre las posibles explicaciones por las cuales, a pesar de que algunas investigaciones indiquen lo contrario, en la presente investigación el estrés no resultó ser predictor de alguna de las conductas de salud estudiadas.

En las investigaciones revisadas se ha encontrado que el estrés está presente en estudiantes universitarios (Ahern & Norn, 2011; ACHA, 2011; Burris et al, 2009; Cassaretto et al, 2003; Feldman et al, 2008; Lema et al, 2009; Meda et al, 2008). En el grupo de estudiantes de la presente investigación, el promedio del estrés percibido fue similar al reportado en otros estudios realizados en diversos países de habla hispana con estudiantes universitarios y con este mismo instrumento de medición (25.9 vs rangos que van desde 21.9 hasta 29.2) (Pedrero & Olivar, 2010), indicándonos que este grupo presenta un nivel de estrés medio en relación a otros grupos de características similares. Es difícil afirmar si este puntaje representa un estrés alto, moderado o bajo pues no se han realizado baremos o tablas normativas para la prueba del estrés percibido (Cohen et al, 1983).

No obstante, en base a estas comparaciones, podemos pensar que este puntaje puede representar un nivel moderado de estrés. Chau (2004) en su investigación con 1,171 estudiantes universitarios de varias universidades de Lima y con un promedio de edad de 19 años, encontró que ellos no manifestaron niveles altos de estrés en alguna de las áreas evaluadas. Esta investigadora reportó que las principales fuentes de estrés fueron los temas relacionados a la universidad y la preparación para el futuro. Asimismo, se sostiene que el estrés experimentado por los estudiantes proviene mayormente de los exámenes, la distribución del tiempo y la excesiva cantidad de material para estudiar (Feldman et al, 2008). Por otro lado, los datos demográficos y de salud del grupo de estudio nos indican que éstos son jóvenes, que están iniciando sus estudios universitarios, que la mayoría no trabaja y que muchos perciben su salud como muy buena; además la aplicación de los instrumentos de evaluación se realizó en una fecha que no coincidió con los exámenes.

Podemos hipotetizar entonces, que el estrés que sufren estos jóvenes universitarios se refiere a estresores cotidianos y eventos menores y que, posiblemente, éste no es lo suficientemente intenso como para afectar sus conductas de salud.

En investigaciones realizadas con adolescentes, se menciona que cuando ellos enfrentan eventos menores suelen presentar niveles de estrés leves y, por ende, que son fáciles de afrontar. Es cuando se enfrentan a situaciones críticas de la vida que puede darse una respuesta intensa de estrés y éstos ser un poco más difíciles de afrontar (Seiffge-Krenke; Seiffge-Krenke, Weidermann, Fentner, Aegenheister y Poeb lau; como se citan en Cassaretto, 2009). Apoyando esta idea, Di Matteo & Martin (2002) señalan que la gente que está bajo un estrés alto consume más alcohol, cigarrillos, café y comida rápida y se ejercita físicamente menos que las personas que experimentan niveles más bajos de estrés.

Por otro lado, se observa que la desviación estándar de este promedio es menor que la encontrada en los promedios de estos otros estudios (6.98 vs rangos que van de 7.0 a 9.3) (Pedrero & Olivar, 2010). Esto nos indicaría que existe una menor variabilidad en el estrés y que el presente grupo es relativamente homogéneo en sus niveles de estrés percibido, posible motivo de no encontrar, en los modelos de regresión, un efecto de esta variable en las conductas de salud. Por ello es importante resaltar que este hallazgo se podría deber a las características particulares de la muestra estudiada y no sería prudente descartar la influencia del estrés sobre una o más conductas de salud. Debido a esta razón, y también debido a la escasez de investigaciones específicas que exploran la influencia del estrés sobre las diferentes conductas de salud en forma independiente, se sugiere que esta relación sea investigada en futuros estudios con muestras de estudiantes más amplias y diversas.

Otra posible explicación de no haber encontrado relaciones significativas entre el estrés y las conductas de salud podría recaer en el instrumento de medición de esta última variable. Como se especificó en la sección de método, la encuesta original sobre la cual se basó el instrumento utilizado en la presente investigación fue diseñada para evaluar las conductas de salud de una forma descriptiva. Esta es una encuesta larga y debido a las dificultades psicométricas que surgieron al intentar su uso en análisis estadísticos más sofisticados, ésta tuvo que ser recortada. Es por ello que se sugeriría utilizar o construir otro

instrumento más apropiado para los fines de la investigación, indagando solamente por las conductas que se han encontrado científicamente de estar relacionadas al estrés.

