

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ  
ESCUELA DE POSGRADO**



**LA SALUD Y SUS DETERMINANTES PERSONALES EN  
JÓVENES UNIVERSITARIOS DE LIMA**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTORA EN PSICOLOGÍA

**AUTORA**

MONICA DE LOS MILAGROS CASSARETTO BARDALES

**ASESORA**

CECILIA BEATRIZ CHAU PÉREZ-ARANIBAR

JUNIO, 2019

## **Agradecimientos**

Quiero agradecer a todas aquellas personas que han hecho posible llevar a cabo el presente trabajo de investigación. Entre ellas, resalto la labor de mi asesora Cecilia Chau, amiga y colega con quien comparto mi interés por la promoción de la salud en los universitarios. Asimismo, agradezco a Patricia Martínez, una persona a la que admiro y aprecio mucho, quien ha sabido moldear aspectos relevantes en mi rol de investigadora. A Rafael Gargurevich, quien me acogió en momentos de duda y confusión, e hizo de la estadística algo casi divertido. Finalmente, a Cecilia Thorne, ya que sin ella no habría desarrollado mi carrera docente ni soñado con este doctorado.

También otras personas me han aconsejado, apoyado e incluso ayudado a elaborar aspectos básicos de este proyecto. Entre ellas, se encuentran Arturo Calderón, Patty Vilela, Mary Claux, María Victoria Arévalo, Chery Raguz, Lennia Matos, Carlos Iberico, Dario Páez, Marian Bilbao y otros tantos.

De igual manera, agradezco a los estudiantes que participaron de este estudio y a todos aquellos que entran con ilusión a la universidad tratando de descubrir algo más de sí mismos y el mundo. Espero que este espacio los acoja como lo hizo conmigo.

Agradezco a mi familia, pues siempre ha estado presente en mi mente, poniéndome en debate si estar con ellos o con este proyecto. Especialmente A Federico y a mis hijos.

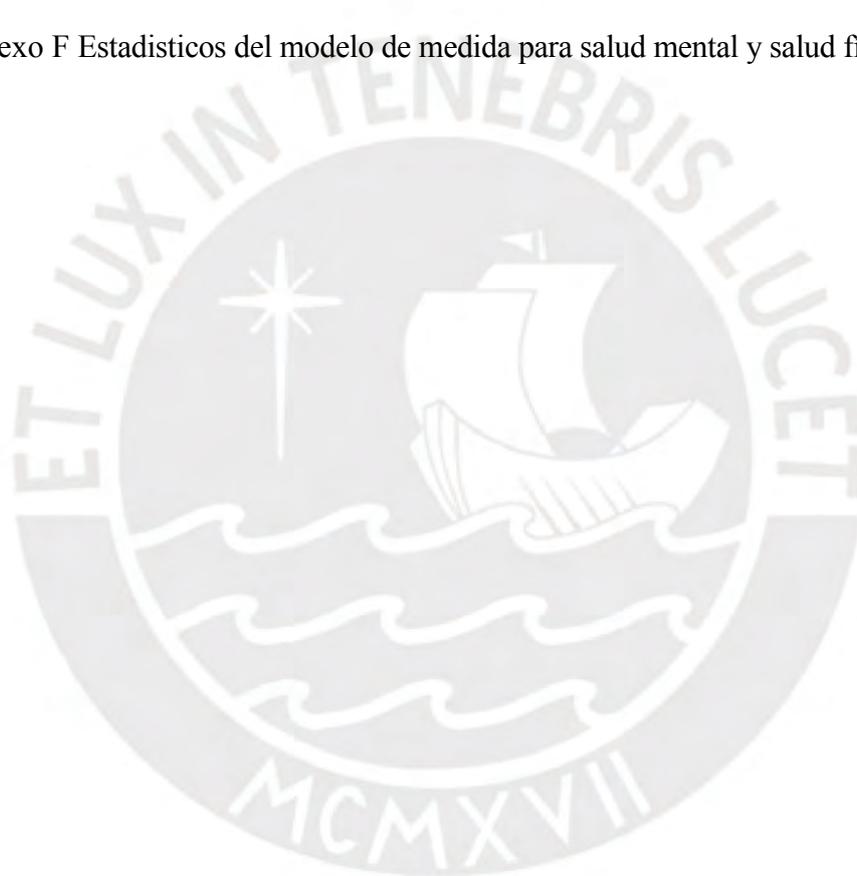


**A Francisco y Eduardo,**

## Tabla de contenido

<b>Introducción</b> .....	i
<b>Marco teórico: La salud y sus determinantes en universitarios</b> .....	1
Salud y Universidad.....	1
Definición y evaluación moderna de la salud.....	1
La educación superior en el Perú.....	5
Salud en estudiantes universitarios.....	7
Determinantes personales de la salud.....	11
Diferencias de sexo en la salud.....	12
Importancia de las conductas de salud.....	15
El rol de los rasgos de personalidad.....	19
Planteamiento del problema.....	24
<b>Método</b> .....	
Participantes.....	30
Medición.....	31
Procedimiento.....	39
Análisis de datos.....	40
<b>Resultados</b> .....	42
<b>Discusión</b> .....	56
<b>Referencias</b> .....	84

<b>Anexos</b> .....	104
Anexo A Consentimiento informado.....	105
Anexo B Distribución de la muestra de acuerdo a facultad.....	106
Anexo C Ficha de datos.....	107
Anexo D Datos descriptivos de las variables de estudio.....	109
Anexo E Estadísticos del modelo de medida para salud percibida global	110
Anexo F Estadísticos del modelo de medida para salud mental y salud física	111

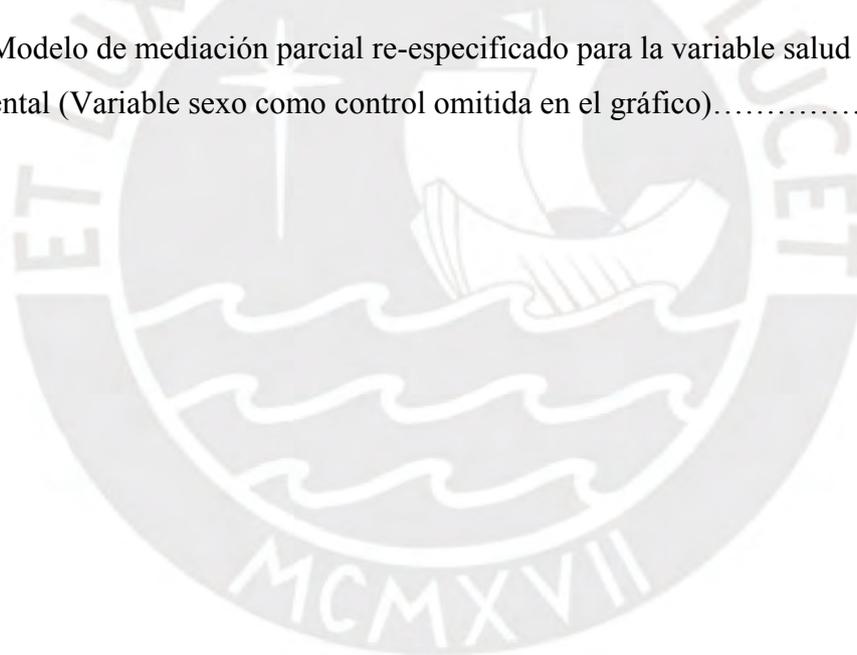


## Índice de tablas

Tabla 1. Distribución de la muestra de acuerdo a la facultad.....	31
Tabla 2. Salud percibida global.....	42
Tabla 3. Dimensiones y componentes de la salud.....	43
Tabla 4. Distribución del peso y categorías IMC.....	43
Tabla 5. Presencia de enfermedad física y/o mental último año.....	44
Tabla 6. Correlaciones entre las variables.....	46
Tabla 7. Correlación entre variables de estudio de acuerdo a sexo.....	47
Tabla 8. Modelo resumen de los análisis de regresión múltiple para para la predicción de la variable Salud Percibida.....	48
Tabla 9. Modelo resumen de los análisis de regresión múltiple para para la predicción de la variable Componente Salud Física.....	49
Tabla 10. Modelo resumen de los análisis de regresión múltiple para para la predicción de la variable Componente Salud Mental.....	50
Tabla 11. Índices de ajuste del modelo de mediación para salud percibida global.....	51
Tabla 12: Coeficientes estandarizados de las variables manifiestas que modelan las variables latentes. Modelo para salud percibida global.....	52
Tabla 13. Índices de ajuste del modelo de mediación para indicadores de salud.....	53
Tabla 14: Coeficientes estandarizados de las variables manifiestas que modelan las variables latentes del modelo para salud física y salud mental.....	54

## Índice de Figuras

Figura 1. Modelo de conductas de salud de la personalidad adaptado de Smith (2006).....	23
Figura 2: Modelo general principal basado en la teoría propuesta para percibida global.....	28
Figura 3: Modelo general principal basado en la teoría propuesta para salud física y salud mental.....	29
Figura 4: Modelo de mediación parcial para la variable salud percibida (Variable sexo como control omitida en el gráfico).....	52
Figura 5: Modelo de mediación parcial re-especificado para la variable salud física y salud mental (Variable sexo como control omitida en el gráfico).....	55



## Resumen

El presente estudio intenta aproximarse a la situación de salud de un grupo de estudiantes de una universidad privada de Lima. Se considera que la etapa universitaria expone al estudiante a una serie de situaciones demandantes, así como al cambio de muchas actitudes y rutinas relacionadas a su autocuidado; lo cual puede afectar su salud. Los resultados indican que si bien existe evidencia empírica que señala la presencia de sintomatología física y mental en este grupo, esta suele pasar desapercibida debido a que muchas de sus molestias no son consideradas enfermedades graves y prima una visión positiva de su salud. Este estudio también considera importante conocer de manera más amplia cómo es la salud de estos universitarios y para ello recolecta diversos indicadores que permiten establecer un panorama más completo y cercano a la noción biopsicosocial de la salud; para ello se resalta la importancia del reporte de salud percibida global y el de salud física y salud mental. Todo lo que finalmente llevará, posteriormente, a analizar el rol de determinantes personales de la salud; tales como el sexo, la personalidad y las prácticas preventivas sobre la salud. Esta investigación cuenta con la participación de 636 estudiantes universitarios, en los que hallamos evidencia de diversos grados de desgaste en su salud, alta prevalencia de enfermedad leve y/o aguda; así como, niveles más bajos de salud mental y vitalidad de lo esperado. También se encontró que las estudiantes mujeres reportan menores niveles de salud que los varones. Es importante señalar que estudios previos muestran la importancia de los rasgos de personalidad; tales como el neuroticismo, la extraversión y la conciencia sobre la salud, en este estudio existe cierta coincidencia con lo mencionado, aunque el rol de neuroticismo es el que se mantiene de manera más consistente y significativo. Las conductas de salud como la práctica de actividad física, organización del sueño y el tiempo para la recreación y ocio se sostienen como eventos relevantes. Tal como se esperaba, se encontró que las conductas de salud mencionadas cumplen un rol mediador en la relación entre los rasgos de personalidad y los dos indicadores de salud analizados.

## **Abstract**

The present study aims to approach the health situation in a group of students at a private university in Lima. This research considers that the university, as institution, exposes the students to a series of demanding situations and provokes the change of many attitudes and routines toward self-care that could affect their health. In this group, there is empirical evidence that indicates the presence of physical and mental symptoms that usually are unnoticed because many of their discomforts are not considered serious diseases and a positive vision of their health prevails. Also, this study considers the importance of knowing, in a broader way, the health of these university students and collects various indicators that allow a more complete and closer view of their health from the biopsychosocial model. In order to accomplish this goal; the research highlights the importance of their self-rated health item and of their physical and mental health too. Finally, the role of personal determinants such as gender, personality traits and preventive practices on health is analyzed. This research assessed 636 university students, finding important evidence of some deterioration degree on their health, high prevalence of mild and/or acute disease, as well as lower levels of mental health and vitality than expected. Also, it was found that female students report lower levels of health than male ones. Previous studies show the importance of personality traits such as neuroticism, extraversion and conscientiousness but in this study, the role of neuroticism is maintained in a more consistent and significant way compared to the others. Health behaviors such as the practice of physical activity, organization of sleep and time for recreation and leisure are held as relevant. As expected, it was found that health behaviors play a mediating role in the relationship between personality traits and the two health indicators analyzed.

## INTRODUCCIÓN

La salud constituye en la actualidad una de las mayores preocupaciones de los individuos y de los gobiernos de cada país. Su problemática va más allá de los límites nacionales para adquirir una dimensión verdaderamente mundial. La salud puede ser considerada un valor en sí mismo porque permite que las personas puedan desarrollarse en otras áreas de la vida como el trabajo, la educación, la familia, el ocio, entre otros. La salud es, por tanto, un factor determinante de la calidad de vida del ser humano (Eid & Larsen, 2008; Rodríguez, 1995).

En el caso de los estudiantes universitarios, se suele pensar que en tanto son jóvenes y no han asumido plenamente su independencia económica, contarían con su fuerza y juventud como recurso para la salud. Sin embargo, existen investigaciones realizadas en diversos países que han empezado a dar indicios de la complejidad del estado de salud de los jóvenes. En esa línea, los estudios a nivel latinoamericano reportan indicadores clínicos asociados a sintomatología ansiosa y/o depresiva en esta población (Antúnez & Vinet, 2013; Badder et al., 2014; Cardona-Arias, Pérez-Restrepo, Rivera-Ocampo, Gómez-Martínez & Reyes, 2015; Cova, Alvial, Aro, Bonifetti & Hernández, 2007; González-Ramírez, Landero-Hernández & García-Campayo, 2009; Gutiérrez et al., 2010; Micin & Bagladi, 2011; Pérez-Villalobos et al., 2012). Además, a nivel mundial, se reporta la presencia de quejas somáticas frecuentes, tales como dolor de cabeza, dolor de espalda, falta de energía, somnolencia, alergias, infecciones respiratorias agudas, problemas gastrointestinales, taquicardias y sensación de falta de aire (American College Association [ACHA], 2015, 2018; Barraza, 2008, Barraza & Silerio, 2007; El Ansari, Labbed, Kotb, El-Houfy & Moseley, 2013; El Ansari, Oskrochi & Haghgoo, 2014; El Ansari et al., 2011; Feldman et al., 2008; González-Ramírez et al., 2009; Hussain, Guppy, Robertson & Temple, 2013; Reig, Cabrero, Ferrer & Richart, 2003).

En el contexto peruano, se han realizado esfuerzos aislados que advierten que los jóvenes presentan inadecuados estilos de vida (Chau & Tavera, 2012; Consorcio de Universidades, 2006) y síntomas que aquejan su salud física y mental (Becerra, 2016; Secretaría Nacional de la Juventud [SENAJU], 2012). No obstante, no existen suficientes estudios que visibilicen el estado de salud y profundicen en las variables

asociadas a la misma en estudiantes universitarios (Chau & Vilela, 2017; Chau & Saravia, 2016). Es importante considerar que este tipo de estudios busca brindar insumos para establecer medidas concretas que respondan a las características propias de cada contexto, orientando los esfuerzos de prevención, promoción e intervención de manera oportuna en esta población.

La literatura científica señala que la percepción de salud se relaciona con variables sociodemográficas, socioeconómicas, comportamentales y psicológicas (Cheng, Weiss & Siegel, 2015; Mikolajczyk et al., 2008; Pekmezovic, Popovix, Kisic-Tepavcevic, Gazibara & Paunic, 2011; Shields & Shooshtari, 2001). Específicamente, los estudios encuentran evidencia consistente y contundente que vinculan el estado de salud con el sexo, los rasgos de personalidad y los hábitos o conductas de salud. No obstante, estas investigaciones han sido realizadas principalmente con muestras de adultos mayores (Chapman, Duberstein & Lyness, 2007; Duberstein et al., 2003; Hill & Needham, 2006; Kestilä et al., 2006; Kopp, Skrabski, Réthelyi, Kawachi, & Adler, 2004; Mellner, Krantz, & Lundberg, 2006; Wilson, Mendes de León, Bienias, Evans & Bennet, 2004) y poco se conoce de la importancia de dichas variables en población más joven. De la misma manera, se desconoce cómo cada una de estas variables contribuye a la salud y la forma en que estas interactúan.

Por otro lado, en nuestro medio, tampoco se han desarrollado suficientes investigaciones sobre temas de salud desde un enfoque más holístico. Esto implica considerar a la salud no sólo de forma global, sino reconocer su multidimensionalidad. Asimismo, resulta necesaria la integración de indicadores objetivos y subjetivos en la evaluación de la salud (Duberstein et al., 2003; Pinquart, 2001).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1986) a través de la Carta de Ottawa reconoce que el entorno en el que se desenvuelven los individuos cumple un rol clave para la promoción de la salud. Con esta mirada, la universidad se convierte en un espacio crucial para el desarrollo y el cuidado de la salud de los jóvenes (Becerra, 2013). Se debe tomar en cuenta que en la etapa universitaria, los estudiantes suelen cambiar sus actitudes y rutinas en áreas del estudio, las relaciones y la salud. También, durante esta etapa, que corresponde a la adolescencia tardía y la adultez temprana, se consolidan los hábitos de salud que se mantendrán a lo largo de la vida (Santrock,

2007). De esta manera, varios de los malos hábitos, vinculados a problemáticas de salud que se presentan en estadios posteriores, tales como la obesidad, hipertensión, diabetes, enfermedad coronaria, entre otras, inician su desarrollo desde este periodo de la vida (OMS, 2018).

Asimismo, es importante reconocer que las universidades desempeñan un rol protagónico en la sociedad actual, puesto que es el lugar donde se busca la formación integral. Estas instituciones tienen el deber de promover y difundir conocimiento, generar un espacio para el desarrollo científico, profesional y técnico que responda a las necesidades de la sociedad. Las universidades actuales enfrentan, además, el desafío de no solo preparar al futuro profesional, sino de generar una formación que fortalezca las actitudes y conductas que adoptará cada persona, quien construirá y tomará decisiones al interior de su sociedad (Consortio de Universidades, 2006; Ministerio de Salud [MINSA], 2010; Muñoz, Cabieses, Contreras & Zuzulich, 2010; Suárez-Reyes, Muñoz & Van den Broucke, 2018).

El Minsa (2010), a través de la resolución ministerial N° 968-2010, sugiere que las universidades son comunidades con una gran posibilidad para funcionar como entornos saludables. Además, recomiendan que se implementen dentro de sus políticas la incorporación de actividades ligadas a la promoción de la salud y la disminución de enfermedades transmisibles, es decir, se trabaje alrededor de la noción de *Universidades Saludables*. Para ello, se considera necesario contar con investigación que identifique los factores relacionados a la salud, ya que cada comunidad universitaria posee sus propias características. La carta de Okanagan (2015) para la promoción de la salud en universidades plantea algunos lineamientos de acción, los cuales deben ser sustentados bajo el conocimiento de la realidad específica de cada contexto.

Por ello, este estudio pretende aportar al conocimiento sobre el tema desde el enfoque de la Psicología de la Salud, respondiendo a dos objetivos. En el primero, se busca realizar una descripción de la salud en un grupo de estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. De esta manera, se espera conocer los niveles de salud percibida global de dicho grupo y obtener indicadores específicos sobre su salud mental y física. El segundo objetivo, analizará el rol de los rasgos de la personalidad, las conductas de salud y el sexo en la salud de los evaluados, planteándose modelos alternativos de mediación

entre ellas. Esta investigación es un aporte importante al estudio de la salud de los jóvenes, ya que busca proponer una aproximación comprensiva a la salud en población joven de Lima. De esta manera, se espera brindar información importante para incorporar en los programas de promoción y prevención de la salud.



# MARCO TEÓRICO

## SALUD Y SUS DETERMINANTES PERSONALES EN UNIVERSITARIOS

### Salud y universidad:

#### Definición y evaluación moderna de la salud

Desde el siglo XIX, han existido notables avances en el estudio del cuerpo humano, así como un desarrollo tecnológico que ha permitido a la medicina importantes logros en el combate contra las enfermedades. Ello se debe a la perspectiva de que la enfermedad depende de la existencia de elementos físicos, como las lesiones o agentes (virus o bacterias), que son identificables y tratables. Este enfoque, llamado Modelo Biologicista, ha sido predominante sobre la ciencia desde siglos como el modelo de análisis de la salud (Amigo, 2017; Labiano, 2017; Taylor, 2007).

Desde este enfoque, se estudia a la enfermedad como un fenómeno puramente biológico y la salud es conceptualizada exclusivamente como la mera ausencia de enfermedad o invalidez (Taylor 2007; Vergara, 2007). Para los científicos, siempre les ha sido más claro distinguir y tratar el polo de la enfermedad; sin embargo, aún ahora existe un desconocimiento de lo que es realmente la salud y qué fuerzas la determinan (Amigo, 2017; Vergara, 2007).

Si bien el modelo biologicista ha sido muy útil en la generación de tratamientos y vacunas que suponen avances notables en la lucha contra las enfermedades infecciosas, ha mostrado limitaciones en el manejo de otras condiciones como las llamadas enfermedades crónicas. Ante este tipo de enfermedades, la persona enfrenta una serie de dificultades que entorpecen la prevención y el tratamiento de la enfermedad, especialmente porque empieza a notarse como relevantes aspectos tan variados como las características psicológicas del individuo, su comportamiento y el contexto en que se desenvuelve (Amigo, 2017; Becoña & Oblitas, 2017; Taylor, 2007).

Desde inicios del siglo XX, se empieza a conceptualizar un nuevo modelo de salud que busca integrar todos estos aspectos y se desarrolla el Modelo Biopsicosocial (Labiano, 2017; Taylor, 2007). Tomando como base esta nueva comprensión de la

salud, la OMS (1948) establece que la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de dolencias o enfermedad.

Con nueva definición surge la necesidad de que la conceptualización y medición de la salud incorpore ciertas consideraciones que son necesarias para una aproximación comprensiva de la misma. Esto implica integrar indicadores de naturaleza biológica, psicológica y social a la salud, y no restringirse al estudio de los aspectos físicos (dolencias o síntomas). Asimismo, la salud puede ser considerada como un estado variable y continuo; por tanto, no se puede establecer límites rígidos entre salud y enfermedad porque existen diversos niveles y grados entre ambos aspectos. Finalmente, la medición de la salud debe incorporar necesariamente la valoración de dos enfoques: el subjetivo y el objetivo. El primero abarca la valoración de la propia persona sobre temas relacionados a su salud. Complementariamente, el enfoque objetivo considera la valoración de la salud sobre la base de criterios externos fácilmente contrastables (Amigo, 2017; Dubertein et al., 2003; Pinquart, 2001).

Desde hace décadas, se reconoce la relevancia del Modelo Biopsicosocial en instancias formales a nivel mundial y nacional; sin embargo, aún prima el Modelo Biologicista en el imaginario de las personas y también en la forma en que se organiza los sistemas de salud. Según este modelo, la salud puede ser evaluada por medidas “objetivas” como pruebas de laboratorio, exámenes clínicos o a través de indicadores tradicionales como los índices de mortalidad y morbilidad de la población (Amigo, 2017; Vergara, 2007). En el campo científico, las medidas de salud que consideraban el aspecto objetivo (usualmente indicadores fisiológicos) eran más valoradas, lo cual generó que se subestimaran el aporte de otras medidas tales como el autoreporte del individuo.

En contraste, el Modelo Biopsicosocial propone la incorporación de otras estrategias para evaluar la salud. Por ello, promueve el uso de instrumentos que cuenten con la capacidad de responder a la complejidad de la definición moderna de salud. Progresivamente, las medidas de autoreporte se han convertido en instrumentos con mayor reconocimiento a nivel mundial. Esto se debe a que han permitido que prospere la investigación sobre temas de salud desde disciplinas como las ciencias sociales o las médicas. Además, son considerados como formas efectivas, rápidas y confiables para evaluar el estado de salud, el funcionamiento y el bienestar de la persona (Chandola &

Jenkinson, 2000; Idler & Benyamino, 1997; Lee, 2000; Pinguart, 2001). Para poder lograr una evaluación completa de la salud, se deben tomar en cuenta que existen dos posibles formatos: una medida general, y otra por dominios o áreas.