Asimismo, se sugiere utilizar alternativamente otra prueba que mida estrés, la cual podría evaluar específicamente el estrés académico (como el Inventario SISCO del Estrés Académico construida por Barraza en el 2007) (Buollosa, 2013) o las respuestas de estrés tanto a nivel cognitivo, conductual como fisiológico (como el Inventario de Reacciones de Estrés Agudo construida por Valdez en 1999) (Valdez, 1999). Esto nos permitirá valorar otros aspectos del estrés que pudieran estar presentes en los estudiantes universitarios.

Los hallazgos de la presente investigación también nos llevan a preguntarnos qué otros factores, aparte de los mencionados, influyen en las conductas de salud. Revisando la literatura científica al respecto, se encuentra que se han estudiado factores de tipo cognitivo-emocional, como por ejemplo, las creencias. Bajo este concepto, se han elaborado varios modelos relacionados a la adopción de conductas relacionadas a la salud; entre ellas están el modelo de creencias sobre la salud y el modelo de la autodeterminación (Becoña& Oblitas, 2010; Ryan, Patrick, Deci& Williams, 2008; Taylor, 2010).

De igual manera, se mencionan otros factores de tipo social, como los modelos a los que estamos expuestos en nuestra vida, y la presión a la que un individuo puede estar sometido a veces para realizar o dejar de realizar alguna conducta. Por último, se señalan factores relacionados con la personalidad, como el locus de control sobre la salud y los valores que una persona tenga (Becoña& Oblitas, 2010; Taylor, 2007). Asimismo, hay una creciente investigación que relaciona rasgos de personalidad, como la extraversión (cantidad e intensidad de las interacciones sociales, determina el nivel de actividad, la necesidad de estimulación y la capacidad para experimentar placer y otras emociones positivas) y la conciencia (necesidad de logro, persistencia, competencia y motivación en la conducta y en las metas de la persona) con algunas conductas de salud (Smith & Ruiz, 2004). Un estudio realizado por Raynor y Levine (2009) con estudiantes universitarios encuentra que aquellos que puntuaron alto en el factor conciencia fueron más propensos a usar cinturón de seguridad, ejercitarse físicamente, dormir lo suficiente y consumir frutas y vegetales y menos probables de fumar o consumir alcohol. En contraposición, los individuos altos en extraversión fueron más propensos a fumar, consumir alcohol y emborracharse y tener múltiples parejas sexuales.

En conclusión, es importante señalar que cada conducta de salud debe ser estudiada en forma independiente, pues diferentes factores tanto personales como sociales contribuyen a fortalecerla, mantenerla o disminuirla. Asimismo, una misma conducta de salud puede estar controlada por factores distintos en personas distintas (Taylor, 2007). Los resultados encontrados en la presente investigación plantean interrogantes importantes acerca de estos determinantes y hace necesario su estudio en posteriores investigaciones. Esto conlleva también una necesidad de construir instrumentos psicométricamente válidos que midan adecuadamente (y no sólo desde un aspecto descriptivo) las conductas de salud y que sean apropiados a la población que se quiera estudiar.

Por otro lado, estos resultados constituyen una fuente válida que da sustento a la realización de programas de intervención en los estudiantes con el fin de informar y modificar sus conductas adversas, propiciando así el establecimiento y consolidación de hábitos saludables que los lleven a tener un buen estado físico y mental y una buena salud en general. De igual forma, es importante el trabajo orientado a implementar estrategias de afrontamiento beneficiosas en el manejo de las diferentes situaciones difíciles que los estudiantes encaran en su vida cotidiana. Como psicólogos, poseemos herramientas útiles y efectivas para lograr el cambio de los comportamientos que no favorecen la salud; sin embargo, alcanzar o mantener estos cambios es un proceso complejo que requiere también de un enfoque que priorice al entorno como factor vital. Las características del entorno físico y social en el que se desenvuelve un individuo lo influyen (Shain&Kramer, 2004) y, en el caso de los estudiantes, este entorno puede propiciar la adquisición de hábitos que los lleven no sólo a conservar su salud en un futuro sino que pueden ser cruciales para que logren el éxito académico en la actualidad. Para conseguir esto se requiere además de un entorno sociocultural favorable, de la existencia de políticas públicas e institucionales saludables. Esto es lo que da fundamento para el trabajo, dentro del espacio universitario, bajo un enfoque de universidades saludables.

Finalmente, se puede concluir que si bien el estrés no constituyó una variable importante que altere significativamente las conductas de salud, es importante señalar que estos resultados corresponden a un grupo de estudiantes universitarios de la facultad de letras de una universidad privada de Lima y no pueden generalizarse, ya que el muestreo utilizado fue intencional y no probabilístico. En ese sentido, sería interesante realizar otras

investigaciones más amplias en varias universidades, tanto en Lima como en provincias y tanto privadas como públicas, con el fin de explorar si se da esta relación y su fuerza.