La salud evaluada en términos globales busca preservar una visión holística de la misma. No existen instrumentos reconocidos que integren todas las complejidades de la salud en una sola puntuación. Sin embargo, existe el ítem único de *salud percibida global* (también llamada “autoevaluación global de la salud”, “salud subjetiva”, “autoevaluación de la salud” o simplemente “salud percibida”) en el cual la persona responde a la pregunta de cómo calificaría su estado de salud. Su forma de responder es a través de un formato tipo Likert, con 5 posibilidades de respuesta, que va desde excelente hasta muy pobre. Esta se caracteriza por ser una medida simple, directa y general que captura la forma en que cada individuo percibe su propia salud (Idler & Benyamino, 1997; Jylhä, 2009; Zajacova, Huzurbazar & Todd, 2017). Por ello, Jylhä (2009) concluye que es una medida altamente recomendable para comparar el estado de salud entre diferentes grupos poblacionales. Además, es útil para evaluar resultados de pruebas clínicas y es un indicador de rutina para evaluar riesgo de salud en la práctica clínica.

Además, muchas investigaciones han mostrado que esta medida sencilla es un predictor muy fuerte de mortalidad durante la adultez (Idler & Benyami, 1997; Kopp et al., 2004; Lee, 2000; Maddox & Douglass, 1973; Miller & Wolinsky, 2007) y que su impacto es independiente de otras variables sociodemográficas como edad, sexo, condición de salud, nivel socioeconómico u otros. Asimismo, como medida, la autoevaluación de la salud suele mostrarse relativamente consistente a través del tiempo (confiabilidad test-retest); por ello, es considerada también como una medida significativa y válida sobre salud (Idler & Benyami, 1997; Jylhä, 2009; Maddox & Douglass, 1973; Sacker, Wiggins, Bartley & McDonough, 2007).

Todos los estudios anteriores han evaluado la validez de este ítem en población adulta; sin embargo, ya se cuenta con evidencia de su capacidad predictiva en población más joven. Así, el estudio de Vie, Hufthammer, Meland & Breidablik (2019) en Noruega, integra los resultados de dos encuestas de salud realizadas entre 1995-1997 con 23 679 jóvenes entre los 13 a los 35 años; estos autores encontraron que para el 2014, el reporte de salud percibida global original pudo predecir todo tipo de muerte en

dicha muestra. Por otro lado, en contexto universitario, se ha encontrado que este ítem puede diferenciar aspectos importantes de la salud del estudiante hallándose que, aquellos que califican su salud de forma pobre presentan mayor probabilidad de presentar un diagnóstico de depresión, tienen un mayor uso de los servicios de salud mental, señalan frecuentes sentimientos de desesperanza y desesperación, consideran que tienen niveles de estrés que afecta su desempeño académico o mencionan que tienen dificultades para manejar problemas familiares, académicos y financieros en comparación a sus pares (Dallo, 2019).

Otra forma, usualmente complementaria, de evaluar la salud es hacerlo por dominios. Duberstein et al. (2003) consideran que, al ser la salud un concepto multidimensional, debe incluir también en su evaluación elementos biológicos, psicológicos y sociales. Por ello, Pinquart (2001) plantean que la evaluación de la salud se puede expresar en medidas específicas de salud física, salud mental y salud funcional. A pesar de estos planteamientos, la mayor cantidad de estudios se concentran en investigar la salud alrededor de los dominios de *salud física* y *salud mental*. Esto se debe a que tanto el área de salud social como el de la salud funcional suelen mostrar limitaciones para mostrarse como áreas sólidas como las anteriores. Al respecto, Smith, Avis y Assmann (1999) realizaron un estudio metaanalítico que incorporaba 12 investigaciones con medidas de calidad de vida y salud. Estos investigadores encontraron que ambos constructos, si bien estaban relacionados, incluían particularidades que hacían que fuera importante diferenciarlas en función del contexto. Además, hallaron que el área funcionamiento social no tenía mayor independencia de las otras áreas ni generaba mayor impacto en la calidad de vida. Ello lleva a sostener la pertinencia de un modelo de dos dimensiones.

La importancia de los autoreportes de salud ha sido demostrada en diversos estudios, los cuales indican que se relacionan con diversos indicadores de salud, tales como los índices de mortalidad y morbilidad (la presencia de hipertensión, derrames cerebrales, diabetes, enfermedad coronaria), el uso de servicios de salud, y los reportes de limitaciones y discapacidades funcionales (Chandola & Jenkinson, 2000; Idler & Benyamino, 1997; Lee, 2000; Miller & Wolinsky, 2007; Newcomb & Bentler, 1987; Pinquart, 2001). Así también, estas medidas son capaces de recolectar información

relacionada al funcionamiento social y bienestar de la persona (Chandola & Jenkinson, 2000; Idler & Benyamino, 1997; Pinquart, 2001).

Por todo ello, se considera que la incorporación de los autoreportes ha favorecido el reconocimiento de los aportes de disciplinas como la Psicología en temas de salud. Bajo esta perspectiva, el estudio de la misma ya no se restringe a las ciencias médicas y permite la intervención de otras disciplinas que enriquecen el estudio de la salud. Este nuevo panorama permite comprender la noción de salud desde una visión más amplia e integral. De esta manera, se reconoce la importancia de la mirada subjetiva del individuo sobre su propia salud y los factores que la afecta o favorecen.

### **La educación superior en el Perú**

La educación superior contribuye con la erradicación de la pobreza y el fomento del desarrollo sostenible. Asimismo, asume el compromiso de la formación de ciudadanos dotados de principios éticos, comprometidos con la defensa de los derechos humanos (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO], 2009). En las últimas décadas, se ha reportado un incremento del acceso a la educación superior en América Latina y el Caribe (Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe [OREALC/UNESCO Santiago], 2013) y el Perú no ha sido la excepción.

Los universitarios peruanos son mayoritariamente personas jóvenes. Sus estudios trascurren entre los últimos años de la adolescencia tardía y los primeros años de la adultez temprana (entre los 16 hasta 30 años) y son actualmente 1 313 397 los jóvenes que se encuentran realizando estudios de pregrado en una universidad del país (Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria [Sunedu], 2016). Esta cohorte generacional corresponde a la denominada generación “Y” o *millennials*, cuyas edades fluctúan entre los 16 y 35 años. Esta generación se caracteriza por una conexión con el mundo virtual (Internet), por lo que se les considera como “nativos digitales”. Además, este grupo etario privilegia la comunicación inmediata y el trato horizontal, y presenta una mayor apertura y flexibilidad sobre temas como la familia, el matrimonio y el trabajo (Begazo & Fernández, 2015; Penagos & Rubio, 2015).

El incremento de la tasa de estudiantes universitarios se debe a que, durante la década de los años noventa, el Estado peruano decidió liberalizar la educación superior. Esta decisión generó la masificación de las universidades, lo cual permitió que los jóvenes de todos los estratos socioeconómicos puedan acceder a la educación superior. Con esta medida, se esperaba la eliminación de las injusticias sociales a partir de una mayor movilidad social. No obstante, se privilegió la cobertura de la educación a un bajo costo y no se aseguró la calidad de la misma a través de la producción científica y la contratación de docentes con una adecuada formación académica. Esto produjo la desvalorización de los egresados de dichas universidades y, con ello, el incremento de la tasa de subempleabilidad (Cuenca, 2015; Cuenca & Reátegui, 2016). En ese sentido, la promesa de una mejora social y económica a partir del acceso a la universidad, en muchos casos, no se concretó. Asimismo, una encuesta realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI (2014) a 10 564 egresados universitarios peruanos reveló que el 67 % de los profesionales no recomendaría su universidad por la baja calidad de la formación profesional, lo cual evidencia la insatisfacción con la calidad educativa que reciben los jóvenes.

El espacio universitario del Perú se ha caracterizado por su creciente expansión, ya que, si bien en el año 1990 solo existían 49 universidades, al 2015 ya existían 132 universidades, de las cuales 42 eran públicas y 90 privadas. De esta manera, se indica que el crecimiento en la oferta se ha producido con un incremento en la demanda por la educación superior universitaria (Sunedu, 2017). La masificación de la educación produjo que las universidades privadas obtuvieran la mayor tasa de crecimiento en los últimos años (Cuenca & Reátegui, 2016).

Según la Sunedu (2016), en el Perú existe un total de 142 universidades, de las cuales el 64 % son privadas. Es importante considerar que la mayoría de los estudiantes peruanos se encuentra matriculados en una universidad de este tipo (el 74.6 % específicamente). En el año 2013, se inició un proceso de cambio que buscaba regular la calidad de la educación superior mediante una nueva Ley Universitaria N° 30220 (El Peruano, 2014). No obstante, los cambios y demandas propuestas por dicha ley generaron resistencias y a la fecha 71 universidades han obtenido el licenciamiento por parte de la entidad encargada (Sunedu, 2019), lo cual indica que un número importante

de universidades aún no cumple con los requerimientos necesarios para mejorar la calidad educativa.

En síntesis, el acceso a la educación superior representa una oportunidad para promover el logro de metas y reducir las inequidades sociales, ya que permite impulsar tanto la movilidad social como el desarrollo social y económico de grupos menos favorecidos. Sin embargo, en el Perú, este anhelo no se ha logrado concretar. Debido a la falta de regulación por parte del Estado peruano, se ha postergado el sueño de un país más inclusivo, capaz de brindar mayores oportunidades a todos los sectores socioeconómicos y de generar un adecuado contexto universitario que promueva el descubrimiento intelectual, el enriquecimiento personal, el cuestionamiento y el cambio.

### **Salud en estudiantes universitarios**

En la etapa universitaria, los jóvenes enfrentan una serie de obstáculos y desafíos que son parte de su desarrollo y que supone lidiar con situaciones nuevas y muchas veces desconocidas. Entre las tareas que deben lograr en esos primeros años se encuentran las siguientes: concretizar su identidad, desarrollar mayor independencia de la familia, encajar en un grupo de pares o enfrentar las presiones familiares y expectativas puestas en ellos (Papalina, Filman & Martell, 2012; Santrock, 2007). Se espera que, al finalizar esta etapa, hayan logrado el desarrollo físico y cognitivo, y que estén preparados para lograr su autonomía, independencia y madurez psicológica (Santrock, 2007). Además, en este periodo los jóvenes toman decisiones que marcarán su vida futura, en especial en temas como la salud, el trabajo y la propia felicidad (Santrock, 2007).

A pesar de la importancia de este periodo de tiempo, los universitarios suelen ser un grupo al cual se recurre para la realización de investigaciones sociales, pero no son el foco en sí mismo de las intervenciones. Se suele considerar que, en tanto son jóvenes, presentan las mejores condiciones físicas y de salud, y que no cuentan con necesidades propias al respecto (Hussain et al., 2013; Latas et al., 2014). Esta idea adquiere mayor soporte por los reportes a nivel nacional y mundial que indican que los jóvenes perciben su salud global de manera óptima (ACHA, 2015; Consorcio de Universidades, 2006; El Ansari et al., 2011; Weissman et al., 2016).

Sin embargo, en los últimos años, se ha empezado a investigar cómo es la salud de los jóvenes. De manera específica, en nuestro contexto, existe un único estudio que incorpora estudiantes de cuatro universidades privadas de Lima Metropolitana. Esta investigación contó con la participación de 1256 alumnos y encontró que 26.8 % de los evaluados califica su salud como muy buena, el 51.8% como buena, el 19.9 % como regular, y el 1.5 % la considera mala o muy mala (Consortio de Universidades, 2006). Estas estadísticas coinciden con el estudio sobre salud realizado por la American College Association (ACHA, 2018) con 73 912 universitarios norteamericanos de 40 centros de estudios. Se encontró que el 81.6% de los estudiantes percibe su salud de forma positiva; es decir, como buena, muy buena o excelente. Se encontraron resultados similares en otros contextos universitarios como Australia (Hussain et al., 2013), Chile (Schnettler et al., 2013), Egipto (El Ansari et al., 2013), España (Reig et al., 2003), Líbano (Sabbah, Sabbah, Khamis, Sabbah & Droubi, 2013), México (Meda et al., 2008) y Reino Unido (El Ansari et al., 2011), países en los que la mayoría de estudiantes evalúan positivamente su salud y un porcentaje muy bajo la califica en términos negativos.

No obstante, varias de estas investigaciones encuentran también que los estudiantes reportan prevalencias importantes de sintomatología física y quejas somáticas frecuentes. Entre estas se encuentran los dolores de cabeza y espalda, la falta de energía, la somnolencia, los dolores de estómago, los síntomas de estreñimiento, los movimientos intestinales, la diarrea, las náuseas, las palpitaciones (taquicardias) y la sensación de falta de aire (Barraza, 2008; Barraza & Silerio, 2007; El Ansari et al., 2013; El Ansari et al., 2014; El Ansari et al., 2011; Feldman et al., 2008; González Ramírez et al., 2009; Hussain et al., 2013; Niekerk & Barnard, 2011; Reig et al., 2003).

Aunque la mayoría de estudios son de tipo trasversales y han sido realizados con muestras desagregadas, estos reportan que entre el 40 % y el 80 % de los estudiantes evaluados presentan algún problema o dificultad de salud en el último año (El Ansari et al., 2013; El Ansari et al., 2011; Hussain et al., 2013; Reig et al., 2003; Vaez & Laflamme, 2002). Estos resultados sugieren que los índices de quejas somáticas de los universitarios son mayores en comparación con sus pares que trabajan (Vaez, Kristenson & Laflamme, 2004; Vaez, Ponce de León & Laflamme, 2006). Además, a

pesar de las dificultades señaladas, son pocos los estudiantes que buscan ayuda ante sus molestias (Boot, Donders, Vonk & Meijman, 2009; Vaez & Laflamme, 2002).

Este panorama puede tornarse preocupante si es que se replica lo hallado por Hussain et al. (2013) con estudiantes universitarios australianos, quienes reportaron en promedio la presencia de dos condiciones o molestias que deterioraban su salud en los últimos seis meses. Para la mayoría de dichos alumnos existe la percepción de que dicho deterioro inició con los estudios universitarios. Coincidentemente, se encontró que los alumnos que reportaban molestias (principalmente fatiga) eran aquellos que faltaban más a clases, consideraban dejar la universidad, disfrutaban menos de los estudios y referían más problemas de estrés que quienes no lo reportaban.

En Latinoamérica, también existen algunas investigaciones que han empezado a aproximarse a la salud de los estudiantes universitarios. Estos estudios reportan la presencia frecuente de síntomas de fatiga crónica, somnolencia, sentimientos de tristeza, ansiedad y quejas gastrointestinales (Antúnez & Vinet, 2013; Barraza, 2008; Barraza & Silerio, 2007). Además, se reportan como enfermedades más frecuentes la jaqueca/migraña, el acné y las alergias. Otros estudios reportan como molestias el nerviosismo/intranquilidad, dificultades de concentración, dolores de cabeza, cambios de humor o estado del ánimo, dolores de espalda/columna, y dolores de nuca/hombros (Barraza & Silerio, 2007; González Ramírez et al., 2009; Reig et al., 2003).

Estos datos indican que los universitarios son una población que se encuentra expuesta constantemente a presiones y demandas que pueden estar desgastando sus recursos, y que, por la sobrevaloración del rol de la juventud sobre la salud, se está subestimando el cuidado de sus necesidades. En este panorama, es posible que el nivel de deterioro de la salud adquiera niveles clínicos y requiera la intervención de tipo especializado o terciario. En efecto, en un estudio realizado con universitarios en Chile, se analizaron las causas de búsqueda de atención a los servicios de salud estudiantil y se encontró, en una muestra de 460 universitarios, la presencia de ciertas condiciones clínicas. Entre estas, se encuentra el trastorno adaptativo (48.3 %), seguido de trastornos del estado de ánimo (22.8 %) y trastornos de ansiedad (20.9 %). También se señala la presencia de trastornos de sueño (13.3 %) y trastornos relacionados con sustancias (6.7 %) (Micin & Bagladi, 2011).

Asimismo, otras investigaciones reportan que los universitarios experimentan cuadros de ansiedad y depresión (Badder et al., 2014; Barraza, 2003; Barraza & Silerio,

2007; Cardona-Arias et al., 2015; Lipson, Gaddis, Heinze, Beck, & Eisenber, 2015). En Latinoamérica, los estudios realizados con muestras universitarias reportan índices variados, pero importantes (entre el 15 % al 50 % de los evaluados), de síntomas depresivos con probable significado clínico, mientras que entre el 14 % y el 40 % de los estudiantes evaluados reporta sintomatología ansiosa (Antúnez & Vinet, 2013; Cova et al., 2007; Gutiérrez et al., 2010; Pérez-Villalobos et al., 2012). Se encuentra en estudios con jóvenes universitarios peruanos resultados similares (Perales, Sogi & Morales, 2003; Riveros, Hernández & Rivera, 2007). Otros estudios alertan sobre el consumo de sustancia psicoactivas legales e ilícitas en esta población (Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas [CEDRO], 2005; Comunidad Andina [CAN], 2013)

Los estudios sobre la salud en estudiantes universitarios son importantes porque reportan asociaciones significativas entre la sintomatología mental y física, y la presencia de estrés en el ámbito académico (ACHA, 2015; El Ansari et al., 2014; Feldman et al., 2008; Gutiérrez et al. 2010). Además, estos síntomas predicen un pobre rendimiento académico y aumentan la probabilidad de deserción académica (Larson, Orr & Warne, 2016; Lipson et al., 2015; Mikolajczyk et al., 2008; Weissman et al., 2016), así como un mayor riesgo de interrupción de prácticas laborales y deserción definitiva del ámbito académico (ACHA, 2015).

También se han desarrollado estudios con la prueba SF-36, que es una de las medidas más integrales en el campo de la investigación sobre salud y que permite establecer una clara diferenciación entre la salud física y mental. Las investigaciones con esta prueba indican que los estudiantes universitarios califican de manera más favorable la *salud física* que la *salud mental* (Chau & Vilela, 2017; Latas et al., 2014; Pekmezovic et al., 2013; Sabbah et al., 2013; Saravia, 2013). Estos resultados adquieren sentido si se toma en cuenta que la mayoría de quejas físicas reportadas por los estudiantes son molestias que no son enteramente incapacitantes porque les permiten desarrollar actividades ligadas al estudio, al trabajo o al propio autocuidado. Sin embargo, estas molestias reducen los recursos con los que los universitarios enfrentan los retos académicos y personales. Además, un aspecto importante en el que todos estos estudios coinciden es que el área más afectada de la salud de estos jóvenes es su nivel de energía y vitalidad (Bastardo, 2011; Latas et al., 2014; Pekmezovic et al., 2011; Sabbah et al., 2013; Suleiman, Alghabeesh, Jassem, Abu-Shahroor & Ali 2013).

En conclusión, si bien durante la juventud se cuenta con una mejor condición física y los índices de mortalidad son más bajos que los otros grupos de edad (Santrock, 2007), durante el periodo universitario comienzan a aparecer numerosas señales de un lento deterioro en la salud. Aunque no se aprecien los riesgos implícitos en esos primeros síntomas, en caso de persistir, pueden afectar de forma importante la salud futura (El Ansari et al., 2011; Rodríguez et al., 2009; Schmidt, 2012). Por ello, es necesario continuar indagando sobre el estado de la salud en universitarios y en los factores que estarían relacionados a la misma. De esta manera, se espera poder identificar los recursos y fortalezas con los que cuentan los jóvenes, así como las condiciones de riesgo para poder realizar intervenciones y mejorar la calidad de vida de los estudiantes.

### **Determinantes personales de la salud**

Desde las ciencias sociales y de la salud, existe un interés por el estudio de los determinantes de la salud, entendiendo esta determinación como un fenómeno probabilístico y multicausal, en lugar de asumirla como una representación de modelos mecanicistas de tipo unicausal, como sucede muchas veces. Se entiende que en la salud se encuentra implicados factores personales, grupales, sociales y culturales que son importantes, tanto en el origen como en el mantenimiento, la evolución y el pronóstico de la enfermedad (Lip & Rocabado, 2005).

Dalghren y Whitehead (1991) propusieron un modelo para comprender los determinantes que influyen en la salud. Los autores proponen tres niveles que abordan tanto factores sociales como individuales. El factor más general es el determinante social, cultural y ambiental, el cual considera condiciones como la educación, el ambiente de trabajo, las condiciones de vida, los servicios de salud, ente otros. El siguiente nivel es el social y comunitario, que incluye las relaciones entre familia, vecinos y comunidad. Finalmente, se encuentran los determinantes individuales o personales, que considera la edad, el sexo, las conductas de salud, entre otros.

En cuanto a los determinantes individuales o personales, las investigaciones los han abordado de manera desintegrada. Además, las variables han sido seleccionadas de acuerdo con el criterio de los investigadores (Mikolajczyk et al., 2008; Pekmezovic et al., 2011; Shields & Shooshtari, 2001). Sin embargo, existe una sólida literatura científica que señala que las variables sexo, personalidad y conductas de salud cumplen

un rol importante en la conservación de la salud o el desarrollo de la enfermedad. No obstante, las investigaciones se han enfocado principalmente en población adulta (Chapman, Duberstein & Lyness, 2007; Duberstein et al., 2003; Hill & Needham, 2006; Kestilä et al., 2006; Kopp et al., 2004; Mellner et al., 2006; Wilson et al., 2004) y se ha desatendido a la población joven. Por ello, la presente investigación se enfocará en los tres determinantes personales de la salud previamente señalados en jóvenes universitarios.

### **Diferencias de sexo en la salud**

Existen diversos estudios que han abordado las diferencias en la salud entre hombres y mujeres. Las investigaciones reportan ampliamente una mayor longevidad de las mujeres en comparación a los hombres (Crimmins, Kim & Solé-Auró, 2010; Idler, 2003; Miller & Wolinsky, 2007; Disease Control Priorities Project [DCP], 2008; Oksuzyan, Gumà & Doblhammer, 2018; OMS, 2016). Este dato puede sugerir erróneamente que las mujeres presentan mejores niveles de salud. Sin embargo, la morbilidad y discapacidad tiende a ser también mayor en este grupo dependiendo de la región (Crimmins et al., 2010; DCP, 2008; Oksuzyan et al., 2018; OMS, 2016; Palloni & McEniry 2007).

En el Perú, este patrón se replica. En efecto, la esperanza de vida de la mujer peruana (76.8 años en promedio) supera en 5.3 años a la de los hombres (71.5 años en promedio). No obstante, una mayor proporción de mujeres, en comparación con los hombres, padecen de problemas crónicos de salud (mujeres 40.5% vs. hombres 30.9%). Además, la tasa de enfermedad crónica aumenta de forma más rápida en este grupo. Por ello, se afirma que, si bien las mujeres viven más años, en la adultez tardía, presentan mayores dificultades, debido a que ellas cuentan con un acceso limitado a la protección social, jubilación remunerada o pensión de viudez (INEI, 2015).

A nivel subjetivo, en población general, las mujeres reportan menores índices de salud percibida global que los varones (Cornelisse-Vermaat, Antonides, van Ophem & van den Brink, 2006; Kawada, Suzuki, Tokio & Iesaki, 2006; Zajacova et al., 2017). De la misma manera, estas refieren utilizar en mayor medida los servicios médicos en comparación con los varones (Buvinić, Medici, Fernández & Torres, 2006; Newcomb & Bentler, 1987; Thompson et al., 2016). Además, reportan mayores niveles de *distrés*

psicológico (Kestilä et al., 2006), y mayores síntomas físicos y mentales, los cuales suelen presentarse de una forma poco clara y definida. Esto no permite a los clínicos un diagnóstico concreto (Mellner et al., 2006). Por ello, se considera que la realidad de la salud de las mujeres no es manejada adecuadamente en los sistemas de salud convencionales (DCP, 2006).