Referencias

- Abraham, Ch. & Sheeran, P. (2007). The Health Belief Model. En: M. Conner & P. Norman (Eds). *Predicting health behaviour* (28-80). New York: Open University Press.
- Ahern, N. & Norn, A. (2011). Examining factors that increase and decrease stress in adolescent community college students. *Journal of Pediatric Nursing*, 26 (6), 530-540.
- Alcalde, M. (1998). *Nivel de autoeficacia y estilos de afrontamiento en estudiantes universitarios de Lima* (Tesis de magister inédita). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Alonso, L.; Pérez, M.; Alcalá, G.; Lubo, A. & Consuegra, A. (2008). Comportamientos de riesgo para la salud en estudiantes colombianos recién ingresados a una universidad privada en Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, 24 (2), 235-247.
- American College Health Association-ACHA (2011). *National college health assessment*. EEUU: Autor.
- Amigo, I.; Fernández, C. & Pérez, M. (2003). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Araas, T. (2008). Associations of mindfulness, perceived stress, and health behaviors in college freshmen. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 69 (2-A), 521.
- 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.
- Becoña, E. & Oblitas, L. (2010). Promoción de estilos de vida saludables. En: L. Oblitas (Coord). *Psicología de la salud y calidad de vida* (pp. 83-109). México D.F.: Cengage Learning Editores S.A.
- Berger, K. (2001). *Psicología del desarrollo: adultez y vejez*. Madrid: Médica Panamericana S.A.
- Berger, K. (2007). *Psicología del desarrollo.: infancia y adolescencia*. Madrid: Médica Panamericana S.A.

- Berrios, F. (2006). *Nivel de vulnerabilidad al estrés y mecanismos de afrontamiento en estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos* (Tesis de maestría inédita). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Boullosa, G. (2013). *Estrés académico y afrontamiento en un grupo de estudiantes de una universidad privada de Lima*. (Tesis de licenciatura inédita). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: International Thomson Editores Spain Paraninfo S.A.
- Burris, J.; Brechting, E.; Salsman, J. & Carlson, Ch. (2009) Factors associated with the psychological well-being and distress of university students. *Journal of American College Health*, 57 (5), 536-543.
- Caballero, C.; Abello, R. & Palacio, J. (2007). Relación del burnout y el rendimiento académico con la satisfacción frente a los estudios en estudiantes universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25 (2), 98-111.
- Carver, Ch. (2011). Coping. En: R. Contrada & A. Baum (Eds). *The handbook of stress science. Biology, psychology and health* (pp. 221-229). New York: Springer Publishing Company.
- Carver, Ch. & Scheier, M. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66 (1), 184-195.
- Carver, Ch.; Scheier, M. & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283.
- Cassaretto, M. (2009). *Relación entre las cinco grandes dimensiones de la personalidad y el afrontamiento en estudiantes pre-universitarios de Lima Metropolitana* (Tesis de maestría inédita). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Cassaretto, M. & Chau, C. (2013). *Afrontamiento al estrés: adaptación del cuestionario COPE en universitarios de Lima*. Manuscrito en preparación.
- Cassaretto, M.; Chau, C.; Oblitas, H. & Valdéz, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 21 (2), 363-392.

- Casuso, L. (1996). *Adaptación de la prueba COPE sobre estilos de afrontamiento en un grupo de estudiantes universitarios de Lima* (Tesis de licenciatura inédita). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Chau, C. (1998). *Consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios: motivaciones y estilos de afrontamiento* (Tesis de licenciatura inédita). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Chau, C. (2004). *Determinants of alcohol use among university students. The role of stress, coping and expectancies* (Tesis doctoral inédita). Amsterdam: Katholieke Universiteit Leuven, Amsterdam, Bélgica.
- Chau, C. & Van der Broucke, S. (2005). Consumo de alcohol y sus determinantes en estudiantes universitarios limeños: un estudio de focusgroup. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 23 (2), 267-291.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, Sh.; Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24 (4), 385-396.
- Compas, B.; Connor-Smith, J.; Saltzman, H.; Harding, A. & Wadsworth, M. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127 (1), 87-127.
- Davis, P. & Brantley, P. (2004). Stress, coping and social support in health and behavior. En: T. Boll (Ed). *Handbook of clinical health psychology* (Vol. 2, pp. 233-267). Washington DC: American Psychological Association.
- DiMatteo, M. & Martin, L. (2002). *Health psychology*. Boston: Allyn & Bacon.
- Edenfield, T. & Blumenthal, J. (2011). Exercise and stress reduction. En: R. Contrada & A. Baum (Eds). *The handbook of stress science. Biology, psychology and health* (pp. 301-319). New York: Springer Publishing Company.
- Ehlers, C.; Gilder, D.; Criado, J. & Caetano, R. (2010). Sleep quality and alcohol-use disorders in a select population of young-adult mexicanamericans. *Journal of Studies of Alcohol and Drugs*, 71 (6), 879-884.
- Feldman, L.; Goncalves, L., Chacón-Puignau, G.; Zaragosa, J.; Bagés, N. & de Pablo, J. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento

- académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psychologica*, 7 (3), 739-751.
- Ficková, E. (2005). Copingscalesforadults: psychometricrelationships. *Studia Psychologia*, 47 (4), 309-317.
- Fierro, (1996). *Manual de psicología de la personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Fiorentino, M.T. (2010). Conductas de la salud. En: L. Oblitas (Coord). *Psicología de la salud y calidad de vida* (pp. 57-81). México D.F.: Cengage Learning Editores S.A.
- Frydenberg, E. & Lewis, R. (1997). *Escala de afrontamiento para adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.
- Gil, J. (2004). Alimentación, actividad física y salud. En: J. Gil (Dir). *Psicología de la salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. (pp. 265-308). Madrid: Pirámide.
- Gil, J. & López, f. (2004). Estrés y salud. En: J. Gil (Dir). *Psicología de la salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones* (pp. 351-390). Madrid: Pirámide.
- González, M. & Landero, R. (2007). Factor structure of the perceived stress scale (PSS) in a sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10 (1), pp. 199-206.
- Greely, J. & Oei, T. (1999). Alcohol and tension reduction. En: K. Leonard & Blane (Eds). *Psychological theories of drinking and alcoholism* (pp.14-53). New York: The Guilford Press.
- Grunberg, N.; Shafer Berger, S. & Hamilton, K. (2011). Stress and drug use. En: R. Contrada & A. Baum (Eds). *The handbook of stress science. Biology, psychology and health* (pp. 287-300). New York: Springer Publishing Company.
- Grupo de Opinión Pública de la Universidad de Lima (2006). *Perfil de los estudiantes del consorcio de universidades. Resumen y análisis*. Lima: Consorcio de Universidades.
- Guarino, L.; Gavidia, I.; Antor, M. & Caballero, H. (2000). Estrés, salud mental y cambios inmunológicos en estudiantes universitarios. *Psicología Conductual*, 8 (1), 57-71.
- Hoyt, M.; Thomas, K.; Epstein, D. & Dirksen, Sh. (2009). Coping style and sleep quality in men with cancer. *Annual Behavior Medicine*, 37, 88-93.
- Hu, D.; Taylor, T.; Blow, J. & Cooper, T. (2011). Health behaviors: patterns and correlates of diet and exercise in a Hispanic college sample. *Eating Behaviors*, 12 (4), 296-301.

- Jiménez, M.; Martínez, P.; Miró, E. & Sánchez, A. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica del ejercicio físico? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8 (1), 185-202.
- Khantzian, E. (2003). The self-medication hypothesis revisited: the dually diagnosed patients. *Primary Psychiatry*, 10 (9), 47-48, 53-54.
- Kleine, R. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*. 3ed. New York: Guilford Press.
- Krueger, P.& Chang, V. (2008). Being poor and coping with stress: health behaviors and the risk of death. *American Journal of Public Health*, 98 (5), 889-896.
- Lazarus, R. (1993). From psychological stress to emotions: a history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca S.A.
- Lee, L.; Kuo, Y.; Fanaw, D.; Peng, Sh. & Juang, I. (2011). The effect of an intervention combining self-efficacy theory and pedometers on promoting physical activity among adolescents. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 914-922.
- Lema, L.; Salazar, I.; Varela, M.; Tamayo, J.; Rubio, A. & Botero, A. (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento Psicológico*, 5 (12), 71-87.
- Luszczynska, A.; Schwarzer, R.; Lippke, S. & Mazurkiewicz, M. (2011). Self-efficacy as a moderator of the planning-behavior relationship in interventions designed to promote physical activity. *Psychology & Health*, 26 (2), 151-166.
- Mahmoud, J.; Staten, R.; Hall, L. & Lenni, T. (2012). The relationship among young adult college students' depression, anxiety, stress, demographics, life satisfaction and coping styles. *Issues in Mental Health Nursing*, 33 (3), 149-156.
- Meda, R.; de Santos, F.; Lara, B.; Verdugo, J.; Palomera, A. & Valadez, M. (2008). Evaluación de la percepción de calidad de vida y estilo de vida en estudiantes desde el contexto de las Universidades Promotoras de la Salud. *Revista de Educación y Desarrollo*, 8, 5-16.