En el ámbito universitario, se identifica la misma diferencia en la percepción de salud. Es decir, los estudiantes varones tienden a calificar de manera más favorable su salud tanto a nivel general como por áreas (física y mental), en comparación con las mujeres (Chau & Vilela, 2017; Bobić, Cvijetć & Macan, 2015; El Ansari & Stock, 2016; El Ansari et al., 2011; Latas et al., 2014; Mikolajczyk et al., 2008; Schmidt, 2012; Saravia, 2013; Vaez & Laflamme, 2002). De manera específica, los estudiantes varones presentan mayores puntajes en todas las dimensiones de salud de la prueba SF-36 (Bastardo, 2011; Bobić et al., 2015; Latas et al., 2014; Pekmezovic et al., 2011; Sabbah et al., 2013).

Por otro lado, las estudiantes mujeres reportan mayores problemas emocionales. Entre estos, destacan la presencia más elevada de síntomas de ansiedad y depresión (Antúnez & Vinet, 2013; Bobić et al., 2015; Cova et al., 2007; Droogenbroeck, Spruyt & Keppens, 2018; El Ansari et al., 2013; El Ansari et al., 2011; Ansari et al., 2013; Gutiérrez et al., 2010; Pérez-Villalobos et al., 2012; Vaez & Laflamme, 2002). Además, reportaron un mayor número de dolencias y quejas, un mayor número de síntomas y periodos más largo de enfermedad, consultan con mayor frecuencia a un doctor y reportan más experiencias de hospitalización en el último año (El Ansari et al., 2013; El Ansari et al., 2011; El Ansari & Stock, 2016; Vaez & Laflamme, 2002). También, se ha encontrado un mayor uso de medicamentos y reportes más frecuente de enfermedades que, inclusive, no les permite levantarse de la cama (El Ansari et al., 2013).

Los menores niveles de salud reportados por las mujeres en comparación con los hombres pueden explicarse de diversas formas. La mayoría de estas se pueden analizar desde el enfoque de la biología (sexo), el enfoque social y cultural (género), y en la interacción de ambas (sexo y género). A nivel de sexo, se considera que las diferencias en la anatomía y fisiología puede determinar diferencias en la propensión a ciertas condiciones desde la propia etiología, inicio y progresión de la enfermedad. Mientras que el género alude a aquellos aspectos vinculados al control de los recursos, lo cual

determina la exposición diferencial a riesgos para la salud, acceso limitado a los sistemas de salud, además de las diferencias sociales en la forma en que mujeres y hombres perciben sus síntomas y actúan frente a ellos (Buvinić et al, 2006; DCP, 2008; Denton, Prus & Walter, 2004; Dresch, 2006; Oksuzyan et al., 2018; Thompson et al., 2016).

Sin embargo, se debe tomar en cuenta que, en la mayoría de los casos, la salud de hombres y mujeres se ve afectada por la interacción de ambos factores: sexo y género, lo cual afecta a la etiología, diagnóstico, progresión, prevención y tratamiento de las enfermedades. Asimismo, esta interacción genera efectos en la posible conducta de búsqueda de tratamiento, las reacciones ante el personal sanitario o la exposición a riesgos de salud (Buvinić et al., 2006; Denton et al., 2004; Dresch, 2006; Thompson et al., 2016).

Además, Idler (2003) propone que las mujeres viven más tiempo porque son más conscientes y conocedoras de su propia salud, y que ello lleva a que ellas busquen más ayuda ante la presencia de síntomas y que se mantengan más informadas sobre temas de salud. Otros autores agregan que las mujeres suelen percibir mejor el riesgo en su salud cuando se presentan conductas no saludables y que eso las llevaría a mantener un estilo de vida más saludable (Oksuzyan, Juel, Vaupel & Christensen, 2008; Oksuzyan et al., 2018).

Según Hill y Needham (2006), las mujeres han estado en desventaja histórica en términos de posición socioeconómica, estatus y poder, y, a medida que han podido acceder a un mayor nivel educativo, estas barreras se han ido atenuando. Además, consideran que existen mejoras en la salud de las personas en el último siglo, especialmente para las mujeres. El estudio nacional sobre los cambios en la vida llevado a cabo en Estados Unidos (Americans's Changing Lives – ACL) coincide en que las condiciones asociadas a la longevidad incluyen el género, raza y la educación; siendo los más beneficiados aquellos hombres blancos, educados y los más desfavorecidos las mujeres de raza negra y peor educadas (Assari, 2019). Ello lleva a afirmar la importancia de la educación y el acceso al trabajo de las mujeres como forma de mejorar su salud (Oksuzyan et al., 2018); sin embargo, un aspecto a tomar en cuenta es que este cambio positivo suele implicar también una doble carga de trabajo, dentro y fuera del hogar. En un estudio realizado por Mellner et al. (2006), se encontró que el

reporte de pobre salud en mujeres adultas se relacionaba con circunstancias laborales adversas como el tipo el estrés laboral, las preocupaciones económicas y el ingreso, que, al combinarse con un trabajo doméstico sobrecargado y con presiones laborales, se convertían en un importante factor de riesgo para la salud en esas mujeres.

### **Importancia de las conductas de salud**

Por otro lado, los factores conductuales también están relacionados con la salud. Existe una evidencia sólida que establece que una parte importante de la mortalidad y la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles es atribuible al comportamiento de los individuos (Becoña & Oblitas, 2017; OMS, 2010, Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2010; Taylor, 2007). Aquellos sujetos que presentan un estilo de vida en la cual se fomenta el sobrepeso, el consumo de tabaco, el abuso de alcohol, la inactividad física, la evitación de los chequeos médicos regulares y en la que se deposita el manejo de la salud única y exclusivamente en el médico son las personas más propensas a desarrollar discapacidad, morbilidad o mortalidad. En cambio, aquellos que mantienen conductas saludables presentarán una mejor calidad de vida y un menor riesgo de morir (Oblitas, 2017; Rodríguez, 1995; Taylor, 2007).

El reconocimiento de la importancia de dichas conductas ha llevado a la proliferación de términos creados para describir su papel en la salud y la enfermedad. Algunos autores han propuesto los siguientes términos: conductas, prácticas o hábitos de salud, estilo de vida saludables, estilo de vida de riesgo, patógenos conductuales, inmunógenos conductuales, patrones de conductas o hábitos de riesgo, prácticas preventivas de salud, prácticas saludables, acciones preventivas de salud, entre otros. Sin embargo, existe una tendencia a utilizar principalmente los términos “conductas de salud”, “prácticas de salud” o “hábitos de salud” y se está desplazando el término “estilo de vida”. Esto ha sucedido porque este último implica comportamientos, pero también aspectos cognitivos que rara vez son incorporados en la evaluación o investigación (Sánchez-López y Aparicio, 2001).

Las conductas de salud se definen como aquellas prácticas que las personas adoptan para manejar, mejorar o conservar su salud. Estos comportamientos incluyen los hábitos alimenticios adecuados (dieta balanceada y evitación de ingesta excesiva de

comida), la actividad física (por ejemplo, realizar ejercicios un mínimo de 150 minutos semanales), la organización del sueño (como dormir un mínimo de 7 horas diarias), evitar el consumo excesivo de alcohol, no consumir tabaco y otras drogas, entre otras conductas (Amigo, 2017; Oblitas, 2017; OMS, 2010; OPS, 2010).

Uno de los primeros estudios que demuestran el impacto que las conductas generan en la salud a nivel de mortalidad, morbilidad y discapacidad fue desarrollado en el Condado Alameda, y publicado por Belloc y Breslow (1972). Este fue un estudio longitudinal con 6 928 participantes que identificó un conjunto de hábitos personales que estaban asociados significativamente con el estado de salud y longevidad, tales como desayunar todas las mañanas, evitar comer entre comidas, realizar con regularidad alguna actividad física, aproximarse al peso conveniente en función a la talla, dormir 7 u 8 horas, abstenerse de fumar, consumir moderadamente alcohol o ser abstemio. Luego de un seguimiento de 10 años, se encontró que las personas que habían informado que practicaban menos estos hábitos presentaban tasas de mortalidad superiores a quienes practicaban un mayor número de estos hábitos de salud (Belloc & Breslow, 1972).

Asimismo, Walsh (2011), a partir de la recopilación de evidencia sobre el impacto del estilo de vida sobre la salud mental, recomienda incorporar pautas e intervenciones con un enfoque terapéutico centrado en el cambio en el estilo de vida. Así, plantea la importancia de la práctica de ejercicio físico; la alimentación balanceada; la interacción con el medio ambiente; el control de la exposición a los medios, redes e hiperrealidad; el manejo de la recreación y ocio; el uso de estrategias para manejar el estrés; y la relajación, entre otras técnicas, como formas eficientes y seguras para fortalecer la salud mental de los clientes.

A nivel internacional, uno de los estudios más importantes sobre las conductas de salud en población universitaria fue el realizado por la ACHA (2018). Este reporte señala que si bien cerca del 82% refiere percibir su salud de forma positiva, de manera paradójica, los estudiantes también reportan problemas de salud y se encuentra que entre sus prácticas o hábitos de salud, el 60.4% de los evaluados han consumido alcohol en el último mes, el 71.7% consume menos de 2 frutas o vegetales al día (lo que está debajo del estándar recomendado), el 21.4% nunca realiza ejercicios cardiovasculares o aeróbico moderado; el 89.7% ha presentado la sensación de sueño insuficiente por lo menos un día a la semana y 48.5% consideran que la somnolencia diurna es un

problema para sus actividades diarias. Resultados similares se han encontrado en estudiantes colombianos (Lema et al., 2009; Páez & Castaño, 2010; Salazar, Varela, Lema, Tamayo & Duarte, 2011), mexicanos (Meda et al., 2008) y españoles (Ruiz, Del Pozo, Valero, Ávila & Varela-Moreiras, 2013).

En el Perú, el estudio más importante sobre conductas de salud en universitarios hasta el momento ha sido el del Consorcio de Universidades (2006), el cual contó con la participación de 1256 estudiantes de cuatro universidades privadas del Perú. Este estudio encuentra que, si bien el 51.4% de los evaluados indicaba que practicaban algún deporte, solo el 22.21 % de la muestra total realizaba actividad física en los niveles recomendados para ser considerado saludable. Con respecto a la alimentación, se encontró que la mayoría de estudiantes presentaba un alto consumo de proteínas y calorías, y un bajo consumo de frutas y vegetales. Por último, el 37.3 % señalaba que fuma cigarrillos, el 63.1 % consume bebidas alcohólicas y el 4.9 % consume otras drogas (Consorcio de Universidades, 2006). De manera similar, un estudio realizado por Becerra (2016) encontró que entre el 50 % y el 75 % de la muestra conformada por 155 estudiantes peruanos presenta pobres conductas preventivas para su salud, tales como realizarse chequeos médicos y odontológicos regulares recomendados. Si bien la mayoría de los participantes incluyen momentos de descanso en su rutina, más de la mitad destina parte de su tiempo libre a realizar actividades académicas. Respecto al sueño, solo el 58 % duerme al menos 7 horas, 39 % respeta sus horarios de sueño y 66 % trasnocha.

Existen otros estudios con universitarios peruanos que describen conductas como la alimentación, la práctica de actividad física y ejercicio, así como el consumo de cigarrillos, drogas y alcohol. Estas investigaciones han encontrado resultados similares al estudio del Consorcio y Becerra (CAN, 2013; Danjoy, Ferreira & Pillon, 2010; Tam & Benedita, 2010). Estos índices sugieren que, si bien varias de las conductas no saludables no son necesariamente mayoritarias en los estudiantes, son lo suficientemente significativas para poner en riesgo a esta población porque, si se mantienen a largo plazo, tenderán a empeorar y podrían desarrollar dificultades de salud más serias (Becerra, 2016; García-Laguna, García-Salamanca, Tapiero-Paipa & Ramos, 2012; Rodríguez et al., 2009).

Por otro lado, otros estudios con universitarios han relacionado diversos indicadores de salud con las prácticas de cuidado de la salud. Se han encontrado relaciones directas y significativas entre la salud percibida global y la práctica de actividad física, así como relaciones inversas con el consumo de cigarrillos (Bastardo, 2011; Mikolajczyk et al., 2008; Pekmezovic et al., 2011; Sabbah et al., 2013) y alcohol u otras drogas (Bastardo, 2011; Cheng et al., 2015), con la salud percibida. También se encuentran algunas diferencias por sexo en la práctica de algunas de estas conductas. Se reporta que los estudiantes varones practican con mayor frecuencia y regularidad ejercicio físico, mientras que las estudiantes mujeres presentan un menor porcentaje de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas (Becerra, 2016; Cheng et al., 2015; Lucas Pacheco, Santos-Silva, Pinheiro Gordia, Bianchini de Quadros, & Luiz Petroski, 2014; Paez & Castaño, 2010; Schmidt, 2012; Vaez & Laflamme, 2002; Varera-Mato, Cancela, Ayan, Molina & Martín, 2012).

Por último, se ha prestado mayor atención a ciertas conductas de salud y se ha desatendido otras, tales como la organización del tiempo libre (manejo de la recreación y ocio), sueño, y conductas de autocuidado y cuidado médico. No obstante, se ha encontrado evidencia que relaciona pobre calidad de sueño con bajos niveles de salud mental y mayores quejas somáticas (Howell, Digdon, Buro & Sheptycki, 2008). En nuestro medio, Rossi (2018) encontró, en un grupo de 190 estudiantes universitarios, relaciones entre salud mental con las conductas de recreación y ocio, hábitos alimenticios y organización del sueño. Por otro lado, la salud física se relacionó con recreación y ocio, autocuidado/cuidado médico y organización del sueño.

El único estudio que relaciona el sexo y las conductas de salud con la salud fue realizado por Saravia (2013), quien encontró, en un grupo de 448 estudiantes de una universidad privada, que la *salud mental* era explicada en un 41% por el sentido de coherencia, el sexo del participante, el tiempo libre (recreación y ocio) y la organización del sueño, mientras que la *salud física* era explicada en un 28% por las variables mencionadas, así como por los hábitos alimenticios y la actividad física. Dicho autor plantea modelos de regresión diferenciados por sexo y encuentra diferencias menores entre un modelo general y los que controlan sexo del alumno.

### **El rol de los rasgos de personalidad**

Finalmente, una de las variables psicológicas fuertemente relacionada con la salud, tanto con la génesis de la enfermedad como con las condiciones favorables para su promoción, es la personalidad. Esta variable comprende una combinación de componentes genéticos, familiares, conductuales y socioculturales que proporciona un enfoque útil para aproximarse al estudio de la salud y la enfermedad (Friedman, 2019). En el campo de la psicología de la salud, desde el Modelo de los Cinco Factores (*rasgos neuroticismo, extraversión, apertura, agradabilidad y conciencia*) y, existen diversos estudios que relacionan los rasgos de personalidad con indicadores de mortalidad, morbilidad, calidad de vida, bienestar, salud percibida, salud física, salud mental y otros resultados de salud (Bobić et al., 2015; Carver & Connor-Smith 2010; Friedman, Kern & Reynolds, 2010; Graham et al., 2017; Kööts-Ausmees et al., 2016; Ozer & Benet-Martínez, 2006; Strickhouser, Zell & Krizan, 2017). De forma concluyente, Strickhouser y colaboradores (2017) afirman que existe evidencia contundente del rol predictivo de la personalidad sobre la salud, ello en base a su estudio metasintético que integra 36 metaanálisis sobre el tema.

Existe una evidencia sólida de asociaciones entre indicadores de salud y tres de los cinco rasgos de la personalidad: *neuroticismo* (N), *conciencia* (C) y *extraversión* (E). Además, se suele encontrar que las combinaciones entre niveles bajos de neuroticismo, altos de conciencia y/o altos niveles de extraversión suelen predecir mayores niveles de salud percibida, calidad de vida o bienestar (Chapman et al., 2007; Dresch, 2006; Kööts-Ausmees et al., 2016; Löckenhoff, Terracciano, Ferrucci & Costa, 2012; Malkoç, 2011; Ozer & Benet-Martínez, 2006; Steel, Schmidt & Shultz, 2008; Turiano et al., 2012; Turiano, Hill, Graham & Mroczek, 2018).

La evidencia que vincula los rasgos de personalidad de apertura a la experiencia (O) y agradabilidad (A) es más limitada y aporta de manera menos significativa a los indicadores de salud (Boro & Dhanalakshmi, 2015; Dresch, 2006; Jokela, 2018; Löckenhoff et al., 2012; Steel et al., 2008). No obstante, Strickhouser et al. (2017), en un reciente estudio metasintético (análisis de segundo orden de metaanálisis), revela que el factor de agradabilidad también puede tener un efecto positivo en la salud; además, existe evidencia prospectiva de que el rasgo A también predice un menor riesgo de mortalidad en adultos (Graham et al., 2017). Por otro lado, Weston, Hill y Jackson

(2015) encuentran, en un estudio prospectivo con 6904 adultos, que los rasgos de personalidad N, E y O se asocian al riesgo a desarrollar enfermedad crónica en el transcurso de 4 años de seguimiento. Estos hallazgos sugieren la necesidad de profundizar y esclarecer el rol de cada factor en la salud.

De manera específica, se encuentra que el rasgo que se relaciona más directamente con indicadores negativos de la salud es el neuroticismo. Así, se ha encontrado que puede predecir la presencia de diversos problemas psicopatológicos importantes como ansiedad, depresión, somatización y trastornos de personalidad (Carver & Connor-Smith 2010; Hengartner, Kawohl, Haker, Rössler & Ajdacic-Gross, 2016; Hudek-Knežević & Kardum, 2009; Malouff, Thorsteinsson & Schutte, 2005; Ozer & Benet-Martínez, 2006). También se ha encontrado que este rasgo aumenta el riesgo de sufrir problemas coronarios, enfermedades pulmonares, artritis, úlceras pépticas o el riesgo de padecer alguna enfermedad crónica en general (Hudek-Knežević & Kardum, 2009; Weston et al., 2015)

Otras investigaciones, mayormente en población adulta tardía, reportan que los altos niveles de neuroticismo se encuentran en sujetos con una pobre percepción de la salud. Además, se ha asociado con la frecuencia e intensidad de sus quejas somáticas y un mayor riesgo de mortalidad cuando se compara con sujetos con bajo neuroticismo (Chapman et al., 2007; Chapman, Duberstein, Sörensen & Lyness, 2006; Duberstein et al., 2003; Friedman et al., 2010; Graham et al., 2017; Wilson et al., 2004). En universitarios, se encuentra que este rasgo predice la presencia de síntomas depresivos, y los menores niveles de salud física y salud mental/emocional (Bobić et al., 2015; Boro & Dhanalakshmi; 2015; Cheng et al., 2015; Greven, Chamorro-Premuzic, Arteché & Furham, 2008; McCann, 2011). Si bien este factor de la personalidad se ha asociado de manera negativa con la salud, Friedman (2000, 2019) propone que, cuando la vigilancia y la preocupación (características del neuroticismo) se presentan, en circunstancias adecuadas, con prudencia y responsabilidad, se pueden establecer patrones adecuados de cuidado de la salud. A estas facetas más adaptativas de este factor las denominó “neuroticismo saludable”, el cual al combinarse con otros factores (alta conciencia, por ejemplo) favorece el despliegue de conductas saludables.

En cuanto al factor conciencia, los estudios prospectivos reportan asociaciones entre este factor con varios indicadores de salud, siendo el más sólido en la predicción de

mortalidad, longevidad, y el inicio y desarrollo de enfermedades crónicas (Hill, Hurd, Turiano, Mroczek & Roberts, 2001; Graham et al., 2017; Jokela, 2018; Kern, Hampson, Goldberg, & Friedman, 2014; Martin, Friedman & Schwartz, 2007; Turiano, Chapman, Gruenewald & Mroczek, 2015; Wilson et al., 2004; Weston et al., 2015). Respecto a este último punto, en el estudio mencionado anteriormente de Weston et al. (2015), estos investigadores concluyeron que niveles altos de conciencia reducían el riesgo de padecer presión alta, diabetes, accidentes cerebrovasculares y artritis. Este rasgo de personalidad, además, se relaciona de manera consistente con los índices de salud percibida global, salud mental y salud física (Boro & Dhanalakshmi, 2015; Dresch, 2006; Greven et al., 2008).

Por otro lado, varios estudios han vinculado el rasgo de extraversión con la salud, principalmente por sus relaciones con el bienestar y la calidad de vida, porque este rasgo es el que más se relaciona con el afecto positivo (Cheng et al., 2015; DeNeve & Cooper, 1998; Ozer & Benet-Martínez, 2006; Malkoç, 2011; Steel et al., 2008). En otras investigaciones, se ha encontrado que la extraversión también se relaciona con indicadores globales y específicos de salud (Dresch, 2006; Duberstein et al., 2003; Strickhouser et al., 2017), la salud emocional (Greven et al., 2008; Bono & Dhanalakshmi, 2015; Turiano et al., 2012) y un menor riesgo de mortalidad (Graham et al., 2017), pero de manera menos robusta y consistente que los rasgos anteriores.

La evidencia de la relación entre los rasgos de personalidad y la salud ha llevado a que se establezcan varias hipótesis explicativas. Algunas de ellas se centran en explicaciones de naturaleza más biológica y otras más medioambientales, pero se opta por crear modelos que puedan integrar paulatinamente los diferentes efectos entre ambas.

Por su parte, Krantz y Hedges (1987) proponen vincular la personalidad y la enfermedad de diversas formas. Estos autores señalan que los rasgos de personalidad cumplen un rol causal en la etiología y progresión de la enfermedad, y producen daños fisiológicos al organismo; por ejemplo, afectan la respuesta inmune, a los órganos o a los sistemas (Ozer & Benet-Martínez, 2006). Esto podría deberse a que la persona nace con una predisposición constitucional que promueve la enfermedad por la presencia de ciertas debilidades físicas o anormalidad en los sistemas del organismo. Asimismo, se señala que ciertos rasgos de personalidad promueven hiperreactividad frente a los estresores, lo cual genera una respuesta fisiológica exagerada que sería la base para condiciones agudas y crónicas (Lemos-Giráldez & Figaldo-Aliste, 1997).

Algunos autores señalan que se debe considerar la interacción entre la constitución del individuo, y la forma en que evalúa y responde a los estresores, aspecto que se torna significativo en la propia constitución de la personalidad (Krantz & Hedges, 1987; Ozer & Benet-Martínez, 2006; Smith, 2006; Strickhouser et al., 2017). Por ejemplo, los elevados niveles de neuroticismo se asocian con una mayor reactividad a condiciones estresantes (Ozer & Benet-Martínez, 2006), mientras que el rasgo de conciencia se relaciona con el patrón de evitación y neutralización de los estresores por la tendencia a usar afrontamientos activos y más funcionales (Shanahan, Hill, Roberts, Eccles & Friedman, 2014).

Otra de las vías de interacción entre personalidad y salud puede deberse a la relación establecida entre los rasgos de personalidad y las conductas que promueven o debilitan la salud, es decir, las conductas o hábitos de salud (Krantz & Hedges, 1987; Lemos-Giráldez & Figaldo-Aliste, 1997; Murray & Booth, 2015; Ozer & Benet-Martínez, 2006; Smith, 2006; Strickhouser, et al., 2017; Turiano et al., 2015; Turiano et al., 2018). Smith (2006) llama a esta propuesta el modelo de conducta de salud de la personalidad (*Health-Behavior Model of Personality HBM*), el cual sugiere que ciertos rasgos de personalidad están asociados con el involucramiento o abstención a desarrollar ciertas prácticas de salud, las cuales ocasionan un impacto a largo plazo en la salud de la persona; así, niveles altos de neuroticismo podrían generar que una persona esté más predispuesta al consumo de sustancias psicoactivas como estrategia para manejar el estrés.