- Menéndez, MC. (2010). *Estrés agudo y características de cólera y hostilidad en estudiantes universitarios de ciencias e ingeniería*(Tesis de licenciatura inédita).Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Mikkelsen, F. (2011).*Satisfacción con la vida y estrategias de afrontamiento en un grupo de adolescentes universitarios de Lima*(Tesis de licenciatura inédita).Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Ministerio de Salud-MINSA (2010).*Documento técnico promoviendo universidades saludables*.Lima: Autor.
- Moreano, L. (2006).*Estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento en adolescentes universitarios*(Tesis de licenciatura inédita).Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Musiti, G.; Martínez, B. & Varela, R. (2011). El ajuste en la adolescencia: las rutas transitorias y persistentes. En: R. Pereira (Comp). *Adolescentes en el siglo XXI. Entre impotencia, resiliencia y poder* (pp. 109-128). Madrid: Morata.
- Ng, D. & Jeffery, R. (2003).Relationships between perceived stress and health behaviors in a sample of working adults.*Health Psychology, 22* (6), 638-642.
- Nordin, M.; Westerholm, P.; Alfredsson, L. &Akerstedt, T.(2012). Social support and sleep. Longitudinal relationships from the WOLF-Study.*Psychology, 3* (12), 1223.
- Oblitas, L. (2010).*Psicología de la salud y calidad de vida*.México D.F.: Cengage Learning Editores S.A.
- O'Connor, D. & Conner, M. (2011).Effects of stress on eating behavior.En: R. Contrada& A. Baum (Eds). *The handbook of stress science.Biology, psychology and health* (pp. 275-286). New York: Springer Publishing Company.
- Odgeon, J. (2007). *Health psychology*. Buckingham: Open University Press.
- Organización Mundial de la Salud-OMS (2002).*Informe sobre la salud en el mundo.Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Recuperado de: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf
- Páez, M. & Castaño, J. (2010).Estilos de vida y salud en estudiantes de una facultad de psicología.*Psicología desde el Caribe. 25*, 155-178.

- Pedrero, E. & Olivar, A. (2010). Estrés percibido en adictos a sustancias en tratamiento mediante la escala de Cohen: propiedades psicométricas y resultados de su aplicación. *Anales de Psicología*, 26 (2), 302-309.
- Pérez San Gregorio, M.; Rodríguez, A.; Borda, M. & Del Río, C. (2003). Estrés y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*. 67/68, 26-33.
- Pons, J. & Buelga, S. (2011). Factores asociados al consumo juvenil de alcohol: una revisión desde una perspectiva psicosocial y ecológica. *Intervención Psicosocial*, 20 (1), 75-94.
- Raynor, D. & Levine, H. (2009). Associations between the five-factor model of personality and health behaviors among college students. *Journal of American College Health*, 58 (1), 73-81.
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a european spanish version of the perceived stress scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9 (1), 86-93.
- Roa, A. (1995). Marco teórico conceptual de la psicología de la salud. En: A. Roa (comp). *Evaluación en psicología clínica de la salud* (pp. 501-569). Madrid: CEPE, S.L.
- Rodríguez, N; Ríos, M.; Lozano, L. & Alvarez, M. (2009). Percepción de jóvenes universitarios respecto a su salud: conductas y contexto de riesgo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14 (2), 245-260.
- Ryan, R.; Patrick, H.; Deci, E. & Williams, G. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: interventions based on Self-Determination Theory. *The European Health Psychologist*, 10, 2-5.
- Salazar, I. & Arrivillaga, M. (2004). El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, como parte del estilo de vida en jóvenes universitarios. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 74-89.
- Salazar, I.; Varela, M.; Lema, L.; Tamayo, J. & Duarte, C. (2010). Evaluación de las conductas de salud en jóvenes universitarios. *Revista de Salud Pública*, 12 (4), 599-611.
- Sánchez, Z. & Nappo, S. (2007). A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34, 73-81.

- Santrock, J. (2006). *Psicología del desarrollo, el ciclo vital*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.
- Santrock, J. (2007). *Adolescence*. New York: McGraw-Hill
- Sasaki, M. & Yamasaki, K. (2007). Stress coping and the adjustment process among university freshmen. *Counseling Psychology Quarterly*, 20 (1), 51-67.
- Shain, M. & Kramer, D. (2004). Health promotion in the workplace: framing de concept; reviewing the evidence. *Occupational & Environmental Medicine*, 61 (7), 643-648.
- Sierra, J.C. (2010). La calidad de sueño como factor relevante de la calidad de vida. En: L. Oblitas (Coord). *Psicología de la salud y calidad de vida* (pp. 337-344). México D.F.: Cengage Learning Editores S.A.
- Silva, L.; Malbergier, A.; Stempluk, V. & Andrade, A. (2006). Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Revista de Saúde Pública*, 40, 280-288.
- Smith, C. & Kirby, L. (2011). The role of appraisal and emotion in coping and adaptation. En: R. Contrada & A. Baum (Eds). *The handbook of stress science. Biology, psychology and health* (pp. 196-220). New York: Springer Publishing Company.
- Smith, T. & Ruiz, J. (2004). Personality theory and research in the study of health and behavior. En: T. Boll (ed). *Handbook of clinical health psychology* (pp. 143-199). Vol 2. Washington DC: American Psychological Association.
- Suh, J.; Ruffins, S.; Robins, E.; Albanese, M. & Khantzian, E. (2008). Self-medication hypothesis connecting affective experience and drug choice. *Psychoanalytic Psychology*, 25 (3), 518-532.
- Sun, J.; Buys, N.; Stewart, D. & Shum, D. (2011). Mediating effects of coping, personal belief, and social support on the relationship among stress, depression, and smoking behavior in university students. *Health Education*, 111 (2), 133-146.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud*. México D.F.: McGraw Hill.
- Taylor, S. (2010). Health. En: S. Fiske, D. Gilbert & G. Lindzey (Eds). *Handbook of social psychology* (Vol 1, pp. 698-722). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Torrejón, C. (2011). *Ansiedad y afrontamiento en universitarios migrantes* (Tesis de licenciatura inédita). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