Este modelo (ver Figura 1) se sustenta en la extensa evidencia que relaciona los rasgos de personalidad con las prácticas relacionadas con la salud. Sin embargo, una de las mayores dificultades encontradas para clarificar el rol de estas es que no todos los estudios que analizan dicha relación incorporan todas las conductas de salud ni todos los rasgos de personalidad. A pesar de ello, existe evidencia contundente para considerar a la conciencia como el rasgo que se relaciona con las conductas más saludables (Carver & Connor-Smith, 2010; Jokela, 2018; Joyner, Rhodes & Loprinzi, 2018; Lemos-Giráldez & Figaldo-Aliste, 1997; Lodi-Smith et al., 2010; Ozer & Benet-Martínez, 2006, Turiano et al., 2015; Turiano et al., 2018).

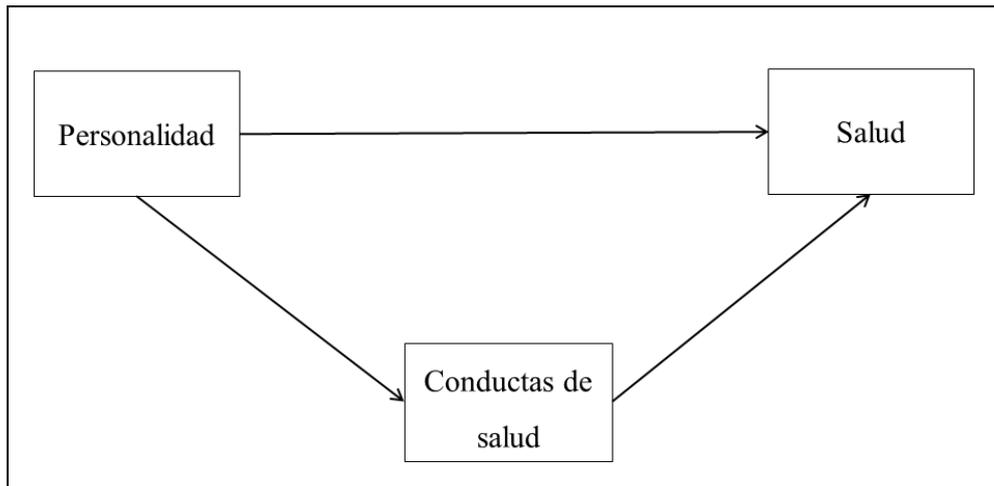


Figura 1. Modelo de conductas de salud de la personalidad adaptado de Smith (2006) citado en Turiano et al. (2018)

De manera específica, el rasgo de conciencia se ha vinculado con mayor actividad física, consumo de alimentos saludables, uso de cinturón de seguridad, mejor calidad e higiene del sueño, y menor consumo de cigarrillos y alcohol (Allen, Vella & Laborde, 2015; Duggan, Friedman, McDevitt & Mednick, 2014; Hong & Paunonen, 2009; Joyner et al., 2018; Lunn, Nowson, Worsley & Torres, 2014; Raynor & Levine, 2009). Lodi-Smith et al. (2010) consideran que uno de los mecanismos por el cual la conciencia produce un impacto en la salud se debe a que las conductas de salud pueden cumplir un rol de mediación entre estas variables; además, agregan que pueden existir otras variables vinculadas, entre las que se encuentra el logro educativo. En esa medida, Turiano et al. (2015) coinciden en la lógica de la relación entre conciencia y mortalidad. Usando los datos de estudio de 14 años de seguimiento de 6325 adultos, encontraron que altos niveles de conciencia predicen un 13 % de reducción del riesgo de mortalidad, y que dicha relación se veía mediada por algunas conductas relacionadas con la salud, el consumo excesivo de alcohol, fumar y la mayor circunferencia de la cintura.

Por otro lado, el rasgo de agradabilidad se relaciona con el mayor consumo de vegetales y menor consumo de tabaco (de Bruijn, Kremers, van Mechelen & Brug, 2005; Hong & Paunonen, 2009). La extraversión es un rasgo que muestra efectos variados. Se relaciona positivamente con la práctica de deporte y actividad física, alimentación balanceada y sueño suficiente, aunque también se vincula con el mayor consumo de tabaco, drogas y alcohol (de Bruijn et al., 2005; Cheng et al., 2015; Hong &

Paunonen, 2009, Jokela, 2018; Joyner et al., 2018; Kern et al., 2014; Raynor & Levine, 2009). La evidencia para neuroticismo lo vincula con el uso de sustancias (Jokela, 2018; Ozer & Benet-Martínez, 2006) y es dicho consumo el que es una variable mediadora entre este rasgo de personalidad y el riesgo de mortalidad (Graham et al., 2017). Neuroticismo se relaciona también con patrones de sueño no saludable, lo cual implica pobre higiene del sueño, baja calidad del sueño y mayor somnolencia (Duggan et al., 2014), y con bajos niveles de actividad física (Jokela, 2018). Por último, respecto al factor apertura, se ha relacionado con mayor actividad física y con el consumo de frutas y vegetales (de Bruijn et al., 2005; Lunn et al., 2014).

Si bien la evidencia presentada muestra posibles relaciones entre rasgos de personalidad, salud y conductas de salud, recién se está analizando el rol de mediación que pueden cumplir las prácticas de salud. Graham et al. (2017) consideran que existe evidencia para suponer dichas relaciones, pero considera que se necesita mucho mayor trabajo para dilucidar el rol mediador de las distintas conductas de salud existentes.

### **Planteamiento del problema**

Aproximarse la salud de los universitarios es importante, ya que es en este espacio donde se generan las primeras dificultades y hábitos que afectarán su salud futura. Las universidades desempeñan un rol protagónico en la sociedad actual; es en eso centros donde se orienta la formación de futuros líderes y nuevos profesionales del país. Además, se encargan de promover y difundir conocimiento que responda a las necesidades de una sociedad. Las universidades actuales no solo enfrentan el desafío de preparar al futuro profesional, sino también de generar una formación integral, que fortalezca las actitudes y conductas que adoptará cada persona (Consortio de Universidades, 2006; Muñoz et al., 2010). De esta forma, es la formación y el manejo de temas de salud uno de los más relevantes, pues su impacto no solo es personal, sino que afecta la salud de una comunidad.

Pese a ello, existe menor esfuerzo por desarrollar espacios para promover la salud dentro de la universidad. Con respecto a ello, Sunedu (2016) reporta a nivel nacional que, entre los servicios prestados por las universidades que son peor calificados (especialmente en universidades nacionales), se incluyen aquellos que suelen

velar por la salud de los estudiantes (como son los centros médicos, centros de atención psicológica o las oficinas de bienestar físico). Estos resultados coinciden con las investigaciones que muestran la alta prevalencia de quejas somáticas y psicológicas en estudiantes universitarios (ACHA, 2015, 2018; El Ansari et al, 2011, 2013, 2014, Feldman et al, 2008, Gonzáles-Ramírez et al., 2009; Hussain et al., 2013).

Evaluar la salud de los universitarios es importante, pues dicha información nutrirá los programas de cuidado de la salud en contexto universitario, programas que son promovidos por el Ministerio de Salud a través de la Resolución Ministerial N° 969-2010 (MINSa, 2010). Dada la complejidad de la medición y evaluación de la salud desde un enfoque biopsicosocial, se tomarán en cuenta dos indicadores diferentes de la salud. Se procederá de este modo porque, si bien existe amplia literatura científica que respalda la validez y confiabilidad del indicador de salud percibida global (Idler & Benyami, 1997; Kopp et al., 2004; Lee, 2000; Maddox & Douglass, 1973; Miller & Wolinsky, 2007; Sacker et al., 2007), otros autores advierten sobre potenciales dificultades metodológicas para usar este ítem en contextos diversos en cultura y edad (Jylhä, 2009) o resaltan las dificultades que suelen tener por su varianza restringida (Pinquart, 2001). La medición de ambos indicadores es relevante al momento de estudiar la salud.

La literatura científica identifica la relación de la salud con el sexo, los rasgos de personalidad y las conductas de salud (Duberstein et al., 2003; Hill & Needham, 2006; Kawada et al., 2006; Kestilä et al., 2006; Kopp et al., 2004; Mellner et al., 2006; Ozer & Benet-Martínez, 2006). Sin embargo, no se conoce la manera en que cada una de estas variables contribuye a la salud ni la forma en que interactúan entre ellas.

A nivel internacional, solo existe un estudio que intenta integrar la dinámica compleja entre personalidad, sexo y conductas de salud en jóvenes universitarios. Este estudio encuentra que el 13 % de la varianza de la salud percibida global es explicada por el sexo, el rasgo de personalidad neuroticismo, la práctica de actividad física entre moderada a vigorosa y el consumo de frutas (Cheng et al., 2015). En el Perú, Saravia (2013) encontró, en un grupo de 448 estudiantes universitarios, que la salud mental de los estudiantes es explicada por el sentido de coherencia, el sexo, el tiempo libre (recreación y ocio) y la organización del sueño, mientras que la salud física se explica por esas variables, y los hábitos alimenticios y la actividad física.

A pesar de estos estudios, quedan múltiples preguntas por resolver, ya que el diseño de estos trabajos sufre aún algunas de las limitaciones frecuentemente halladas en algunos estudios. Es decir, las investigaciones suelen centrarse muchas veces en el impacto de algunas conductas de salud aisladas, por lo general, la alimentación, la actividad física o el consumo de drogas. También pueden focalizar algunos rasgos de personalidad (básicamente conciencia) o indicadores poco integrados de salud. Por ello, la presente propuesta de investigación considera necesario describir tres indicadores de salud (salud percibida, salud física y salud mental), y analizar las relaciones que puede haber entre estas con el sexo del estudiante, sus rasgos de personalidad y diferentes conductas o prácticas de salud en una muestra amplia de universitarios de diferentes facultades y etapas de estudio.

Objetivos generales: El presente estudio cuenta con dos objetivos centrales de investigación:

- a) Describir cómo es la salud en un grupo de universitarios de Lima Metropolitana, identificando los niveles de salud percibida, así como las características de la salud mental y salud física.
- b) Determinar el rol del sexo, las conductas preventivas de salud y los rasgos de personalidad sobre la salud (salud percibida global, por un lado, y salud física y salud mental, por otro) en un grupo de estudiantes de Lima Metropolitana

Para llevar a cabo este estudio, se plantea poner a prueba modelos de mediación (parciales y totales) separados para cada indicador de salud y que tomen en cuenta las conductas de salud como variables mediadoras entre la relación de los rasgos de personalidad y la salud. Todos los modelos estarían controlados por la variable sexo. Consideramos importante poner a prueba los modelos de mediación tomando en cuenta a la salud entendida en términos globales y en términos de grandes dominios (salud mental y salud física).

### Hipótesis

1. Los niveles de *salud percibida global*, *salud física* y *salud mental* son diferentes entre hombres y mujeres. Se espera que las mujeres muestren menores puntajes en los tres indicadores.
2. Existe una relación entre los rasgos de personalidad *neuroticismo*, *extraversión* y *conciencia* con los indicadores de salud, teniendo algunos rasgos efectos directos y otros indirectos.
  - 2.1 Se espera que *neuroticismo* tenga un efecto negativo sobre la salud percibida global, salud física y mental.
  - 2.2 Se espera que *extraversión* tengan un efecto positivo sobre la salud percibida global, salud física y mental.
  - 2.3 Se espera que *conciencia* tengan un efecto positivo la salud percibida global, salud física y mental.
3. Existe una relación directa entre las conductas de salud *actividad física*, *recreación/ocio*, *hábitos alimenticios* y *organización del sueño* con los indicadores de salud.
4. El efecto de los rasgos de personalidad (*neuroticismo*, *extraversión* y *conciencia*) sobre la salud se encuentra mediado por las conductas de salud (*actividad física*, *recreación/ocio*, *hábitos alimenticios* y *organización del sueño*).

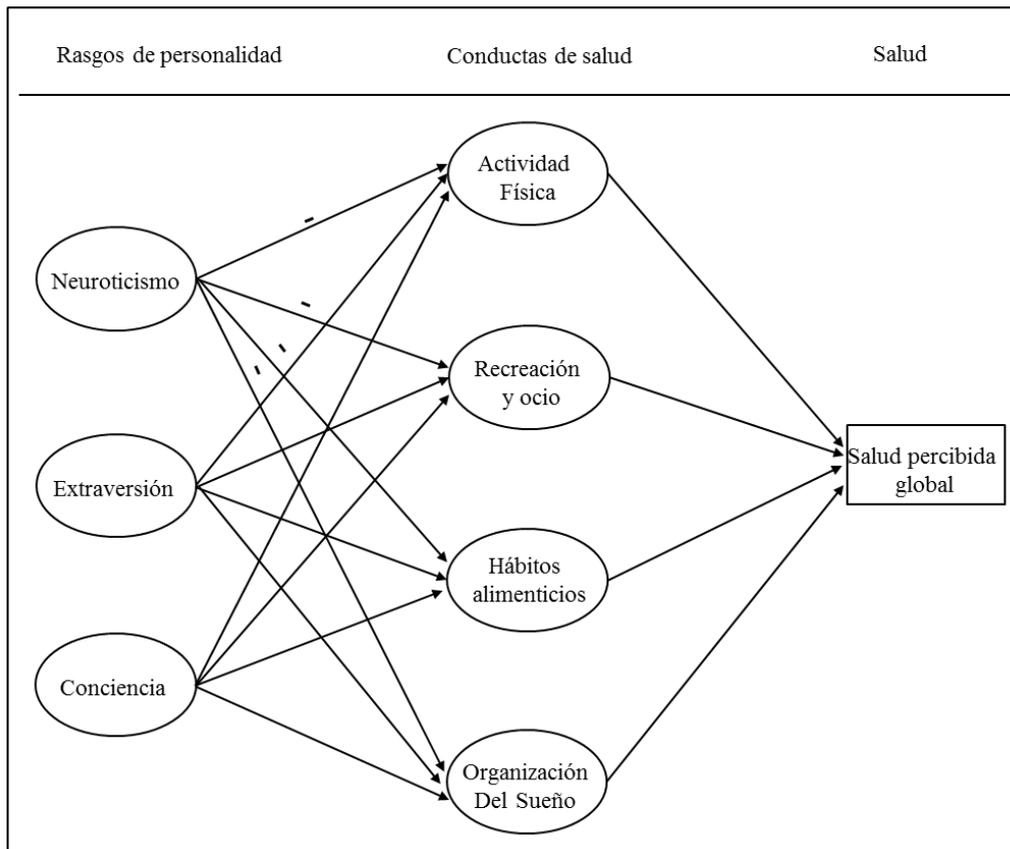


Figura 2: Modelo general principal basado en la teoría propuesta para *salud percibida global*

Por tanto, existen dos hipótesis en competencia:

- 4.1 La relación entre los rasgos de personalidad y la salud se encuentra mediada parcialmente por conductas de salud.
- 4.2 La relación entre los rasgos de personalidad y la salud se encuentra totalmente mediada por conductas de salud.

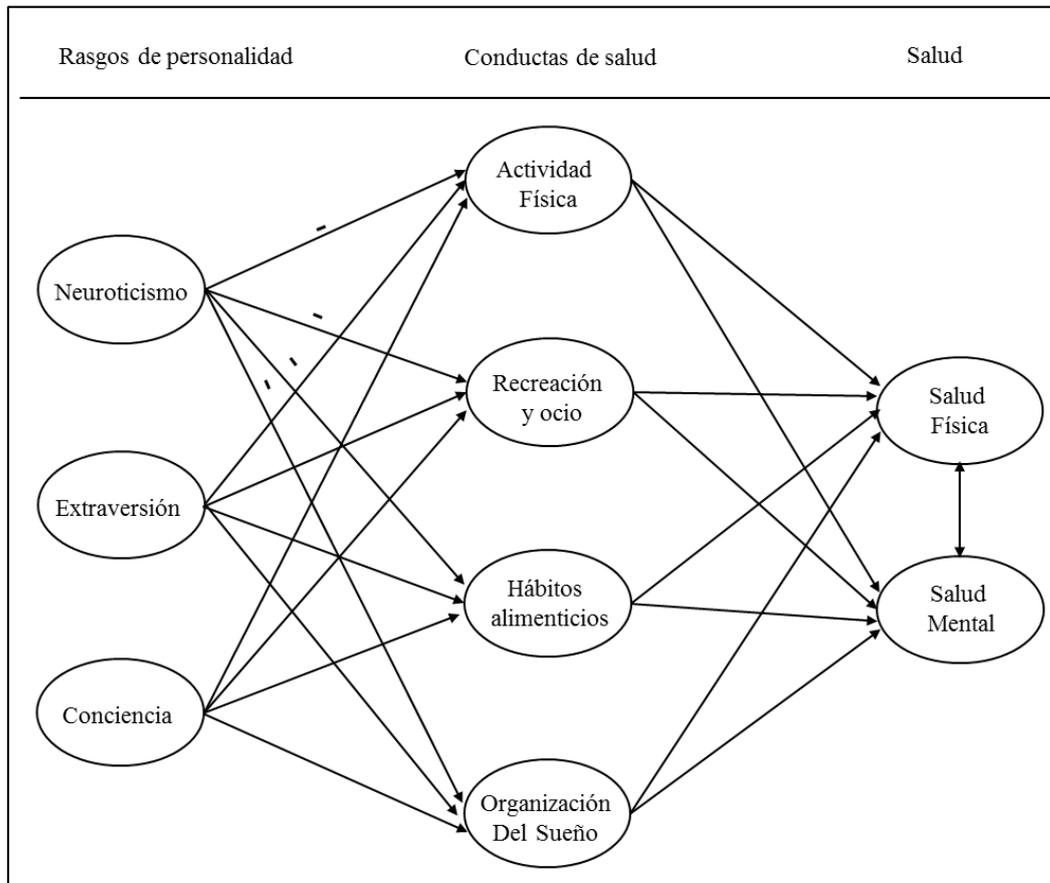


Figura 3: Modelo general principal basado en la teoría propuesta para *salud física* y *salud mental*

## MÉTODO

### Participantes

Los participantes de esta investigación fueron estudiantes de una universidad privada de Lima que se encuentran cursando estudios a partir del segundo semestre. La metodología de este estudio permitió acceder a 681 alumnos, pero, debido a las restricciones de edad, el número de participantes que no completaron todas las pruebas o la pertenencia a la facultad, el grupo final estuvo conformado por 636 estudiantes universitarios. Todos ellos firmaron un consentimiento informado en el que se expresaban su intención de participar en esta investigación y el reconocimiento de sus derechos dentro de la misma, los menores de edad firman un documento similar de asentimiento informado (Anexo A).

Cabe señalar que el muestreo utilizado fue no probabilístico por conveniencia (Dattalo, 2008), aunque, se trató de cumplir cuotas por facultad con el fin de que halla una distribución proporcionada entre el número de encuestados de acuerdo a la facultad en se encuentran (Anexo B). No se incluyó como parte de esta investigación a los alumnos de las facultades de Educación, Arte y Arquitectura, las cuales son las únicas carreras de la universidad que no cuentan con formación básica de estudios generales; dicho aspecto hace que dichas carreras cuenten con una trayectoria particular dentro de la propia universidad.

Los participantes de este estudio fueron 346 varones (54.4 %) y 290 mujeres (45.6 %) entre los 17 a 30 años de edad ( $X= 20.43$  años;  $DE= 2.36$ ). La mayoría provienen de Lima (74.7 %) y, dentro del grupo de los que han nacido en provincia (24.1%), la mayoría residen en la capital más de un año (97.1 %). Además, la gran mayoría de los participantes eran solteros (97.8 %) y sin hijos (97.6 %).

Respecto a las condiciones económicas, directamente no se evaluó el nivel socioeconómico, pero se utilizó como referente más cercano el indicador escala de pago de los créditos académicos. Se encontró que la mayoría de estudiantes se ubicaban en las tres primeras escalas, siendo el 22.5 % de la escala 1, el 27.8 % de la escala 2, el 24.5 % de la escala 3, el 14.5 % de la escala 4 y el 7.5 % de la escala 5. La determinación de la escala de pago que se le asigna a cada alumno es establecida por la

propia universidad en función al cálculo que establece sobre la potencial capacidad de gasto en educación que puede establecer cada familia. Las escalas más cómodas económicamente son las primeras, mientras que las más costosas son las últimas. Solo 141 (22.2 %) refirieron trabajar y estudiar a la vez.

Respecto a las características académicas, el 55.5 % de participantes realizaban estudios en facultades relacionadas a las carreras de letras, mientras un 44.5 %, a las carreras de ciencias. El 35.5 % se encontraba realizando estudios dentro de las facultades de estudios básicos generales de la universidad (los primeros dos años de carrera) y el resto (64.5 %), dentro de sus respectivas facultades de carrera. Asimismo, el 36 % de los estudiantes señalaron que se encontraban al inicio de la carrera, el 38.7 %, a la mitad de la carrera y el 24.4%, finalizando la carrera.

Tabla 1. Distribución de la muestra de acuerdo a la facultad

	Fr	%
Primeros años Ciencias	101	15.9
Primeros años Letras	125	19.7
Derecho	85	13.4
Ingenierías	160	25.2
Ciencias contables	46	7.2
Ciencias sociales	43	6.8
Ciencias de la comunicación	37	5.8
Ciencias humanas	39	6.1
Total	636	100.0

## Medición

**Salud:** Para la medición de la salud y sus indicadores, se utilizaron dos instrumentos que son el Cuestionario de Salud SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992) y un reporte de salud diseñado para el presente estudio.

1. *El SF-36* (Health Survey SF-36) es un cuestionario de salud que fue creado en 1992 por Ware y Sherbourne con el fin de incluirse en el proyecto sobre la evaluación del impacto de los tratamientos médicos (Medical Outcomes Study [MOS]). El SF-36 es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud de las personas y es aplicable tanto a población clínica como población general (Ware & Gandek, 1998;

Ware, Snow, Kosinski & Gandek, 1993). Este ha sido utilizado en miles de artículos a nivel mundial. Asimismo, se considera que evalúa la calidad de vida relacionada a la salud cuando es aplicado a pacientes o personas con salud deteriorada y que evalúa la salud percibida al trabajar con población general (Vilagut & Alonso, 2007; Vilagut et al., 2005; Ware, Keller, Gandek, Brazier & Sullivan, 1995).

Este cuestionario está conformado por 36 ítems que brindan distintos indicadores de salud. Entre ellos, se encuentran la medida de salud percibida global, ocho áreas específicas y dos indicadores generales de salud (salud física y salud mental).

La medida de *salud percibida global* (respuesta al ítem en que la persona califica su salud) también es conocida con los términos “salud global”, “salud subjetiva” o “autoevaluación de la salud”. Asimismo, el SF-36 incluye la medición de ocho áreas o dimensiones específicas de la salud: Función física, (FF, capacidad para realizar actividades físicas básicas y de autocuidado sin que la salud las limite), Rol físico (RF, capacidad para realizar actividades vinculadas al trabajo y a otras actividades diarias sin que la salud física interfiera), Dolor corporal (DC, intensidad del dolor y su interferencia en las actividades cotidianas), Salud general (SG, valoración personal de la propia salud), Vitalidad corporal (VC, sentimiento de energía y vitalidad), Función social (FS, el nivel de desempeño social y el grado en que el estado de salud lo interfiere), Rol emocional (RE, grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias [a mayor medida, mejor funcionamiento]), Salud mental (SM, cómo la persona evalúa su estado de ánimo y el estado nervioso, lo que incluye analizar la posible presencia de indicadores de depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional). Por otro lado, las ocho áreas de la prueba se reagrupan en dos dimensiones de segundo orden llamadas Componentes de Salud Mental y Componentes de Salud Física.

EL SF-36 es un instrumento que presenta diferentes opciones de respuesta, que varían entre escalas Likert y dicotómicas. Sus puntajes se pueden transformar a un sistema de puntaje de 0 a 100, en el que un puntaje mayor indica mejor salud. Para facilitar la interpretación, se considera que, a partir de 50, se perfila una tendencia a buena salud y los valores inferiores a 50 sugieren una tendencia a peor salud (Vilagut & Alonso, 2007; Vilagut et al., 2005).

El SF-36 ha sido traducido a distintos idiomas como parte del proyecto “Internacional Quality of Life Assessment” (IQOLA). Por ello, el instrumento ha sido adaptado en más de 40 países y existen más de 500 publicaciones con las versiones traducidas del inglés (Ware, 2000).

Respecto a sus propiedades psicométricas, Gandek y Ware (1998) realizaron una revisión de los métodos de validación y estandarización de las versiones traducidas del SF-36 hasta esa fecha. Ellos analizan los resultados obtenidos de 13 muestras de distintos países (11 representativas y 2 no representativas). Su revisión revela que, en términos de confiabilidad, los distintos estudios han superado las normas mínimas de .70 en el coeficiente alfa de Cronbach. De la misma manera, Ware y Gandek (1998) haciendo una revisión de las investigaciones llevadas a cabo por el proyecto IQOLA encuentra que, en más de 15 estudios, la confiabilidad excede el .80 para las ocho dimensiones y el .90 para los componentes salud física y salud mental.

En relación con la validez de constructo, Ware et al. (1998) analizaron la estructura factorial en 10 muestras representativas provenientes de distintos países y hallaron que la estructura factorial sistemáticamente se organizaba en los dos componentes planteados por la prueba (*salud física* y *salud mental*). Además, Keller et al. (1998) analizaron las mismas muestras usando ecuaciones estructurales y encontraron soporte al modelo de ocho dimensiones específicas de la prueba y con dos componentes generales de las dimensiones (*salud física* y *salud mental*). Además, presenta la posibilidad de un factor de tercer orden global (*salud*).

En Latinoamérica, existen estudios que muestran las propiedades psicométricas de este instrumento en países como Colombia (Lugo, García & Gómez, 2006), Chile (Olivares-Tirado, 2006), Venezuela (Mendoza, 2007) y México (Zúñiga, Carillo-Jiménez, Fos, Gandek & Medina-Moreno, 1999). La mayoría de estos estudios partieron de la investigación de Alonso, Prieto y Anton (1995), quienes aplicaron la prueba a 9151 sujetos adultos españoles. Sus resultados mostraron índices alfa de Cronbach que oscilaron entre .71 y .94 para cada dimensión, a excepción de la escala función social (FS) que arrojó una puntuación de .45. Por otra parte, la confiabilidad test-retest de las ocho dimensiones presentaba un rango .58 y .99.

Diez años después de esta adaptación, Vilagut et al. (2005) revisaron críticamente el contenido y las propiedades psicométricas de la prueba en español. Para ello, recolectaron 79 artículos que usan la versión de Alonso et al. (1995). De ellos, 17 reportaron las propiedades psicométricas del instrumento en sus respectivas muestras. Estos autores encontraron que, en un 96 % de los casos, se superó el estándar de .7 para los alfas de Cronbach de las escalas. Además, las estimaciones agrupadas obtenidas a través de metaanálisis fueron superiores a .7 en todos los casos, superando el .90 en tres de ellas. Además, este estudio reportó evidencia de validez en contexto clínico, ya que encontró que la prueba presentó buena discriminación entre grupos de gravedad y correlaciones moderadas con indicadores clínicos. También, se hallaron correlaciones altas entre el SF-36 con otros instrumentos de calidad de vida (Vilagut et al., 2005).

En el Perú, Salazar y Bernabé (2012) evaluaron las propiedades psicométricas del instrumento en una muestra de 4344 personas entre 15 y 64 años provenientes de 4 ciudades del país. Los índices de consistencia interna alfa de Cronbach para las ocho dimensiones específicas se ubicaron en un rango entre .66 y .92. Los autores realizaron un análisis factorial confirmatorio (AFC) para 3 modelos de la prueba. Los resultados mostraron que el modelo de 8 factores de primer orden y 2 de segundo orden era la estructura factorial más adecuada, puesto que mostraba mejores índices de ajuste a los datos de  $CFI= 0.96$  y  $RMSEA= 0.05$  en comparación con modelos alternativos.

La presente investigación cuenta con la autorización del uso de la prueba de la compañía Quality Metrics, proveedores principales de la misma. En este estudio, también se analizó la confiabilidad y validez de la prueba en la muestra de 636 participantes. El análisis factorial exploratorio (AFE) indicó que emergieron 8 factores que explican el 62.76 % de la varianza de la prueba. En el análisis factorial de segundo orden, emergieron 2 factores que explican el 62.02 % de la varianza. En términos de consistencia interna, se encontraron índices alfas de Cronbach en un rango entre .71 hasta .85 para las ocho dimensiones específicas y entre .84 a .89 para los dos componentes generales de la prueba.

2. *El Reporte de Salud*: En la ficha de datos, se incorporó un reporte en el que se consignaron datos sociodemográficos y de salud de los participantes. En este, se obtiene información como la edad, sexo, datos de estudio, trabajo y nivel socioeconómico, entre otros. Asimismo, se consignó un reporte con algunos indicadores de salud que incluyen

datos de talla y peso para obtener el índice de masa corporal reportado (siguiendo la fórmula de Quetelet) el cual suele ser usado como un indicador de peso y estado nutricional sólido de salud a nivel mundial (Basterra-Gortari, Bes-Rastrollo, Forga, Martínez & Martínez-González., 2007; Cui et al., 2014; Kee et al., 2017; Osuna-Ramírez, Hernández-Prado, Campuzano & Salmerón, 2006). También se incorporó información sobre la presencia de síntomas y/o problemas de salud de larga duración, tomándose en cuenta su presencia en el último año. Se incluyeron preguntas sobre la realización de consultas médicas, uso de medicamentos y hospitalización en los últimos meses. También se consignó información sobre antecedentes de problemas de salud en la familia (Anexo C).

**Personalidad:** Para evaluar los rasgos de personalidad, se utilizó el Inventario de los Cinco Factores NEO (NEO-FFI; Costa & McCrae, 1992), que constituye la versión resumida del NEO-PI R. El NEO-FFI busca evaluar las cinco dimensiones de la personalidad a través de 60 ítems (sin considerar facetas). Para la creación de ambas pruebas, los autores siguieron métodos de análisis factorial y racional con el objetivo de poder operacionalizar el modelo de los cinco factores.

El NEO-FFI es un inventario que está dirigido a jóvenes y adultos con un nivel de instrucción mínimo de sexto grado. Puede ser administrado de manera individual o grupal. Cada dimensión se califica con la suma de doce enunciados que la componen. Su formato de respuesta corresponde a una escala tipo Likert con 5 opciones que van de “Totalmente en desacuerdo” a “Totalmente de acuerdo”.

El NEO-FFI es un inventario que fue construido con ítems de la versión del NEO-PIR. En su construcción, los autores seleccionaron para cada escala los mejores 12 ítems de la versión extensa con el fin de obtener una prueba más corta de 60. Posteriormente, los autores decidieron reemplazar los 10 ítems más débiles de la prueba y la versión final fue aplicada a 1539 personas de ambos sexos (Costa & McCrae, 1992). Los resultados indican, en términos de confiabilidad, índices de consistencia interna adecuados para las cinco dimensiones. Se hallaron coeficiente alfa de Cronbach de .86 para neuroticismo, .77 para extraversión, .73 para apertura, .68 para agradabilidad y .81 para conciencia. En el análisis factorial exploratorio (AFE),

emergieron cinco factores que explicaron alrededor del 35% la varianza de la prueba (Costa & McCrae, 1992).

Existen diversas versiones traducidas del instrumento y es uno de los más usados en la investigación sobre personalidad (Pytlik Zillig, Hemenover & Dienstbier, 2002). En la literatura científica, existen reportes de sus propiedades psicométricas en diversos países como Australia (Murray, Rawlings, Allen & Trinder, 2003), Canadá (Holden & Fekken, 1994 en Murray et al., 2003), Estados Unidos (Costa & McCrae, 1992; Tokar, Fischer, Snell & Harik-William, 1999; McCrae & Costa, 2004), España (Manga, Ramos & Morán), Francia (Rolland, Parker & Stumpf, 1998), Inglaterra (Egan, Deary & Austin, 2000), entre otros. En todos estos estudios, se encontró evidencia que apoyaba la estructura interna de la prueba que organiza los datos coherentemente en cinco factores. En dichos estudios, también se suele registrar índices de consistencia interna superiores a .70 para las áreas. Finalmente, algunos estudios reportaron altos coeficientes de congruencia entre las muestras francesa y la americana, canadiense y alemana (Rolland et al., 1998), y entre muestras españolas y suizas (Aluja, García, Rossier & García, 2005).

En el Perú, Martínez y Cassaretto (2010) revisaron las propiedades psicométricas del NEO-FFI a través de dos estudios. El primero contó con la participación de 517 estudiantes universitarios de ambos sexos a quienes se les aplicó el NEO-FFI tomando en cuenta la versión traducida del NEO PI-R de Cassaretto (1999). Los resultados mostraron una adecuada estructura factorial e índices de confiabilidad elevados para los factores N ( $\alpha = .83$ ), E ( $\alpha = .78$ ), y C ( $\alpha = .84$ ), y aceptables para O y A ( $\alpha = .67$  en ambas escalas). Se reportó que 8 ítems presentaron dificultades en su ubicación factorial, en su poder de discriminación o en ambos. En el segundo estudio, con 204 participantes, también estudiantes universitarios, se aplicó el NEO-FFI con 16 ítems adicionales que actuaron como clones de los 8 que presentaron dificultades. Como resultado de estos análisis, 5 ítems fueron reemplazados y, en el caso de 3, se recomendó su neutralización. La versión final del NEO-FFI en español presenta índices de consistencia interna en un rango entre .72 a .84, y una estructura de cinco factores con un porcentaje de varianza total explicada de 38.29 % (Martínez & Cassaretto, 2010).

Para el uso del NEO-FFI en la presente investigación se cuenta con la autorización de la compañía Psychological Assessment Resources (PAR). También, se realizaron análisis de confiabilidad y validez en el grupo de participantes del estudio. Respecto a los resultados, los análisis de consistencia interna iniciales fueron satisfactorios, los coeficiente alfa para las dimensiones fueron: N= .86, E= .81, O= .70, A= .75 y C= .85, pero se hallaron 3 ítems de la prueba que presentaron correlaciones ítem-test menores a .20. Asimismo, al realizar el análisis factorial exploratorio con rotación varimax se hallaron 5 factores que explicaron el 37.69 % de la varianza de la prueba ( $KMO = .089$ ,  $p < .001$ ). Sin embargo, los tres ítems con pobre capacidad discriminativa también presentaron dificultades para ubicarse en el factor al que le correspondían teóricamente.

Cabe señalar que estos 3 ítems también presentaron dificultades en los estudios psicométricos de Martínez y Cassaretto (2010). Las autoras sugirieron la neutralización de los mismos (asignarles el valor neutral a todos) siguiendo la metodología planteada por los creadores de la prueba (Costa & McCrae, 1992). Por ello, se decidió proceder a la neutralización de los 3 ítems reanalizándose los puntajes. Al finalizar, se halló, en términos de confiabilidad, índices alfa de Cronbach para neuroticismo de .86; para extraversión .79; para apertura, .72; para agradabilidad, .75; y para conciencia, .85. El análisis factorial exploratorio arrojó 5 factores con una varianza explicada 39.47 %.

**Conductas de salud:** Para evaluar las prácticas preventivas de salud, se utilizó una adaptación de la primera parte del Cuestionario de Prácticas relacionadas con Estilos de Vida (CEVJU), elaborada por Arrivillaga, Salazar y Gómez (2002, en Salazar & Arrivillaga, 2004).

El CEVJU consta de 116 ítems divididos en dos áreas. La primera parte incluye 69 ítems que miden las conductas preventivas de salud y la segunda parte mide creencias asociadas. Para esta investigación, se tomó en cuenta la primera parte, la cual involucra seis áreas: a) Condición, actividad física y deporte, b) Recreación y manejo del tiempo libre, c) Hábitos alimentarios, d) Autocuidado y cuidado médico, e) Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, y f) Organización del sueño. Cabe señalar que el área llamado uso del tiempo para la recreación y ocio ha recibido diferente terminología en distintos estudios, así hay quienes lo llaman recreación y manejo del tiempo libre (Arrivillaga et al., 2012; Becerra, 2016); descanso o tiempo libre (Saravia,

2013); sin embargo, con la reestructuración de la prueba Chau y Saravia (2014) prefieren llamarlo organización del descanso y tiempo libre y, Rossi (2018) lo llama recreación y ocio

El formato de respuesta de la prueba es de tipo Likert y cuenta con cuatro alternativas con un rango desde “Nunca” (0) hasta “Totalmente de acuerdo” (3). Dado que esta investigación consistía en uno de los primeros usos del instrumento en contexto peruano, se realizó una prueba piloto con 20 estudiantes universitarios. A partir de ello, se cambió la modalidad de respuesta a alternativas con un rango desde “Nunca” (0) hasta “Siempre” (3). Además, se realizaron pequeñas variaciones en el fraseo de algunos ítems con el fin de que el lenguaje de la prueba sea más comprensible para el contexto peruano universitario.

El CEVJU ha recibido un proceso de validación de contenido y lingüística a partir de dos fuentes. La primera parte del proceso fue realizada por jueces, para lo cual se seleccionaron expertos en el campo de la psicología clínica y de la salud, quienes evaluaron el instrumento tomando en cuenta la pertinencia, suficiencia y redacción de cada uno de los puntos. La otra parte se realizó a través de la aplicación piloto en 30 estudiantes de una institución universitaria (en Arrivillaga, Salazar & Correa, 2003). Finalmente, en un estudio posterior, Arrivillaga y Salazar (2005) procedieron a aplicar el instrumento en 754 estudiantes universitarios.

Este cuestionario ha sido utilizado en distintas investigaciones que evaluaron los hábitos y creencias de salud en Latinoamérica. Estas han realizado pequeñas adaptaciones lingüísticas y recorte en el número de ítems de acuerdo con el contexto y los objetivos de cada estudio. Por ello, se suele usar parte del instrumento y no necesariamente la versión completa con las dos secciones ni necesariamente los 69 ítems que evalúan las prácticas de salud (Salazar, Vargas, Medina & Del Rio, 2010; Sanabria, González & Urrego, 2007).

Dado que el CEVJU es un cuestionario descriptivo de las prácticas de salud, cuenta con pocos estudios psicométricos que lo respalden. Debido a ello y con el fin de darle solidez a la medida de conductas de salud, las seis áreas fueron sometidas a un riguroso análisis para obtener una versión reducida, pero que apoye la noción de consistencia y unidimensionalidad de cada escala. Así, se retuvieron aquellos ítems que

aportaban de mejor manera al área a la que pertenecen teóricamente al presentar adecuados índices de discriminación (correlación ítem-test  $> .30$ ) y validez (carga factorial del ítem  $> .40$ , el factor supere el 40% de la varianza explicada). De esta manera, se obtuvo una versión abreviada de 30 ítems de la prueba. Esta versión es una medida *ad hoc* de la medición de las conductas de salud.

La versión final del cuestionario incluye el área *actividad física*, el cual incluye cuatro ítems que conforman un solo factor que explicó el 60.28 % de la varianza del área y su coeficiente de consistencia interna fue de .78. El área *recreación/ocio* (tiempo libre) estuvo conformado por tres ítems que explicaron el 59.75 % de la varianza del factor y su coeficiente alfa de Cronbach fue de .66. El área *autocuidado y cuidado médico* estuvo compuesta por cinco ítems que se integran en un factor que explicó el 50.75 % de la varianza y su coeficiente alfa fue de .74. El área *hábitos alimenticios* estuvo conformada por siete ítems que evalúan un factor que explicó el 41.39 % de la varianza y su coeficiente de consistencia interna fue de .74. El área *control del consumo de alcohol, tabaco y drogas* se conformó por cinco ítems de un factor que explicó el 49.74 % de la varianza y presentó un coeficiente alfa de .74. Finalmente, el área *organización del sueño* incluye seis ítems que conforman un factor que explicó el 46.62 % de la varianza y su coeficiente de consistencia interna fue de .77.

Cabe señalar que se ha contado con la autorización de la Dra. Isabel Cristina Salazar para el uso y estudio del instrumento en esta investigación.

## **Procedimiento**

La recolección de los datos se realizó con participantes voluntarios que asistían a una universidad privada de Lima, el periodo de aplicación fue de dos meses. Se inició el proceso solicitando autorización a las autoridades de cada facultad al interior de la universidad. Ni bien se contaba con la misma se procedió a establecer contacto con aquellos profesores que se mostraban más dispuestos a participar en investigaciones en psicología y ciencias sociales; en caso de tener su permiso nos aproximábamos a sus aulas en una fecha previamente pactada. En ese contexto, se invitaba a los estudiantes a participar del estudio firmando previamente un consentimiento informado en el cual se les indicaba los objetivos de la investigación y sus derechos como participantes

(participación voluntaria, anonimato y el derecho a retirarse de la investigación en cualquier momento si así lo desearan). La aplicación se realizó en las aulas de clases de los alumnos en una sola fecha.

### **Análisis de datos**

El análisis de la información recolectada fue procesado con el paquete estadístico SPSS-20 y, para el cálculo de la potencia *post hoc* de las pruebas estadísticas, se utilizó el programa G Power versión 3.1.3 (Faul, Erdfelder, Buchner & Lang, 2009).

Los análisis incluyeron la evaluación psicométrica de las pruebas SF-36, NEO-FFI y CEVJU-I adaptado en términos de consistencia interna y estructura factorial de las pruebas. Posteriormente, se analizó la distribución de datos a partir del estadístico Kolgomorov-Smirnov y se encontraron distribuciones no paramétricas. Sin embargo, los test gráficos, los índices de asimetría y la curtosis apuntan a señalar distribución de los puntajes con una anormalidad no extrema (Kline, 2010). Tomando en cuenta ello, se concluyó que, para motivos del análisis de los datos, se trabajarían con estadísticos paramétricos.

Para el logro de la descripción de los indicadores de salud, se realizaron diversos análisis. En el proceso, se obtuvieron descriptivos como la distribución de frecuencias y medidas de tendencia central de las medidas de salud (SF-36 y reporte de salud). Asimismo, se realizaron pruebas de hipótesis para la comparación en los indicadores de salud en los grupos creados a partir de las variables sociodemográficas (sexo, edad, escala de pago, condición laboral, entre otros). Para ello, se utilizaron estadísticos como la *t* de Student y el análisis de varianza de una vía (ANOVA One Way) en función del número de grupos de comparación. En caso de hallar diferencias, se consigna como medida del tamaño del efecto la *d* de Cohen.

Para este estudio, se tomaron como variables dependientes tres indicadores de salud obtenidos en el SF-36: la medida de *salud percibida global* y los dos indicadores generales de salud (*salud mental* y *salud física*). Para poder establecer el rol del sexo del participante, los rasgos de personalidad y las conductas de salud sobre los indicadores de salud, se realizaron análisis de correlación entre todas estas medidas para determinar

aquellas variables asociadas a la salud. Dado que se encontraban diferencias en varias de las variables de estudio de acuerdo con el sexo, se realizaron correlaciones entre las variables psicológicas separando las mismas en función del sexo con el fin de identificar si era necesario plantear modelos diferenciados de acuerdo con el mismo. Se encontró que no se encontraban patrones diferenciados en la relación entre variables que amerite plantear un rol moderador del sexo, por lo que se mantuvo a esta variable como control en todos los análisis posteriores.

Posteriormente, para determinar cuáles rasgos y conductas determinaban eficientemente los indicadores de salud, se realizaron análisis de regresión múltiple que analizaran únicamente el rol de los rasgos de personalidad y otros que analizaran solamente las conductas de salud. Finalmente, se seleccionaron, para cada modelo de mediación, solo aquellos rasgos de personalidad y aquellas conductas de salud para los que la literatura científica brindaba apoyo empírico, así como las variables que mostraron en los análisis previos alguna relación significativa con la salud siguiendo la estrategia de desarrollo del modelo (*model building*) para el establecimiento de modelos de ecuaciones estructurales SEMS (Cupani, 2012).

Para el análisis de los modelos de ecuaciones estructurales, se usó el programa estadístico LISREL 8.72 (Jöreskog & Sörbom, 2005). Para evaluar el ajuste de los modelos, se utilizaron los siguientes índices:  $\chi^2$  con ajuste Satorra-Bentler, el índice comparativo de Bentler-Bonett (*CFI*), la raíz del error cuadrático medio de aproximación (*RMSEA*) de Steiger-Lind y el residuo medio estandarizado (*SRMR*). Se consideraron como valores mínimos de un adecuado ajuste un  $\chi^2/\text{gl}$  entre 1 y 3, un *CFI*  $> .95$ , un *RMSEA*  $< .08$  y un *SRMR*  $\leq .08$  (Hu & Bentler 1999). Para la comparación de los modelos, se utilizó el criterio de información de Akaike (*AIC*), en el que el modelo con el valor más bajo representa el modelo con mejor ajuste.

Se puso a prueba modelos de salud usando ecuaciones estructurales (SEMS). Se analizaron cuatro modelos: dos de ellos incluían como variable dependiente la medida salud percibida global y los otros consideraban dos variables dependientes de salud (salud física y salud mental). Dentro de estos modelos, se establecieron dos modelos de mediación parcial y dos de mediación total.

## RESULTADOS

A continuación, se presentan los principales resultados relacionados con los dos objetivos de estudio. Para ello, se inicia describiendo los diversos indicadores de salud en el grupo de estudiantes de la muestra. Posteriormente, para analizar el rol que cumple las variables sexo, las conductas preventivas de salud y los rasgos de personalidad en la salud se realizarán análisis preliminares, los cuales pondrán a prueba cuatro modelos de predicción de la salud.

### Descripción de Salud en los estudiantes universitarios del estudio

A partir de los datos provistos por el SF-36, el cual incluye la *salud percibida global*, las ocho áreas específicas y los indicadores de salud física y de salud mental, se describen los aspectos más resaltantes en términos de salud del grupo evaluado. De acuerdo con ellos, se encuentra que, en términos de percepción global de salud, existe un porcentaje alto de alumnos que consideran a su salud entre buena a excelente (87%) y, en menor proporción, la consideran *regular a mala* (13.1 %).

Tabla 2. *Salud percibida global*

	Frecuencia	Porcentaje
Malo	3	.5
Regular	80	12.6
Bueno	277	43.6
Muy Bueno	240	37.7
Excelente	36	5.7
Total	636	100.0

N=636

Respecto a los indicadores de salud brindados por el SF-36, también encontramos que los universitarios muestran una percepción positiva de su salud en tanto superan el punto 50 que es considerado de corte. Además, la percepción de su función física (capacidad para el autocuidado y realización de actividades cotidianas) es muy elevada. Sin embargo, la percepción del nivel de vitalidad y energía es el área más débil de toda la muestra (ver tabla 1). También, se encuentra que a nivel de los grandes componentes de salud, la Salud Mental de los universitarios se muestra

significativamente más baja que la Salud Física ( $t(635)=24.73$ ;  $p<.001$ ;  $d=.98$ ), siendo esta diferencia de tamaño grande. Se consigna los datos descriptivos de todas las variables en general y de acuerdo a sexo en el Anexo D.

Tabla 3.  
*Dimensiones y componentes de la salud*

	Media	Mediana	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Función física	91.85	95.00	11.13	25.00	100.00
Rol físico	74.96	100.00	33.83	0.00	100.00
Dolor	76.57	80.00	19.70	0.00	100.00
Salud general	63.69	65.00	18.37	5.00	100.00
Rol emocional	61.64	66.67	41.82	0.00	100.00
Vitalidad	56.19	55.00	18.99	5.00	100.00
Salud mental	67.34	72.00	17.74	8.00	100.00
Función social	75.55	75.00	21.40	12.50	100.00
Componente Salud Física	80.47	83.57	13.16	21.90	100.00
Componente Salud Mental	64.10	68.21	19.62	12.14	100.00

N=636

### Otros indicadores sobre el estado de salud de los universitarios

Respecto al índice de masa corporal (IMC) reportado, el cual se obtiene usando la fórmula de Quetelet, se encuentra que en promedio la muestra presenta un peso mayormente adecuado ( $X= 22.78$  y  $DE= 3.09$ ). Tomando en cuenta las categorías clasificatorias del estado nutricional establecidas por la OMS puede observarse que la mayoría de los participantes (75.2%) reportan un peso adecuado y un porcentaje menor (24.8%) reportan uno inadecuado. Cabe señalar que un 19.6% de los participantes presentan un peso superior al recomendado.