- Troxel, W.; Buysse, D.; Monk, T.; Begley, A. & Hall, M. (2010). Does social support differentially affect sleep in older adults with versus without insomnia? *Journal of Psychosomatic Research*, 69 (5), 459-466.
- Valdez, N. (1999). *Estrés y recursos de afrontamiento en un grupo de adolescentes embarazadas* (Tesis de licenciatura inédita). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Valdez, W.; Ramos, W.; Miranda, J. & Tovar, J. (2010). *Análisis de la situación de salud del Perú*. Lima: Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología.
- Vandekerckhove, M.; Kestemont, J.; Weiss, R.; Schotte, C.; Exadaktylos, V.; Haex, B.; Verbraecken, J. & Gross, J. (2012). Experiential versus analytical emotion regulation and sleep: breaking the link between negative events and sleep disturbance. *Emotion*, 12 (6), 1415-1421.
- Vandekerckhove, M.; Weiss, R.; Schotte, C.; Exadaktylos, V.; Haex, B.; Verbraecken, J. & Cluydts, R. (2011). The role of presleep negative emotions in sleep physiology. *Psychophysiology*, 48 (12), 1738-1744.
- Weidner, G.; Kohlmann, C.; Dotzauer, E. & Burns, L. (1996). The effects of academic stress on health behaviors in young adults. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 9 (2), 123-133.
- Whittembury, B. (2012). *Relaciones entre la auto-eficacia percibida, las expectativas de resultado y el desempeño deportivo en jugadores de rugby del Campeonato Metropolitano de Lima*. (Tesis de licenciatura inédita). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Wichianson, J.; Bughi, S.; Unger, J.; Spruijt-Metz, D. & Nguyen-Rodriguez, S. (2009). Perceived stress, coping and night-eating in college students. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 25 (3), 235-240.
- Wooten, J. (2010). The effect of health locus of control and perceived stress on physical activity and body mass index in North Texas community college students. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 71 (3-A), 849.

APÉNDICE A

Instrumentos



APÉNDICE A1

Hoja de Consentimiento Informado

Usted está siendo invitado a participar en una investigación sobre temas asociados al campo de la psicología de la salud. Esta investigación es realizada por la Lic. Silvia Becerra, bajo la supervisión de la Dra. Cecilia Chau, profesora del Departamento de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Si usted decide aceptar, se le solicitará contestar una pequeña encuesta sobre datos sociodemográficos y pruebas relacionadas con los temas arriba mencionados. Los derechos con los que cuenta incluyen:

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

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

Participación voluntaria: tiene el derecho a abstenerse de participar o incluso de retirarse de esta evaluación cuando lo considere conveniente.

En función a lo leído:

¿Desea participar en la investigación? SI _____ NO _____

APÉNDICE A2

Ficha de Datos

I. DATOS PERSONALES

1. Sexo: Hombre Mujer
2. Edad: _____
3. Lugar de Nacimiento: _____
 En caso de nacer en provincia, tiempo de residencia en Lima en años: _____
4. Estado civil (marque una opción):
- | | |
|--|---|
| a. Soltero(a) <input type="checkbox"/> | d. Divorciado(a) <input type="checkbox"/> |
| b. Casado(a) <input type="checkbox"/> | e. Separado(a) <input type="checkbox"/> |
| c. Viudo(a) <input type="checkbox"/> | f. Conviviente <input type="checkbox"/> |
5. ¿En qué ciclo se encuentra matriculado actualmente?: _____
6. ¿Usted trabaja actualmente? SI NO
- Si su respuesta es SI, indique el número de horas promedio por semana que trabaja: _____
 y el tipo de actividad u oficio que realiza: _____