Tabla 4.  
*Distribución del peso y categorías IMC*

	Frecuencia	Porcentaje válido
Bajo peso	33	5.3
Peso normal	472	75.2
Sobrepeso	111	17.7
Obesidad	12	1.9

N=628

Respecto a la presencia de sintomatología en los estudiantes se encuentra que, un 51.7 % de los evaluados reportan la presencia de enfermedad física y/o mental en el último año. Entre las principales molestias señaladas, se encuentran principalmente aquellas vinculadas al dolor, problemas estomacales, respiratorios, ansiedad, depresión e insomnio. Además, el 70.43% de las estudiantes que reportan problemas de salud (36.32 % muestra total) señalan que presentaban algún problema de salud física y/o mental antes de ese año. El 44.5% de los evaluados cuentan con un diagnóstico médico sobre sus molestias.

Tabla 5.

*Presencia de enfermedad física y/o mental en el último año*

	fr	% problemas	% muestra
Dolor en espalda, cuello, cabeza	131	39.94	20.597
Problemas estomacales	74	22.56	11.635
Migraña	63	19.21	9.906
Problemas respiratorios	56	17.07	8.805
Ansiedad	40	12.20	6.289
Depresión	40	12.20	6.289
Insomnio	32	9.76	5.031
Problemas cardiovasculares	21	6.40	3.302
Alergias	10	3.05	1.572
Otros	8	2.44	1.258

N=636

Respecto a consumo de medicamentos, un 23.3 % de la muestra señala que los toma habitualmente. Entre los medicamentos más mencionados, resaltan aquellos que tienen función analgésica, antiinflamatoria y antialérgica. Solamente el 8.6% de los evaluados ha experimentado alguna hospitalización o cirugía en el último año, las cuales fueron motivadas principalmente por la necesidad de realizarse una cirugía menor o por accidente. Finalmente, sobre el uso y acceso al sistema de salud, encontramos que el 85.7% de los participantes evaluados reportan contar con seguro médico; de ellos, el 22.2% incluye el seguro estudiantil de la universidad. Resalta la presencia de seguros tanto privados como estatales.

### **Factores sociodemográficos, académicos, laborales y psicológicos asociados a la salud: análisis preliminares**

Con el fin de establecer modelos que determinen el rol de las variables estudiadas sobre la salud, se optó por realizar análisis preliminares que determinen las relaciones entre los indicadores de salud con las variables sociodemográficas, académicas, laborales y psicológicas recolectadas. Respecto al sexo de los participantes, se encontró que los hombres reportan mayores niveles de salud percibida global ( $M_{\text{Hombres}}=63,22$ ,  $DE_{\text{Hombres}}=18.76$ ;  $M_{\text{Mujeres}}=53.71$ ,  $DE_{\text{Mujeres}}=19.65$ ;  $t=6.234$ ,  $gl=634$ ,  $p<0.001$ ,  $d=0.50$ ), salud física ( $M_{\text{Hombres}}=83.81$ ,  $DE_{\text{Hombres}}=10.96$ ;  $M_{\text{Mujeres}}=76.49$ ,  $DE_{\text{Mujeres}}=14.43$ ;  $t=7.091$ ,  $p<0.001$ ,  $gl=531.779$ ,  $d=0.57$ ) y salud mental ( $M_{\text{Hombres}}=67.85$ ,  $DE_{\text{Hombres}}=17.76$ ;  $M_{\text{Mujeres}}=59.63$ ,  $DE_{\text{Mujeres}}=20.80$ ;  $t=5.304$ ,  $p<0.001$ ,  $gl=571.309$ ,  $d=0.43$ ) que las mujeres.

No se encontraron diferencias significativas de acuerdo con edad, lugar de nacimiento o estado civil. Tampoco en función de la escala de pago, condición de becado o su condición laboral. Respecto a las variables académicas, no se encontraron diferencias de acuerdo con ciclo de estudio, nivel de estudio o área de estudio pero se encontraron diferencias específicas a nivel de facultad ( $F(7, 628)=3.55$ ;  $p>.001$ ) en la salud percibida global y en el componente salud mental ( $F(7, 28)=2.64$ ;  $p<.01$ ). Se realizaron comparaciones post hoc usando el método de Games-Howell y se halló que los estudiantes de la facultad de derecho presentaron mayores niveles de salud percibida global ( $M=63.24$ ,  $DE=20.63$ ) que los estudiantes de la facultad de ciencias humanas ( $M=50$ ,  $DE=20.63$ ). En términos del componente salud mental, al revisar las comparaciones post hoc, usando el método de Sheffé, se halló que los estudiantes de los primeros años de ciencias ( $M=67.43$ ,  $DE=19.53$ ) muestran mayores niveles de salud mental que los de la facultad de ciencias humanas ( $M=53.15$ ,  $DE=20.96$ ).

Respecto a la asociación entre las variables de estudio y los tres indicadores de salud, se encuentra que los rasgos de personalidad N, E, A y C, y las conductas de salud actividad física, recreación/ocio, cuidado médico y organización del sueño tienen relaciones con la salud. En tanto, el ítem salud percibida global (SP) pertenece al área componente salud mental (CSM), se vió pertinente eliminar para indagar si a fuerza de la correlación disminuía, encontrándose que la correlación entre SP y CSM baja de .57 a .51 ( $p<.001$ ) por lo que no hay un efecto importante de esta.

Tabla 6. *Correlaciones entre las variables*

	CSF	CSM	N	E	O	A	C	AF	RO	CM	HA	CD	OS	Sexo
<b>SP</b>	0.57***	.38****	-.35***	.27***	-.01	.13**	.22***	.29***	.22***	.05	.00	-.05	.31***	-.24***
<b>CSF</b>		.54***	-.48***	.24***	.05	.19***	.25***	.28***	.27***	.12**	.05	-.03	.38***	-.28***
<b>CSM</b>			-.73***	.41***	-.05	.30***	.41***	.25***	.33***	.22***	.06	-.06	.45***	-.21***
<b>N</b>				-.49***	-.02	-.37***	-.45***	-.25***	-.32***	-.27***	-.07	.06	-.42***	.17***
<b>E</b>					.01	.38***	.39***	.31***	.27***	.24***	-.01	-.02	.18***	.01
<b>O</b>						.08*	-.04	.10*	.16***	.15***	.10*	.07	.01	.09*
<b>A</b>							.29***	.10*	.25***	.20***	.08	-.07	.26***	.17***
<b>C</b>								.24***	.14***	.26***	.15***	-.19***	.25***	.02
<b>AF</b>									.15***	.19***	.10*	.07	.22***	-.14***
<b>RO</b>										.27***	-.05	.05	.29***	.02
<b>CM</b>											.10*	-.03	.17***	.13**
<b>AN</b>												-.18***	.16***	.15***
<b>CD</b>													-.05	-.08*
<b>OS</b>														-.05

\*\*\* La correlación es significativa en el nivel .001 (bilateral)

\*\* La correlación es significativa en el nivel .01

\* La correlación es significativa en el nivel .05

Nota: SP=Salud Percibida, CSF=Componente de salud física, CSM=Componente de salud mental, N=Neuroticismo, E=Extraversión, O=Apertura, A=Agradabilidad, C=Conciencia, AF=Actividad física, RO=Uso del tiempo para recreación y ocio, CM=Cuidado y autocuidado Médico, HA=Hábitos alimenticios, CD=Consumo de drogas, OS=Organización del sueño

Dado que todas las variables de salud sí presentan una clara relación con el sexo del participante, se analizó el tipo de rol que podría tener este sobre la salud. Para ello, se realizaron correlaciones entre las variables conductas de salud y personalidad con los tres indicadores de salud principales brindados por el SF-36 (salud percibida global, componente salud mental y componente salud física) separando por sexo del participante. En la tabla 7 se puede encontrar un total de 27 correlaciones significativas coincidentes en ambos grupos y 5 correlaciones discrepantes entre grupos. Cabe señalar que en todos los casos, el sentido de las correlaciones es el mismo en el grupo de mujeres como en el de hombres (Tabla 7).

Tabla 7.

*Correlación entre variables de estudio de acuerdo a sexo*

	Hombres			Mujeres		
	Salud Percibida	Salud Física	Salud Mental	Salud Percibida	Salud Física	Salud Mental
Salud Física	.47 <sup>***</sup>			.60 <sup>***</sup>		
Salud Mental	.29 <sup>***</sup>	.56 <sup>***</sup>		.41 <sup>***</sup>	.48 <sup>***</sup>	
Neuroticismo	-.27 <sup>***</sup>	-.48 <sup>***</sup>	-.71 <sup>***</sup>	-.39 <sup>***</sup>	-.44 <sup>***</sup>	-.72 <sup>***</sup>
Extraversión	.25 <sup>***</sup>	.25 <sup>***</sup>	.38 <sup>***</sup>	.32 <sup>***</sup>	.26 <sup>***</sup>	.47 <sup>***</sup>
Apertura	.04	.08	.01	-.02	.07	-.08
Agradabilidad	.14 <sup>**</sup>	.23 <sup>***</sup>	.34 <sup>***</sup>	.22 <sup>***</sup>	.26 <sup>***</sup>	.36 <sup>***</sup>
Conciencia	.24 <sup>***</sup>	.28 <sup>***</sup>	.43 <sup>***</sup>	.22 <sup>***</sup>	.27 <sup>***</sup>	.41 <sup>***</sup>
Actividad física	.34 <sup>***</sup>	.28 <sup>***</sup>	.28 <sup>***</sup>	.20 <sup>***</sup>	.23 <sup>***</sup>	.17 <sup>***</sup>
Recreación y ocio	.23 <sup>***</sup>	.32 <sup>***</sup>	.36 <sup>***</sup>	.23 <sup>***</sup>	.26 <sup>***</sup>	.33 <sup>***</sup>
Cuidado médico	.10	.22 <sup>***</sup>	.23 <sup>***</sup>	.06	.11	.29 <sup>***</sup>
Hábitos alimenticios	.01	.03	.03	.09	.16 <sup>**</sup>	.15 <sup>**</sup>
Consumo de drogas	-.03	-.03	.01	-.12 <sup>*</sup>	-.09	-.17 <sup>**</sup>
Organización sueño	.26 <sup>***</sup>	.34 <sup>***</sup>	.37 <sup>***</sup>	.36 <sup>***</sup>	.42 <sup>***</sup>	.52 <sup>***</sup>

\*\* La correlación es significativa en el nivel .01 (unilateral)

\* La correlación es significativa en el nivel .05 (unilateral)

Entre las correlaciones discrepantes se encuentran una relación entre el componente de salud física y cuidado médico en hombres; en mujeres se encontraron correlaciones inversas entre consumo de consumo de drogas y salud percibida como con el componente de salud mental. Así como relaciones directas entre las prácticas de

alimentación y nutrición con el componente salud mental. Todas las correlaciones discrepantes son significativas y de tamaño pequeño (Cohen 1988).

Todo esto lleva a plantear, que si bien existen diferencias en las relaciones entre las variables de acuerdo a sexo, esta variable debe ser incorporada como una condición de control dentro de los modelos predictivos de salud, ya que no se encuentra necesario establecer modelos separados de salud para hombres y para mujeres.

A continuación, se realizaron seis análisis de regresión lineal múltiple, dos de ellos para cada uno de los indicadores de salud. Cada modelo analizaba el rol o de los rasgos de personalidad o de las conductas de salud sobre el indicador de salud seleccionado. Solo se incorporaron aquellos rasgos de personalidad o aquellas conductas de salud que contaban con evidencia empírica previa o que mostraban relaciones significativas con la salud en el presente estudio (tabla 6), en todos los casos se mantuvo como variable de control el sexo.

Tabla 8

*Modelo resumen de los análisis de regresión múltiple para la predicción de la variable salud percibida global*

Variable	B	EE B	$\beta$	t
Sexo	-8.22	1.51	-.21	-5.46***
Personalidad				
N	-0.51	0.11	-.22	-4.68***
E	0.43	0.14	.14	3.13**
A	0.04	0.13	.01	0.32
C	0.20	0.12	.07	1.72
$R^2 = .18$				
Sexo	-8.37	1.42	-.21	-5.89***
Conductas de salud				
Actividad física	5.92	1.07	.20	5.53***
Recreación/ocio	3.91	1.11	.13	3.52***
Consumo de drogas	-3.04	1.42	-.08	-2.14*
Organización del sueño	7.80	1.35	.22	5.76***
$R^2 = .21$				

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

Para la salud percibida global se ingresaron para el modelo de personalidad las variables sexo, N, E, A, C, se encuentra que la personalidad predice un 18% de la varianza de este indicador de salud, siendo los únicos rasgos significativos N y E. Para el modelo con conductas de salud se ingresaron actividad física, recreación/ocio, control

del consumo de drogas y organización del sueño, se halló un modelo con un  $R^2$  de 21%, siendo las conductas significativas actividad física, recreación/ocio y organización del sueño.

Para el componente salud física se ingresaron para el modelo la variable sexo y los rasgos de personalidad N, E, A, C; así, se encuentra que los rasgos de personalidad predicen un 28% de la varianza de este indicador de salud, siendo el único rasgo significativo N. Para el modelo con conductas de salud se ingresaron todas las conductas de salud, hallándose que actividad física, recreación/ocio y organización del sueño explican el 27% de la varianza total de la Salud Física.

Tabla 9  
Modelo resumen de los análisis de regresión múltiple para para la predicción de la variable  
Componente Salud Física

Variable	<i>B</i>	<i>EE B</i>	$\beta$	<i>t</i>
Sexo	-5.83	0.94	-.22	-6.18***
Personalidad				
N	-0.61	0.07	-.39	-9.06***
E	0.01	0.09	.01	0.16
A	0.11	0.08	.05	1.41
C	0.13	0.07	.07	1.70
$R^2 = .28$				
Sexo	-6.85	0.94	-.26	-7.31***
Conductas de salud				
Actividad física	2.93	0.70	.15	4.18***
Recreación/ocio	3.29	0.74	.17	4.47***
Hábitos alimenticios	0.77	0.90	.03	0.86
Cuidado médico	0.46	0.69	.02	0.67
Consumo de drogas	-1.42	0.93	-.05	-1.53
Organización del sueño	6.60	0.88	.28	7.45***
$R^2 = .27$				

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

Para el componente salud mental se ingresaron para el modelo de personalidad las variables sexo, N, E, A, C. Se encuentra que la personalidad explica un 55% de la varianza de este indicador de salud, siendo los únicos rasgos significativos N y C. Para el modelo con conductas de salud se ingresaron todas las conductas de salud, hallándose un modelo con un poder de 31%, siendo las conductas significativas actividad física, recreación/ocio, cuidado médico y organización del sueño.

Tabla 10

*Modelo resumen de los análisis de regresión múltiple para para la predicción de la variable Componente Salud Mental*

Variable	<i>B</i>	<i>EE B</i>	$\beta$	T
Sexo	-4.34	1.11	-.11	-3.91***
Personalidad				
N	-1.45	0.08	-.62	-18.21***
E	0.18	0.10	.06	1.72
A	0.11	0.10	.03	1.13
C	0.29	0.09	.10	3.35***
$R^2 = .55$				
Sexo	-8.18	1.35	-.21	-6.04***
Conductas de salud				
Actividad física	2.74	1.01	.10	2.71**
Recreación/ocio	5.74	1.07	.19	5.39***
Hábitos alimenticios	0.55	1.30	.01	0.43
Cuidado médico	3.42	1.00	.12	3.42***
Consumo de drogas	-2.70	1.34	-.07	-2.02*
Organización del sueño	11.96	1.28	.34	9.35***
$R^2 = .31$				

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

### Modelos predictivos de salud

Para poner a prueba los modelos de mediación mediante ecuaciones estructurales se modelaron las variables manifiestas a variables latentes. Para las variables observables de las conductas de salud y el indicador de salud percibida global se usaron los ítems de sus respectivas escalas; para los indicadores de salud física y salud mental se usaron las escalas del SF-36; finalmente, para la creación de las variables manifiesta neuroticismo, extraversión y conciencia se utilizó el sistema de parcelado de ítems de Little, Cunningham, Shahar y Widaman (2002).

Además, se pusieron a prueba los modelos de medida de las variables para salud percibida global a través de un análisis factorial confirmatorio (CFA), hallándose adecuados niveles de ajuste. Para el CFA se halló el  $\chi^2$  con ajuste Satorra-Bentler=425.79 ( $p < .001$ );  $gl=195$ ,  $RMSEA = .043$  (.038- .049 IC 10%),  $CFI = .97$  y  $SRMR = .057$ . Para el modelo que incluye los indicadores salud física y salud mental

presentaron los siguientes índices: valor del  $\chi^2$  con ajuste Satorra-Bentler=131.44 ( $p=1$ );  $gl=356$ ,  $RMSEA=.000$  (.00- .00 IC 10%),  $CFI= 1.00$  y  $SRMR= .057$ .

Para poner a prueba los modelos de ecuaciones estructurales se tomó en cuenta lo encontrado en la teoría, así como los resultados de los análisis previos (correlaciones y regresiones). Así, a los modelos de salud percibida global se incorporaron como variables de personalidad al neuroticismo y extraversión, mientras que para la variable conductas de salud se incorporó actividad física, recreación/ocio y organización del sueño. Para los modelos de salud física y salud mental se incorporaron como variables de personalidad el neuroticismo y conciencia; mientras que para la variable conductas de salud se incorporaron actividad física, recreación/ocio y organización del sueño. No se tomó en cuenta cuidado médico al no ser parte del modelo propuesto. Nuevamente, la condición sexo fue considerada variable de control para cada modelo.

Para los modelos de salud percibida global se encontraron adecuados índices de ajuste, siendo los modelos de mediación parcial lo que presentan un mejor desempeño (tabla 11) en comparación al modelo de mediación total.

Tabla 11

*Índices de ajuste del modelo de mediación para salud percibida global*

Índices	Modelo de mediación total	Modelo mediación parcial
$\chi^2$ con ajuste Satorra-Bentler	551.47 ( $p<.001$ )	538.81 ( $p<.001$ )
gl	213	211
CFI	.97	.97
RMSEA (90 % IC)	.050 (.045-.055)	.055 (.044-.055)
SRMR	.059	.058
AIC	1137.61	1121.07

Así, se encontró que, en términos de personalidad, solamente extraversión presenta efectos directos sobre la salud percibida global, además de presentar efectos indirectos a través de actividad física; mientras que, neuroticismo no presenta un efecto directo sino a través de organización del sueño. De las conductas de salud, actividad física y organización del sueño tienen un efecto directo sobre la salud percibida global, además de presentar relaciones entre estas dos conductas; recreación y ocio solo presenta relación con la organización del sueño. Es importante resaltar que los dos rasgos de personalidad presentan relaciones fuertes entre ellas (Tabla 12 y Figura 4).

Tabla 12. *Coefficientes estandarizados de las variables manifiestas que modelan las variables latentes. Modelo para salud percibida global.*

	Salud percibida	Neuroticismo	Extraversión	Actividad física	Recreación y ocio	Organización del sueño
S1	1.00***					
N1		.79***				
N2		.82***				
N3		.79***				
N4		.82***				
E1			.68***			
E2			.70***			
E3			.76***			
E4			.68***			
CS1EF				.83**		
CS4EF				.90*		
CS5EF				.60***		
CSS6EF				.79***		
CS8RO					.55***	
CS9RO					.83***	
CS10RO					.67***	
CS60OS						.51***
CS61OS						.57***
CS62OS						.77***
CS65OS						.72***
CS67OS						.63***
CS69OS						.68***

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

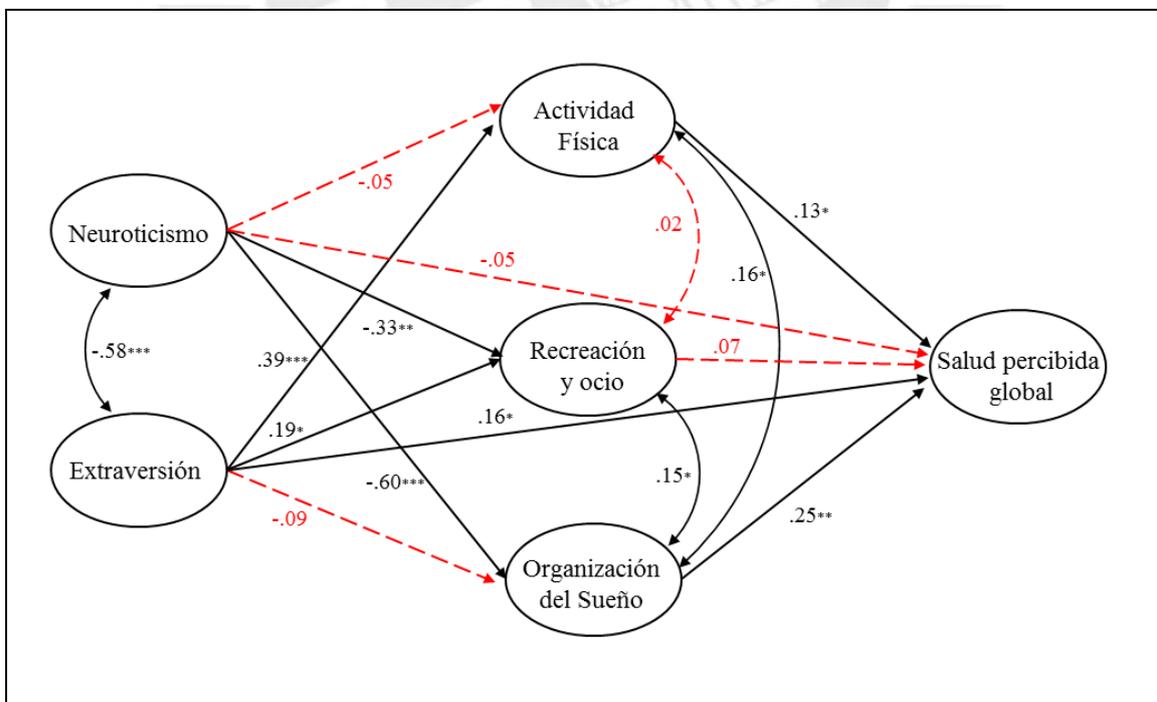


Figura 4: Modelo de mediación parcial para la variable *salud percibida global* (Variable sexo como control omitida en el gráfico)

En el caso de los modelos de mediación para salud física y salud mental, se encontró que los modelos presentaban índices de ajuste buenos; sin embargo, el SRMR no cumple con los límites establecidos por Hu y Bentler (1999). Inspeccionando los modelos puede encontrarse que el rasgo conciencia no era un predictor significativo para ninguna otra variable; por lo cual, su presencia dentro del modelo afecta de manera importante el ajuste del mismo. Por esta razón, en la re-especificación de los modelos se retiró esta variable.

Tabla 13

*Índices de ajuste del modelo de mediación para indicadores de salud*

Índices	MMT	MMP	MMT re-especificado	MMP re-especificado
$\chi^2$ ajuste Satorra-Bentler	234.88 (p< .001)	199.08 (p< .001)	1130.35 (p< .001)	824.64 (p< .001)
gl	383	379	282	279
CFI	1.00	1.00	.95	.97
RMSEA (90 % IC)	.0 (.0-.0)	.0 (.0-.0)	.069 (.065-.073)	.055 (.051-.060)
SRMR	.11	.11	.11	.052
<b>AIC</b>	398.88	371.08	1268.35	968.64

Nota: MMT modelo de mediación total, MMP= Modelo de mediación parcial

De esta manera, se encontró el modelo de mediación parcial reespecificado presentaba mejores índices de ajuste (tabla 11). Tal como se muestra en la figura 5, la única variable de personalidad presente en el modelo es neuroticismo, esta variable presenta efectos directos e indirectos sobre la salud física y salud mental. Neuroticismo tienen un efecto negativo y de tamaño fuerte sobre la salud mental, además, presenta efectos negativos sobre las conductas actividad física, recreación/ocio y organización del sueño. Por otro lado, las tres conductas de salud del modelo tienen efectos directos sobre la salud física. Contrariamente a lo esperado no se encuentra ningún efecto de actividad física hacia la salud mental más si de parte de la recreación y ocio, y organización del sueño.

Tabla 14. *Coeficientes estandarizados de las variables manifiestas que modelan las variables latentes del modelo para salud física y salud mental*

	Salud física	Salud mental	Neuroticismo	Actividad física	Recreación y ocio	Organización del sueño
FF	.44					
RF	.60					
DC	.65					
SG	.71					
RE		.64				
VF		.75				
SM		.89				
FS		.76				
N1			.78			
N2			.83			
N3			.77			
N4			.81			
CS1EF				.76		
CS4EF				.84		
CS5EF				.47		
CSS6EF				.66		
CS8RO					.53	
CS9RO					.76	
CS10RO					.61	
CS60OS						.45
CS61OS						.54
CS62OS						.70
CS65OS						.69
CS67OS						.59
CS69OS						.60

Nota.  $p < .001$ .

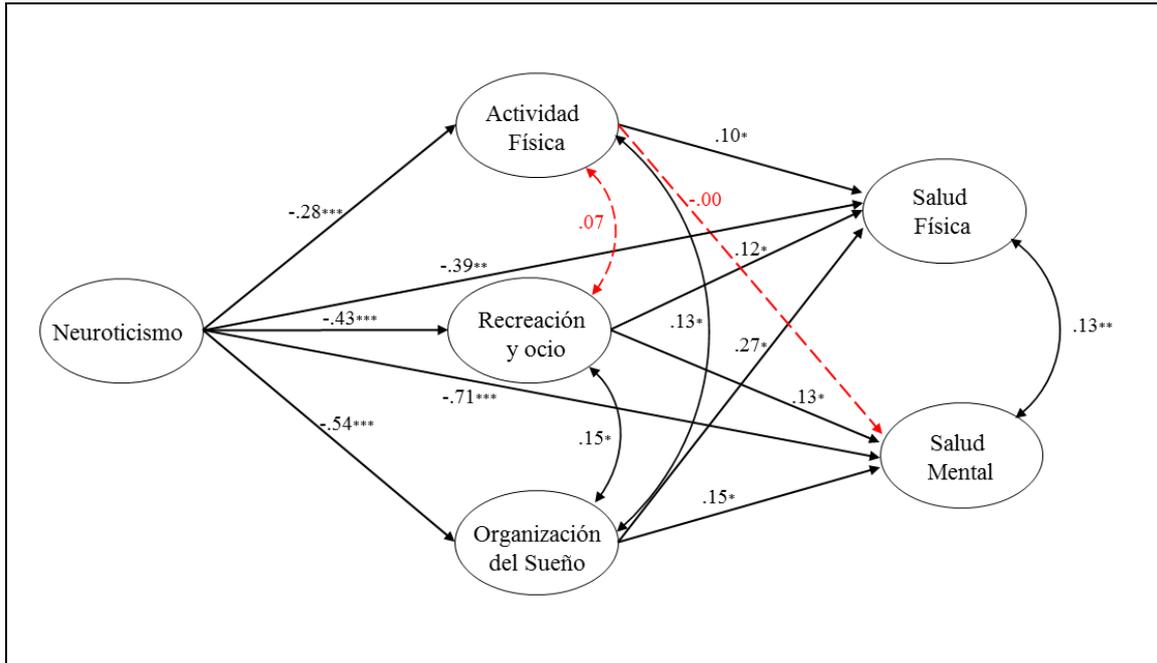


Figura 5: Modelo de mediación parcial re-especificado para la variable *salud física* y *salud mental* (Variable sexo como control omitida en el gráfico)

De esta manera puede observarse en los modelos que todos los indicadores de salud presentan efectos directos de actividad física y organización del sueño; sin embargo, recreación y ocio solo se vuelve significativa en el modelo de salud física y salud mental. Además, se encuentra que algunos rasgos de personalidad (neuroticismo y extraversión) presentan algún efecto sobre los indicadores de salud, pero estos son diferenciados en función al tipo de indicador. Contrariamente a lo esperado, el rasgo de personalidad conciencia no presenta ningún rol dentro de los modelos.

## DISCUSIÓN

La presente investigación se concentra en conocer la salud y sus determinantes personales en estudiantes de una universidad privada de Lima. Se entiende que la universidad es un espacio importante de desarrollo para estos jóvenes, pues ellos pasan de un contexto escolar altamente estructurado, con un mayor soporte familiar y un seguimiento más cercano por parte de profesores, a uno más inestructurado que los enfrenta a fuentes importantes de estrés académico (Gutiérrez et al., 2010; Knowlden, Sharma & Bernard, 2012). Todo ello hace suponer que la salud de los estudiantes podría estar en riesgo, y es necesario conocerla y analizar los factores asociados al mismo.

Por ello, el primer objetivo del estudio incluyó la evaluación de la salud en este grupo de estudiantes a partir de diversos indicadores. Se consideró relevante sostener este objetivo, eminentemente descriptivo, ya que existe una tendencia a considerar que este grupo está exento de problemas en su salud, debido a que se espera que se encuentre en el pico máximo de su desarrollo y contaría con diversos recursos, como es el caso de acceder a una educación superior (Hussain et al., 2013; Latas et al., 2014). Sin embargo, la investigación reciente muestra que esta puede ser una población en riesgo de desarrollar diversas problemáticas de salud (ACHA, 2015, 2018; Antunez & Vinet, 2013; Consorcio, 2006; El Ansari et al. 2014; Micin & Bagladi, 2011; Perez-Villalobos et al., 2012). Por ello, se considera importante, primero, aproximarse a la situación de salud de esta población, de manera que se pueda entender la relación con sus determinantes personales. Además, dicha información puede contribuir a plantear intervenciones que respondan a las necesidades específicas de este grupo.

Los resultados de este estudio coinciden con lo encontrado en investigaciones en diversos contextos universitarios. En estos trabajos, los estudiantes suelen reportar una percepción positiva de su salud en términos globales como específicos (ACHA, 2015, 2018; El Ansari et al., 2013; Consorcio de Universidades, 2006; Hussain et al., 2013; Sabbah et al., 2013; Schnettler et al., 2013). Así, encontramos que el 87% de los evaluados consideran que su salud se califica entre *buena* y *excelente*. Por otro lado, tanto las áreas del SF-36, que brindan información detallada en términos de salud física y salud mental, como sus subáreas muestran que se supera el punto de corte recomendado por la prueba, razón por lo que se puede afirmar que prima un balance positivo de la propia salud.

Estos resultados no implican necesariamente que la salud de los universitarios esté libre de dificultades; de hecho, este estudio muestra la presencia de problemáticas de salud, posiblemente en estadio incipiente. A ello se le suma el hecho de que un grupo pequeño pero importante de estudiantes estaría calificando su salud en un sentido negativo, y presentaría niveles de salud física y mental por debajo del punto de corte recomendado (Ware & Sherbourne, 1992). En ese sentido, generan preocupación aquellos casos de estudiantes que pudieran presentar puntajes extremadamente bajos en áreas como rol emocional, rol físico, dolor corporal o vitalidad, lo cual indicaría una percepción de desgaste en su salud y la evaluación de dificultades para el trabajo, estudio u otras actividades diarias debido a problemas físicos y/o mentales.

De manera específica, el 51% de la muestra reporta la presencia de síntomas de enfermedad física y/o mental durante el último año, primando en su reporte la presencia de condiciones agudas como son las quejas somáticas y psicológicas. Entre las principales molestias, se encuentran problemas de dolor, complicaciones estomacales, migraña, respiratorio, ansiedad, depresión e insomnio. Cabe señalar que, si bien los estudiantes reportan bajo consumo de medicamentos en el año (23%), los más mencionados fueron los analgésicos, antiinflamatorios y antialérgicos, lo que coincide con la sintomatología señalada anteriormente.

Es a partir de la vivencia de estas molestias que se puede comprender el proceso lento de debilitamiento de la salud. En el caso de los alumnos que manifiestan alguna (o varias) de estas molestias, se irá afectando primeramente la sensación de bienestar, lo cual puede explicar que los niveles de salud física sean mayores a los de salud mental, aspecto que coincide con los hallado en otras investigaciones con similar población (Chau & Vilela, 2017; Latas et al., 2014; Pekmezovic et al., 2013; Sabbah et al., 2013; Saravia, 2013). En ese sentido, es posible que los alumnos que presenten en mayor frecuencia alguna de estas molestias o quejas sean los que presentan una evaluación negativa de su salud. Además, es posible que algunas de estas quejas generen un impacto importante en la vida académica del estudiante (ACHA, 2018).

Las problemáticas de salud más mencionadas en la investigación coinciden con lo hallado en el estudio de SENAJU (2012) en el que participaron 11 042 jóvenes entre 15 y 29 años. En este, se encontró que el 55% reporta que se ha sentido tenso, nervioso o inquieto, que 56% ha sufrido cambios en el ritmo de sueño, que 51% se siente cansado

y aburrido la mayor parte del tiempo, que 47% reporta sufrir constantemente de dolores de cabeza, cuello o espalda, y que 44% señala estar triste y sin deseo por realizar sus actividades comunes. Asimismo, estudios en contexto universitario a nivel mundial coinciden con las principales problemáticas mencionadas por la muestra (ACHA, 2015, 2018; Barraza, 2007, 2008; El Ansari et al., 2011; El Ansari, Labbed, Kotb, El-Houfy & Moseley, 2013; El Ansari, Oskrochi & Haghgoo, 2014; Feldman et al., 2008; González-Ramírez et al., 2009; Hussain et al., 2013; Mikolajczyk et al., 2008). Además, estudios con universitarios en Latinoamérica muestran prevalencias importantes de depresión y ansiedad (Barraza, 2008; Micin & Bagladi, 2011; Pérez-Villalobos et al., 2011).

Estos resultados van en la línea de lo encontrado por El Ansari a lo largo de sus estudios (El Ansari, 2011; El Ansari et al., 2011, 2013, 2016). Este autor halló alta prevalencia de problemáticas asociadas a síntomas somáticos aislados y vivencia de estados emocionales negativos. Por ello, tras analizar las respuestas de miles de estudiantes universitarios, encontró que todas estas quejas y molestias se agrupan en cuatro categorías: síntomas psicológicos (ansiedad, depresión, irritabilidad y cambios de humor), síntomas dolorosos (en distintas partes del cuerpo), síntomas gastrointestinales (mayormente molestias e infecciones pasajeras) y síntomas circulatorios/respiratorios (El Ansari et al. 2014). Ello plantea una guía de acción a los esfuerzos por desarrollar programas de promoción y prevención en salud, especialmente salud mental, que se puede desarrollar dentro del contexto universitario. El objetivo de dichos programas sería promover estilos de vida saludables y la prevención del desarrollo de estas problemáticas.

Estos resultados y lo encontrado en las investigaciones mencionadas, permite plantear que es la combinación entre etapa de desarrollo con las características propias de la convivencia dentro del contexto universitario lo que puede favorecer el desarrollo de estas primeras dificultades en la salud. La gran mayoría de estudiantes universitarios se encuentran en la transición entre la adolescencia tardía y la adultez temprana (SUNEDU; 2016); por tanto, están aún culminando el logro de una serie de tareas ligadas al desarrollo físico, cognitivo y emocional (Santrock, 2007). Las dudas y dificultades en el proceso de definición de la identidad, lograr la independencia de la familia, encajar en un grupo de pares son particularmente relevantes para el bienestar del adolescente (Papalia et al., 2012; Santrock, 2007).

A ello se le suma que el logro de las tareas de desarrollo se establece en un contexto nuevo y cambiante, contexto al cual les es cada vez más fácil acceder (Sunedu, 2016) pero, en el cual puede existir una sensación de insatisfacción con la propia formación (INEI, 2014). Todo esto puede ser reforzado cuando se produce un ingreso temprano a los estudios superiores y se cuenta con menos recursos para afrontar esta etapa. Por ello, se considera que el proceso de adaptación a la vida universitaria es crucial y sus dificultades se relacionan con peores niveles de salud (Chau & Saravia, 2016).

Todo ello puede favorecer la percepción de que el contexto universitario es potencialmente estresante y, por ello, se produciría la alta prevalencia de estrés académico (Alsulami et al., 2018; Bedoya, Perea & Ormeño, 2006; García, Pérez, Pérez & Natividad, 2012; Mishra, 2018; Polo, Hernández & Pozo, 2011; Pulido et al., 2011). Ello es preocupante, pues existen estudios que muestran que la presencia de estrés general y estrés académico se asocian a menores niveles de salud (Amigo, 2017; Feldman et al, 2008; Taylor, 2007). De manera específica, El Ansari y sus colaboradores (2014) hallaron, en muestras de 3271 estudiantes egipcios y 3706 del Reino Unido, que el nivel de estrés estaba asociado con la presencia de todos los tipos de sintomatología y quejas de salud; de manera específica, se halló una correlación fuerte entre el estrés y los síntomas psicológicos (El Ansari, 2014). Ello lleva a suponer que detrás de las molestias mencionadas podrían estar presentes dificultades para afrontar el estrés que puede estar experimentando un grupo importante de estudiantes.

Ahora, la situación de la salud de los universitarios es compleja y difícilmente se puede responder a ella en una visión dicotómica y cartesiana. Dentro de este panorama, se puede entender el balance positivo de la salud como señal de la incorporación del modelo biopsicosocial en los universitarios. Esto ocurre porque se estaría reconociendo que esta se distribuye en un continuo de posibilidades, que no solo incluye la presencia de sintomatología sino también aspectos ligados al bienestar que muchas medidas de salud descuidan (Amigo, 2017; Pinquart, 2001). Ello llevaría a que los estudiantes no descalifiquen su salud como mala aun cuando existiera la presencia de alguna molestia, pues incorporaría, dentro de su evaluación, aspectos complejos ligados a su historia, funcionamiento cotidiano, entre otras variables (Jylhä, 2009; Knäuper & Turner, 2003; Pinquart, 2001).

Por otro lado, también es posible que estos jóvenes no sean completamente conscientes de los riesgos que presentan respecto a su salud, más si se toma en cuenta que estudios con universitarios peruanos muestran alta prevalencia de conductas no saludables como poca práctica de actividad física, consumo frecuente de alcohol, descuidos en la alimentación, malos hábitos de sueño, entre otros (Becerra, 2016; Consorcio, 2006; Danjoy et al., 2010). La presencia de molestias de salud y prevalencia importante de sobrepeso en la muestra podrían estar siendo minimizados por los estudiantes, quienes, al no calificar a estos síntomas como enfermedades serias o al no tener un diagnóstico médico que los avale, suelen ignorar los riesgos que estos conllevan. Al respecto, Manderbacka (1998) realizó un estudio que examinaba el sentido de las respuestas detrás del ítem salud percibida global y encontró que las personas suelen incorporar en dicha evaluación la presencia de enfermedades crónicas más que condiciones agudas o transitorias. Ello plantearía que prima en estos estudiantes un paradigma biomédico de la salud por el cual evaluarían la presencia de un estado bueno de salud cuando existe ausencia de enfermedad.

Sin embargo, una explicación adicional podría ser que lo encontrado muestra un conflicto con la información sobre la salud (*conflicting health information*), la cual consiste en las dificultades para valorar dos afirmaciones en temas de salud que son lógicamente inconsistentes una con la otra. Ello llevaría a que los estudiantes utilicen estrategias para lograr consistencia cognitiva basada en el uso de heurísticos, lo cual podría exacerbar los sesgos cognitivos y favorecer algunos errores de juicio (Carpenter et al., 2015). En este caso, la dificultad de integrar molestias y síntomas con el nivel de salud percibida podría deberse a que muchas de esas molestias suelen ser normalizadas por estudiantes e incluso profesores, los cuales consideran que son evidencia de que el alumno se esfuerza por obtener la excelencia académica. Se asume esta perspectiva porque se considera que es parte usual de la vida universitaria o porque no se vincula estas molestias con los problemas de salud que se observan en estadios más avanzados de la adultez.

Al respecto, Wu y Ahn (2010) estudiaron las estrategias para manejar conflicto con información sobre la salud en universitarios. Estos autores encontraron las siguientes estrategias para la resolución de la inconsistencia: ratificarse en las creencias personales, hacer negociaciones cognitivas para crear justificaciones, buscar información, entre otras. Interesantemente, una estrategia utilizada fue asumir el *punto*

*medio*, de tal forma que se evita posturas extremas. En ese sentido, nos preguntamos si la mayor prevalencia de autoevaluación de la salud como *buena* responde a una evaluación juiciosa de la salud o simplemente expresa que existe ausencia de enfermedad, pero se es capaz de funcionar en las tareas básicas para la edad, independientemente de la calidad de vida que se lleve.

La dificultad para entender el sentido completo de las autoevaluaciones de la salud no implica que el uso de la autoevaluación en el área sea limitado, sino todo lo contrario. Para lograr un panorama más completo de la salud de los estudiantes, sería necesaria la integración de diversidad de indicadores, desde aquellos que puedan ser subjetivos y holísticos hasta aquellos más objetivos y fácilmente contrastables (Pinquart, 2001).

Si bien los 3 indicadores elegidos en este estudio aportan información relevante de la salud, es importante comprender que cada uno de ellos brinda información diferenciada (Lee, 2000). Estudios previos muestran que existe una tendencia a mostrar correlaciones de intensidad media a alta entre el ítem único de salud con otros de los indicadores de salud física y mental (Kempen, 1992), aspecto que se puede observar en este estudio, incluso cuando se separa el ítem de salud percibida del componente físico de la salud. Sin embargo, Kempen y colaboradores (1998) ha demostrado que, pese a estas correlaciones, menos del 50% de la varianza de este ítem se explica por las medidas específicas de dominio de salud (Kempen, Miedema, van den Bos & Ormel, 1998). Ello lleva a plantear que estas medidas evalúan un fenómeno común, la salud, pero que no pueden ser considerados como conceptos intercambiables.

En ese sentido, se entiende que el componente de salud mental incluiría la evaluación de un amplio rango de aspectos que van desde las experiencias ligadas al bienestar hasta el *distrés* psicológico (usualmente asociado a estados como la ansiedad o depresión), mientras que el componente físico alude a aspectos asociados a la capacidad para funcionar de manera independiente hasta la presencia de problemas físicos. Ambos componentes están interrelacionados y es en conjunto que ofrecen una aproximación importante hacia la salud (Smith et al., 1999).

Sin embargo, el ítem que mide salud percibida global se caracteriza por algunas particularidades, ya que presenta una mayor capacidad para predecir morbilidad, mortalidad y limitaciones en el funcionamiento (Idler & Benyami, 1997; Jylhä, 2009;

Kopp et al., 2004; Lee, 2000; Miller & Wolinsky, 2007; Sacker et al., 2007). Este elemento exclusivamente subjetivo incorpora aspectos que no serían plenamente rescatados en los componentes físico y mental de la salud.

Algunos autores consideran que la respuesta a este ítem se basa en una serie de procesos cognitivos activos involucrados al momento de enfrentar la consigna del ítem, proceso que puede ser más intuitivo que consciente, ordenado y reflexivo (Jylhä, 2009). Manderbacka (1998) menciona que la respuesta a este ítem se basa en la concepción de la salud de cada persona, y en que incorpora información concreta, contextual e incluso contradictoria, que otras medidas más objetivas no pueden hacer. En ese sentido, algunos autores como Knäuper y Turner (2003) y, Jylhä (2009) consideran que las personas responden a esa pregunta sobre la base de su representación mental de lo que es la salud, dicha representación se construiría en base a diferentes fuentes que integran conocimiento semántico y episódico, así como información sobre cambios esperados en la salud. Jylhä (2009) señala que este proceso incorporaría información de lo que entendemos por salud (diagnósticos, síntomas, dimensiones, indicadores conductuales y de deterioro, antecedentes personales, teorías subjetivas relacionadas, etc.) y sobre la propia evaluación con relación a referentes sociales (en comparación a los pares, a la propia edad, al pasado propio, a las expectativas personales a futuro). Una de las limitaciones de este complejo proceso es que este juicio se establece en función de aspectos más accesibles a la memoria en una situación particular (Knäuper & Turner, 2003). Por ello, es importante integrar indicadores objetivos de salud (Pinquart, 2001).

A partir de lo mencionado, se hace relevante entonces hacer énfasis en el estudio más profundo de las concepciones de salud que maneja el estudiante, ya que acceder a sus creencias y representaciones relacionadas al concepto permitirá entender las estrategias que utilizan para la prevención de la enfermedad y el cuidado de su salud.

El segundo objetivo de este estudio fue determinar el rol del sexo, las conductas preventivas de salud y los rasgos de personalidad sobre la salud (salud percibida global, por un lado, y salud física y salud mental, por otro) en un grupo de estudiantes de Lima Metropolitana. Para ello, se realizaron análisis preliminares con el fin de aclarar si otros factores sociodemográficos, académicos y laborales se encontraban vinculados.

Posteriormente, se tomaron en cuenta los resultados basados en las hipótesis previas con el fin de integrar dicha información para la elaboración de modelos de mediación.

De los resultados preliminares, llama la atención que no se encontraron diferencias en los indicadores de salud en ninguna de las variables controladas salvo el sexo del participante. Así, no se hallan diferencias de acuerdo con el lugar de nacimiento, edad, escala de pago, ni condición laboral. Al respecto, es posible que la poca heterogeneidad de la muestra explique estos resultados. Recordemos que el rango de edad de estos estudiantes es bastante corto: la mayoría se encuentran entre los 18 y 23 años, por lo cual es menor la posibilidad de captar diferencias en términos de salud. Asimismo, son estudiantes de una universidad privada de Lima, la cual, si bien tiene un sistema de escalas, estas representan, en su gran mayoría, variantes del nivel socioeconómico medio. Además, al indagar si el alumno era becado, encontramos que en caso de contar con esta ayuda económica no necesariamente estaba vinculada a la condición económica de la familia sino a diversidad de condiciones, por ejemplo, por tener el estatus de deportista (beca que otorga bono alimenticio) o por ser el beneficiario de alguna política municipal extraordinaria. Por otro lado, consideramos que la condición laboral fue una condición que puede haber sido confundida, pues varios estudiantes incluían en sus respuestas a las prácticas de curso, prácticas profesionales, voluntariado y actividades pasajeras.

Tampoco se encontraron diferencias de acuerdo con algunas condiciones académicas, salvo diferencias específicas halladas entre un par de facultades, las cuales eran estadísticamente pequeñas. En este caso, los alumnos de la facultad de derecho reportaban mayores niveles de salud percibida global y salud mental que los de humanidades. Es posible que este resultado pueda ser poco representativo, sobre todo si tomamos en cuenta que, en la muestra, el número de alumnos de cada facultad era relativamente pequeño. Una particularidad importante de la facultad de humanidades es que esta alberga un número amplio de carreras, cuyo único elemento en común son el enfoque humanista, pero contiene planes de estudios diferenciados por programa. Estos resultados son menos consistentes a los encontrados en otros estudios, ya que, en la universidad evaluada, no se imparten las carreras de medicina, veterinaria o enfermería, carreras que suelen estar asociadas a mayores problemáticas de salud (Mazo, Londoño & Gutiérrez 2013; Pekmezovic et al., 2011).