II. DATOS SOBRE SALUD

1. Talla aproximada: _____
2. Peso aproximado: _____
3. En su caso, ¿ha presentado en el ÚLTIMO AÑO algún tipo de enfermedad física y/o mental?
- SI NO

Si su respuesta es SI, marque cuál:

- | | |
|---|--|
| - Dolores de espalda y cabeza <input type="checkbox"/> | - Molestias estomacales <input type="checkbox"/> |
| - Tensión en el cuello y/o espalda <input type="checkbox"/> | - Migraña <input type="checkbox"/> |

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| - Enfermedades respiratorias | <input type="checkbox"/> | - Hipertensión | <input type="checkbox"/> |
| - Ansiedad | <input type="checkbox"/> | - Depresión | <input type="checkbox"/> |
| - Insomnio | <input type="checkbox"/> | - Tumores/Quistes | <input type="checkbox"/> |
| - Otros (indique cuál): _____ | | | |

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

Excelente

Muy Buena

Buena

Regular

Mala



APÉNDICE B

Análisis Estadísticos

APÉNDICE B1

Confiabilidad por Consistencia Interna y Correlaciones Item-Test Corregidas de la Escala de Estrés Percibido

$$\alpha = 0.84$$

	Correlación elemento-total corregida	Alfa si se elimina el elemento
EST 1	.391	.832
EST 2	.441	.829
EST 3	.398	.831
EST 4i	.500	.825
EST 5i	.418	.830
EST 6i	.618	.817
EST 7i	.642	.818
EST 8	.586	.819
EST 9i	.588	.821
EST 10i	.547	.821
EST 11	.526	.823
EST 12	.112	.849
EST 13i	.336	.836
EST 14	.612	.816

APÉNDICE B2

Confiabilidad por Consistencia Interna y Correlaciones Item-Test Corregidas por Escalas y Estilos del COPE

Cuestionario total $\alpha = 0.83$
 I. Estilo Centrado en el Problema $\alpha = 0.78$
 1. Escala Activo $\alpha = 0.47$

	Correlación elemento-total corregida	Alfa si se elimina el elemento
COPE 5	.443	.237
COPE 25	.111	.557
COPE 47	.447	.239
COPE 58	.151	.518

2. Escala Planificación $\alpha = 0.79$

	Correlación elemento-total corregida	Alfa si se elimina el elemento
COPE 19	.548	.758
COPE 32	.694	.676
COPE 39	.638	.719
COPE 56	.514	.771

3. Escala Supresión de Actividades Competentes $\alpha = 0.58$

	Correlación elemento-total corregida	Alfa si se elimina el elemento
COPE 15	.217	.617
COPE 33	.465	.409
COPE 42	.296	.548
COPE 55	.472	.406

4. Escala Contención/Postergación del Afrontamiento $\alpha = 0.52$

	Correlación elemento-total corregida	Alfa si se elimina el elemento
COPE 10	.307	.454
COPE 22	.174	.562
COPE 41	.384	.381
COPE 49	.394	.381

5. Escala Búsqueda de Soporte Social por Razones Instrumentales $\alpha = 0.87$

	Correlación elemento-total corregida	Alfa si se elimina el elemento
COPE 4	.720	.832
COPE 14	.762	.815
COPE 30	.662	.854
COPE45	.743	.822

II. Estilo Centrado en la Emoción $\alpha = 0.79$

6. Escala Búsqueda de Soporte Social por Razones Emocionales $\alpha = 0.85$

	Correlación elemento-total corregida	Alfa si se elimina el elemento
COPE 11	.703	.807
COPE 23	.750	.786
COPE 34	.524	.876
COPE 52	.802	.763

7. Escala Reinterpretación Positiva y Crecimiento $\alpha = 0.74$

	Correlación elemento-total corregida	Alfa si se elimina el elemento
COPE 1	.433	.732
COPE 29	.590	.645
COPE 38	.598	.640
COPE 59	.515	.691

8. Escala Acudir a la Religión $\alpha = 0.90$

	Correlación elemento-total corregida	Alfa si se elimina el elemento
COPE 7	.798	.864
COPE 18	.866	.834
COPE 48	.757	.877
COPE 60	.716	.893

9. Escala Aceptación $\alpha = 0.71$

	Correlación elemento-total corregida	Alfa si se elimina el elemento
COPE 13	.611	.591
COPE 21	.557	.618
COPE 44	.428	.693
COPE 54	.429	.693

10. Escala Enfocar y Liberar Emociones $\alpha = 0.82$

	Correlación elemento-total corregida	Alfa si se elimina el elemento
COPE 3	.707	.739
COPE 17	.492	.834
COPE 28	.649	.768
COPE 46	.724	.731

III. Estilo Evitativo $\alpha = 0.80$ 11. Escala Desentendimiento Mental $\alpha = 0.45$

	Correlación elemento-total corregida	Alfa si se elimina el elemento
COPE 2	.153	.476
COPE 16	.308	.330
COPE 31	.219	.424
COPE 43	.364	.284

12. EscalaDesentendimientoConductual $\alpha = 0.76$

	Correlación elemento-total corregida	Alfa si se elimina el elemento
COPE 9	.587	.678
COPE 24	.662	.644
COPE 37	.623	.657
COPE 51	.372	.802

13. EscalaNegación $\alpha = 0.69$

	Correlación elemento-total corregida	Alfa si se elimina el elemento
COPE 6	.351	.707
COPE 27	.515	.598
COPE 40	.546	.573
COPE 57	.500	.611

14. EscalaDrogas $\alpha = 0.96$

	Correlación elemento-total corregida	Alfa si se elimina el elemento
COPE 12	.913	.947
COPE 26	.878	.958
COPE 35	.945	.939
COPE 53	.890	.953

15. EscalaHumor $\alpha = 0.91$

	Correlación elemento-total corregida	Alfa si se elimina el elemento
COPE 8	.586	.947
COPE 20	.811	.874
COPE 36	.908	.837
COPE 50	.879	.849

APÉNDICE B3

Confiabilidad por Consistencia Interna y Correlaciones Item-Test Corregidas por Áreas del Cuestionario de Conductas de Salud

1. Área Actividad Física y Deporte $\alpha = 0.77$

	Correlación elemento-total corregida	Alfa si se elimina el elemento
CS 1	.590	.706
CS 4	.700	.639
CS 5	.382	.801
CS 6	.631	.682

2. Área Autocuidado y Cuidado Médico $\alpha = 0.66$

	Correlación elemento-total corregida	Alfa si se elimina el elemento
CS 11	.462	.577
CS 12	.542	.515
CS 13	.356	.646
CS 15	.409	.614

3. Área Hábitos Alimentarios $\alpha = 0.76$

	Correlación elemento-total corregida	Alfa si se elimina el elemento
CS 31i	.384	.754
CS 32i	.548	.712
CS 33i	.534	.715
CS 36i	.538	.715
CS 38i	.401	.743
CS 39	.367	.751
CS 45i	.607	.706

4. Área Organización del Sueño y Descanso $\alpha = 0.66$

	Correlación elemento-total corregida	Alfa si se elimina el elemento
CS 60i	.517	.538
CS 61i	.461	.579
CS 63i	.471	.570
CS 64i	.404	.650

5. Área Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas $\alpha = 0.78$

	Correlación elemento- total corregida	Alfa si se elimina el elemento
CS 46i	.625	.734
CS 47i	.487	.755
CS 48	.462	.759
CS 49i	.537	.754
CS 50i-51i	.482	.762
CS 53	.436	.768
CS 54i	.524	.755
CS 55i	.332	.776
CS 56i	.522	.762

Área Recreación y Manejo del Tiempo Libre (se elimina) $\alpha = 0.25$

	Correlación elemento-total corregida	Alfa si se elimina el elemento
CS 7	.235	.055
CS 8	.266	.004
CS 9	.207	.088
CS 10i	-.139	.519

Área Recreación y Manejo del Tiempo Libre (si se invierte el ítem 10)

 $\alpha = 0.47$

	Correlación elemento-total corregida	Alfa si se elimina el elemento
CS 7	.145	.504
CS 8	.347	.316
CS 9	.473	.179
CS 10	.139	.519

APÉNDICE B4

Pruebas de normalidad de los datos de acuerdo al estadístico Kolmogorov-Smirnov Z

Instrumento		Kolmogorov-Smirnov Z	
		Estadístico	Sig.
Estrés Percibido		.089	.004
COPE			
Estilos	Estilo orientado al problema	.059	.200*
	Estilo orientado a la emoción	.097	.001
	Estilo evitativo	.076	.029
Estrategias	Activo	.126	.000
	Planificación	.125	.000
	Supresión	.113	.000
	Postergación del afrontamiento	.147	.000
	Búsqueda de soporte social instrumental	.106	.000
	Búsqueda de soporte social emocional	.119	.000
	Reinterpretación positiva y crecimiento	.127	.000
	Acudir a la religión	.168	.000
	Aceptación	.125	.000
	Negación	.188	.000
	Desentendimiento mental	.101	.001
	Desentendimiento conductual	.210	.000
	Enfocar y liberar emociones	.127	.000
	Drogas	.443	.000
	Humor	.101	.001
Conductas de Salud	Actividad física y deporte	.142	.000
	Autocuidado	.124	.000
	Hábitos alimentarios	.080	.018
	Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas	.115	.000
	Organización del sueño y descanso	.216	.000

p>0.05 Distribución normal