Un aspecto que si se halló en este estudio es que el sexo del participante diferencia los niveles de salud percibida global, salud física y salud mental. De esta manera, la primera hipótesis del estudio, según la cual **se esperaba que las mujeres mostraran menores puntajes de salud en los tres indicadores**, se confirma. Este resultado es similar a lo hallado en universitarios a nivel mundial (Bastardo, 2011; Chau & Vilela, 2017; Becerra, 2016; Bobić et al., 2015; El Ansari & Stock, 2016; El Ansari et al., 2011; Latas et al., 2014; Mikolajczyk et al., 2008; Pekmezovic et al., 2011; Sabbah et al., 2013; Schmidt, 2012; Saravia, 2013; Vaez & Laflamme, 2002), pero también en poblaciones adultas (DCP, 2008; Hill & Needham, 2006).

Estas investigaciones muestran las diferencias en la vivencia en la salud entre hombres y mujeres. Ello puede deberse a una compleja combinación de aspectos biológicos, como son los aspectos genéticos, hormonales, inmunológicos y metabólicos, así como aquellos vinculados a las prácticas preventivas (nutricionales, consumo de tabaco, actividad física) diferenciadas por sexo. A ello se le suman otras condiciones vinculadas al género, las cuales plantean la presencia de otros factores sociales y culturales (Ostan et al., 2016).

El estrés es una de las condiciones más relacionadas a la salud y, como se mencionó, una de las problemáticas más prevalentes en contexto universitario. Por ello, no sorprendería que el impacto de esta condición explique parte los resultados señalados. De hecho, existe literatura científica que señala que los mecanismos psicofisiológicos detrás de este pueden ser también diferenciados de acuerdo con el sexo. Así, se está cuestionando que el único patrón de respuesta al estrés sería el *ataque-huida* planteado por Selye, sino que también puede presentarse un patrón llamado *cuidar y ser amistoso*. Cabe mencionar que es más frecuente que el primero se active en los varones y el segundo, en las mujeres. De esta manera, este mecanismo explicaría por qué las mujeres son más propensas a responder en situaciones de estrés expresando sus molestias y buscando apoyo en otras personas (Taylor, 2007).

Ello se vincula con estudios sobre diferencias en la vivencia, expresión y modulación de las emociones de acuerdo con el género. Así, las mujeres suelen expresar de forma verbal y no verbal de manera más clara las emociones, especialmente la ansiedad, preocupación y tristeza. En el caso de los varones, estos estarían más orientados a la expresión de emociones como el orgullo o la rabia, y tenderían a suprimir la comunicación emocional (Cova, 2004).

Sin embargo, estos resultados no solo responderían a diferencias fisiológicas sino a estereotipos sociales sobre los comportamientos y roles esperados para hombres y mujeres (Castañeda, 2007; Rohlf et al., 2000). Un aspecto importante a tomar en consideración es que, si bien hombres y mujeres pueden ser afectados por el estrés, son distintas las condiciones políticas, económicas y sociales en las que viven; estas condiciones pueden promover inequidad en la salud, dado que las mujeres estarían más expuestas a percibir de manera más estresante aspectos asociados al trabajo, estudio o vida familiar (Denton et al., 2004; Ostan et al., 2016; Segura & Pérez, 2016).

Por eso, en el caso de la salud de la mujer, se ha hallado que el sexo (factores genéticos, fisiológicos y hormonales) tiene mayor influencia en el patrón de inicio y progresión de las enfermedades, mientras que las diferencias de género influyen en la capacidad de la mujer de reconocer sus síntomas y actuar sobre ellos, en la búsqueda y obtención de atención médica de calidad, y en el cumplimiento adecuado del tratamiento (Buvinić et al., 2006; DCP, 2008; Oksuzyan et al., 2008, Oksuzyan et al., 2018; Thompson et al., 2016).

Ello explicaría por qué las mujeres universitarias de este estudio estarían más predispuestas a calificar su salud de forma más negativa, lo cual estaría fundamentado en los estereotipos de género que permiten que sea culturalmente más aceptado que la mujer muestre señales de enfermedad (Oksuzyan et al., 2008). Esto es consistente con lo hallado en investigación a nivel mundial con esta población, es decir, que las universitarias tienden a reportar mayor número de síntomas, mayor frecuencia de enfermedades, periodos más largos de recuperación y uso más frecuente de servicios de atención de salud (El Ansari et al., 2013; El Ansari et al., 2011; El Ansari & Stock, 2016; Mikolajczyk et al., 2008; Vaez & Laflamme, 2002). Además, las estudiantes mujeres suelen reportar presencia más elevada de síntomas de ansiedad y depresión (Antúnez & Vinet, 2013; Bobić et al., 2015; Cova et al., 2007; El Ansari et al., 2011, 2013; Gutiérrez et al., 2010; Pérez-Villalobos et al., 2012; Vaez & Laflamme, 2002). Dicha sintomatología, especialmente la depresiva, suele ser considerada como un conjunto de variables robustas para predecir longitudinalmente mala salud en todas sus dimensiones durante la adultez (Demirchyan, Petrosyan & Thompson, 2012; Niles & O'Donovan, 2018).

Adicionalmente, es posible que la menor percepción de salud en mujeres podría deberse a que los estudiantes varones presentan mayores niveles de actividad física,

aspecto que contribuiría a mantener mayores niveles de vitalidad y vigor. En esa línea, estudios con adultos chinos han encontrado que bajos niveles de actividad física se han asociado con un mayor riesgo a desarrollar problemas de salud mental y mala calidad de sueño (Wu, Tao, Zhang, Zhang & Tao, 2015). En población universitaria, los estudiantes varones suelen presentar mayores niveles de actividad y ejercicio físico (Becerra, 2016; Cheng et al., 2015; Oksuzyan et al, 2008; Paez & Castaño, 2010; Schmidt, 2012; Vaez & Laflamme, 2002; Varera-Mato et al., 2012), por lo cual puede considerarse a esta práctica como un recurso para la promoción de la salud en este grupo. Llama la atención que las mujeres de esta muestra presenten mejores prácticas alimenticias y autocuidado-cuidado médico que los varones; sin embargo, estas dos últimas conductas de salud no son predictoras de la salud en ninguno de los modelos finales.

A pesar de las explicaciones brindadas, una limitación de este estudio que no se integren a la discusión otros aspectos ligados al género y las inequidades en salud, ya que estos aspectos no han sido adecuadamente evaluados y se desviaban del propósito central del estudio. Sin embargo, es pertinente resaltar que existe amplia literatura que señala que los peores reportes de salud en mujeres adultas estarían ligados a aspectos como la posición socioeconómica, estatus, y poder (Castañeda, 2007; Hill & Needham, 2006; INEI, 2015; Rohifs, Borrell & Fonseca, 2000; Zacajova et al., 2017). El mayor acceso a educación superior podría ser una de las condiciones que puede atenuar dichas discrepancias en nuestra muestra. Adicionalmente, se habla de la presión por doble carga de trabajo (dentro y fuera del hogar) y las desventajas por circunstancias laborales, las cuales impactan en la salud de mujeres adultas (Castañeda, 2007; Meller et al, 2006; Rohifs, et al., 2000). Nos preguntamos si esa situación es vivida por las estudiantes ahora, sobre todo cuando la casi totalidad de las participantes de este estudio no tiene hijos aún, o si las condiciones que aún no experimentan (maternidad y trabajo) afectarán su salud futura.

Consideramos que un segundo determinante personal de la salud es la personalidad. Por ello, se estableció como segunda hipótesis que **existe una relación entre los rasgos de personalidad neuroticismo, extraversión y conciencia con los indicadores de salud teniendo estos efectos directos e indirectos**. Así, se esperaba

que *neuroticismo* tenga un efecto negativo mientras *extraversión* y *conciencia* tuvieran un efecto positivo sobre la salud percibida global, salud física y salud mental.

Los resultados de este estudio apuntan a señalar que existen relaciones importantes entre neuroticismo, extraversión y conciencia con todos los indicadores de salud. Sin embargo, la hipótesis mencionada no se cumple plenamente. Por un lado, la única dimensión de la personalidad que pareciera tener un efecto significativo es neuroticismo pues en todos los modelos SEM aparece como un rasgo con un efecto negativo sobre la salud. Mientras que extraversión, solo presenta efectos en la salud percibida global más no en los indicadores de salud física y mental. Conciencia no tiene presencia en ninguno de los modelos predictivos finales.

La presencia de neuroticismo como el principal predictor de la salud en universitarios se podría deber a su propia naturaleza. El neuroticismo puede ser entendido como el grado de desajuste emocional del individuo, como su tendencia a enfrentar de manera inadecuada el malestar psicológico. Ello implica esfuerzos de adaptación psicológica en términos de intensidad y frecuencia de emociones, como es el caso de miedo, tristeza, timidez, odio, culpa; la presencia de ideas irracionales; y el pobre control de impulsos (Costa & McCrae, 1992).

Es por ello que este rasgo suele predecir pobre salud percibida, baja salud física y mental en población adulta (Dresch, 2006; Duberstein et al., 2003; Friedman et al., 2010; Murray & Booth, 2015; Strickhouser et al., 2017). De manera específica, elevados niveles de neuroticismo se asocian a la presencia de diversos problemas psicopatológicos importantes como ansiedad, depresión, somatización y trastornos de personalidad (Carver & Connor-Smith 2010; Hengartner et al., 2016; Hudek-Knežević & Kardum, 2009; Malouff et al., 2005; Ozer & Benet-Martínez, 2006). Además, la intensidad de este rasgo aumenta el riesgo a sufrir enfermedad crónica en general (Hudek-Knežević & Kardum, 2009; Weston et al., 2015). En población universitaria, se ha encontrado que este rasgo predice la presencia de síntomas depresivos y los menores niveles de salud física y salud mental/emocional (Bobić et al., 2015; Boro & Dhanalakshmi, 2015; Cheng et al., 2015; Greven et al., 2008; McCann, 2011).

Dentro de las posibles explicaciones para el rol tan determinante de este rasgo sobre la salud, se encuentra el hecho de que, a mayor el nivel de neuroticismo, la persona

experimentará mayores dificultades para manejar las situaciones estresantes del ambiente. Esto ocurriría ya que se reacciona ante eventos ordinarios con una interpretación de amenaza y las frustraciones cotidianas pueden ser vividas como experiencias abrumadoras y con poca esperanza para resolverlas (Widiger & Oltmanns, 2017). Se produce así una hiperreactividad frente a los estresores y una respuesta fisiológica exagerada de estrés (Krantz & Hedges, 1987; Ozer & Benet-Martínez, 2006; Smith, 2006; Strickhouser et al., 2017). Todo ello podría contribuir a que se desarrollen progresivamente condiciones de enfermedad agudas y crónicas (Lemos-Giráldez & Figaldo-Aliste, 1997).

Ello es particularmente importante para comprender la situación de los estudiantes universitarios. Bobić y colaboradores (2015) consideran que es importante reconocer que estos están transitando por un periodo del desarrollo clave para la formación de su identidad, con el consiguiente aumento de responsabilidades, progresiva autonomía de la familia, y mayor importancia de los pares; además, ellos han ingresado a un contexto que suele generar un importante monto de presión emocional sobre ellos. Para estos autores, todo ello puede desgastar sus niveles de energía (vitalidad), y puede ocasionar que experimenten sentimientos que dificultan su interacción diaria (rol emocional) e, incluso, perciban frecuentemente nerviosismo y ánimo depresivo (salud mental). Este mecanismo de presión podría estar ocurriendo en los participantes de este estudio, quienes presentan las mismas áreas de salud como las más debilitadas.

Si encontramos que la experiencia de estrés general y estrés académico es altamente prevalente en este grupo (Alsulami et al., 2018; Bedoya et al., 2006; García et al., 2012; Mishra, 2018; Polo et al., 2011; Pulido et al., 2011) y este se vincula de manera importante con la salud del estudiante (Chau & Vilela, 2017; Feldman et al., 2008), podemos comprender por qué, a mayor nivel de neuroticismo, peores resultados de salud. De esta manera, aquellos estudiantes que presenten elevado neuroticismo tenderán a una percepción de amenaza ante las demandas cotidianas y académicas. Además, reaccionarán de manera más intensa y esto los puede llevar a un afrontamiento desordenado y/o evitativo (Carver & Connor-Smith; Cassaretto, 2010; Ozer & Benet-Martínez, 2006), todo lo cual podría afectar su salud.

Otro aspecto interesante de este estudio es lo que ocurre con los otros rasgos de personalidad. Extraversión es una variable que muestra efectos solamente en el indicador de salud percibida global, lo cual coincide con otros estudios (Dresch, 2006; Dubersten et al., 2006; Greven et al., 2008). Es posible que el efecto de extraversión sobre este indicador de salud se deba a que este es un rasgo protector frente a condiciones estresantes, pues los niveles altos están asociados a montos mayores de energía, la capacidad para relacionarse con otros y proveerse de apoyo social (Connor-Smith & Flachsbart, 2007; Taylor, 2007).

Sin embargo, los estudios a nivel de dimensiones específicas de salud muestran que esta se asocia de manera más consistente con la salud mental, aunque la mayoría de las asociaciones son pequeñas (Bobić et al., 2015; Cheng et al., 2015; Greven et al., 2008). Ello lleva a pensar que extraversión se vincula con los aspectos más positivos de la salud, especialmente mental (Cheng et al., 2015, DeNeve & Cooper, 1998; Ozer & Benet-Martínez, 2006; Malkoç, 2011; Steel et al., 2008). Sin embargo, es posible que pierda su efecto cuando se toman indicadores más específicos como los obtenidos para salud física. Al respecto, este rasgo se ha asociado con conductas peligrosas para la salud como las vinculadas al consumo de drogas, las prácticas sexuales sin protección y el descuido del sueño (Jokela, 2018; Raynor & Levine, 2009; Turiano et al., 2018).

Finalmente, el rasgo de personalidad conciencia no presenta ningún efecto sobre los indicadores de salud, pese a que mantiene correlaciones con todas ellas. Solo presenta un efecto predictivo sobre salud mental en el modelo de regresión múltiple, pero no se sostiene en los SEM. Estos resultados sorprenden si se confronta con la evidencia empírica que asocia a este rasgo de personalidad con salud percibida global, salud mental y salud física (Boro & Dhanalakshmi, 2015; Dresch, 2006; Greven et al., 2008). Además, en diversos estudios prospectivos y longitudinales, se reporta que conciencia se asocia con varios indicadores de salud, razón por la que es considerado el rasgo más sólido en la predicción de mortalidad y longevidad como en el inicio y desarrollo de enfermedades crónicas en adultos (Chapman et al., 2007; Graham et al., 2017; Hill et al., 2001; Jokela, 2018; Kern et al., 2014; Markey & Markey, 2013; Martin et al., 2007; Murray & Booth, 2015; Turiano et al., 2015, 2018; Weston et al., 2015; Wilson et al., 2004).

Una explicación de esto es que, en población joven, la capacidad predictiva del rasgo conciencia es menor en comparación a los otros dos rasgos mencionados, pues las relaciones halladas suelen ser de tamaño pequeño (Boro & Dhanalakshmi, 2015; Dresch, 2006; Greven et al., 2008). O, si la correlación tiene un tamaño mediano, no son suficientemente predictiva para mantenerse en modelos de regresión múltiple y es posible que esto se deba a los efectos de varianza compartida con otros rasgos (Johnstone et al., 2012). En el caso de los análisis de regresión, este rasgo se sostiene solo sobre la salud mental, pero no física, y el efecto es mucho menor al que presenta el rasgo neuroticismo.

La gran mayoría de investigaciones le otorgan un peso particularmente especial a conciencia por su impacto en longevidad, mortandad y morbilidad. Es decir, el impacto de esta variable se establece de manera menos inmediata y estaría vinculado a procesos de envejecimiento más avanzados. Así, existen estudios que se concentran en analizar de qué manera el rasgo C afectaría la salud en población adulta. Por ejemplo, Hill y colaboradores (2011) han planteado, al seguimiento de 10 años, que entre los posibles mediadores en la relación entre conciencia y longevidad se encontrarían el nivel de cuidado de la salud física y el nivel de funcionamiento cognitivo. Por su parte, estudios longitudinales (Graham et al., 2017; Kern et al., 2014; Turiano et al., 2015) y transversales con muestreos representativos (Lodi-Smith et al., 2010) consideraron que el aporte de conciencia sobre la salud se encuentra mediado por el efecto del nivel de logro educativo y la presencia de conductas de salud. El estudio metaanalítico de Jokela (2018) confirma el rol mediador de dichas prácticas preventivas de salud. Ello lleva a plantear que, en tanto conciencia se encuentra fuertemente asociado al nivel educativo, y este último es un considerado un determinante importante para el cuidado y acceso a los sistemas de salud; entonces, este rasgo puede ser predictor importante de longevidad en la adultez (Hill et al., 2011).

Esto nos lleva a considerar la posibilidad de que, en el presente estudio, el efecto de conciencia se ve atenuado ya que los universitarios podrían mostrar una menor variabilidad en este rasgo en comparación a lo hallado con población adulta general. Al respecto, existen algunos estudios en nuestro medio que encuentran que los niveles más altos de conciencia se encuentran asociados al ingreso a la universidad (Niño de Guzmán et al., 2000) así como al mejor desempeño académico del estudiante dentro de la misma (Niño de Guzmán, Calderón & Cassaretto, 2003). Ello podría indicar que, al estar todos los

participantes del estudio dentro de un mismo nivel de logro educativo, se ve atenuado el impacto de conciencia sobre la salud.

Una última explicación de por qué la hipótesis 2 no se confirma plenamente estaría relacionada con que cada rasgo de personalidad se ha evaluado de manera separada sin generar modelos que los integren o tomen en consideración el efecto de interacción que puede haber entre variables; de esta forma, es posible que no sea el efecto aislado de un rasgo lo que afecta sobre la salud sino la interacción que puede establecerse entre ellas (Turiano et al., 2018). Por ejemplo, en el estudio de Hong y Paunonen (2009), se encontró que el efecto de interacción entre conciencia y agradabilidad generaba implicancias sobre tres conductas de riesgo para la salud (consumo de alcohol, tabaco y manejo a altas velocidades). Además, Murray y Booth (2015) señalan el efecto de la interacción entre neuroticismo y conciencia frente al consumo de alcohol. En esa misma línea, Friedman (2019) menciona el *neuroticismo saludable* como combinación de altos niveles de neuroticismo con altos niveles de conciencia. Por otro lado, existen esfuerzos por integrar la información de distintos estudios longitudinales sobre los cinco rasgos de la personalidad con el fin de analizar conglomerados que dan forma a perfiles de personalidad, los cuales se llamarían resiliente, sobrecontrolado, incontrolado, reservado y común; se presume que estos perfiles serían relativamente estables en el tiempo y tendrían efectos diferenciados sobre la salud (Kinnunen et al., 2012). En tanto existe aún poca evidencia que sustente estas propuestas, se considera pertinente seguir realizando una aproximación hacia la personalidad que mantiene sin controlar dichas posibilidades.

La tercera hipótesis de este estudio plantea que **existe una relación directa entre las conductas de salud actividad física, uso del tiempo para la recreación/ocio, hábitos alimenticios y organización del sueño con los indicadores de salud**. Los resultados de este estudio apoyan esta hipótesis con la salvedad que los hábitos alimentarios no presentan mayor relación.

Una posible explicación para que los hábitos alimenticios no tengan efecto en ninguno de los indicadores de salud es que existen dificultades metodológicas que implica su medición, ya que esta implicaría tomar en consideración aspectos como la adecuada selección de alimentos, el tamaño de las porciones o el patrón de horas en que

se consume, aspectos que quizás no son adecuadamente evaluados en el instrumento seleccionado.

Si tomamos en consideración los IMC reportados, podemos sospechar la presencia de malos hábitos alimenticios aunados a pobres niveles de actividad física. De hecho, existe amplia literatura que menciona que el ingreso a la universidad supone un aumento importante del peso y, entre los motivos de dicho aumento, se considera la presencia de hábitos alimenticios inconsistentes (Schmidt, 2012) y/o la práctica de una alimentación más emocional ligada al estrés (Diggins, Woods & Walters, 2015; Errisuriz, Pasch, & Perry, 2016). Por eso, Jokela (2018) advierte sobre la carencia de estudios metaanalíticos que asocien dieta, personalidad y salud. Ello hace pensar que es necesario evaluar aspectos más precisos de la alimentación.

Otra posible explicación sería que el efecto de esta conducta no se da de manera inmediata. De hecho, la mayoría de conductas patógenas de salud como la mala dieta, el consumo de tabaco y el uso nocivo del alcohol, tienen un efecto importante en el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales demoran tiempo importante en desarrollarse (OMS, 2018).

Al respecto, Bayes (1991) estableció que entre las principales creencias que llevan a que las personas sostengan comportamientos no saludables se encuentran las siguientes: a) el carácter placentero del comportamiento nocivo y la inmediatez de sus efectos, b) el extenso periodo de tiempo que separa la práctica nociva con la aparición de enfermedad en estadio crónico diagnosticable, y c) que las estimulaciones carcinógenas (y otras aquellas vinculadas al desarrollo de enfermedad) siempre o casi siempre proporcionan una satisfacción real e inmediata, mientras que la aparición de la enfermedad suele ser remota y poco probable (citado en Becoña & Oblitas, 2017). Esto favorece la noción de que el impacto de la alimentación sea de más largo plazo, y los estudiantes estarían ignorando los riesgos asociados al aumento lento de peso por mala alimentación que pueden estar experimentando.

Lo que si se confirma en este estudio es el rol que cumplen conductas como la organización del sueño, la actividad física/deporte, y el uso del tiempo para la recreación y ocio. Cabe señalar que la importancia de cada una como variable

mediadora entre la personalidad y la salud variará dependiendo del modelo de salud que se pone a prueba, aunque existen interesantes relaciones entre dichas variables.

La organización del sueño es la conducta que produce mayor efecto en la salud; además, su efecto es particularmente mayor sobre el indicador de salud mental que sobre el de salud física. Este hábito incluye aquellas acciones que favorecen el mejor descanso: dormir un mínimo de 7 horas, evitar trasnochar o dormir respetando el horario de sueño, lo cual se manifiesta en una menor sensación de cansancio durante el día. La importancia de esta conducta no sorprende, pues existe amplia evidencia que demuestra que el cuidado del sueño previene la fatiga diaria, contribuye a la sensación de bienestar y ayuda a restaurar procesos biológicos (Duggan et al., 2014).

El déficit del sueño está asociado a la supresión del sistema inmunológico por lo que nos expone ante enfermedades infecciosas. Cuando el déficit del sueño es crónico, puede alterar el funcionamiento metabólico y hormonal simulando el proceso de envejecimiento, y favoreciendo el desarrollo de alteraciones como la obesidad, hipertensión y deterioro de la memoria. Además, a este proceso le acompañan cambios en el estado ánimo como es el caso de la presencia de irritabilidad, y de menor creatividad, concentración y rendimiento (Myers, 2006).

En universitarios, existe evidencia contundente del efecto de la disminución del sueño en su salud percibida. Al respecto, el estudio de Steptoe, Peacey y Wardle (2006) con más de 17 000 estudiantes de 24 países mostró que aquellos estudiantes que duermen menos de 7 horas presentan una mayor probabilidad de presentar una pobre salud percibida; sin embargo, no se halló que dormir entre 8 a 9 horas, e incluso más de 9 horas, produjera un efecto significativo en la salud percibida como suele ocurrir en adultos medios y tardíos. Ello lleva a los autores a advertir que la larga duración del sueño no debe ser tomada como patológica en este periodo de la vida y que se debe evitar un número reducido de horas de sueño.

Los problemas en la organización de esta conducta pueden llevar a que se presente pobre calidad de sueño, ya que esta condición ha mostrado cumplir un importante rol durante el tránsito en la vida universidad. Desgraciadamente, existe evidencia de que los universitarios suelen adoptar conductas de salud poco saludables: imponer restricción de horas de sueño durante la semana y una imposición larga de

sueño en los fines de semana, o cambios en los ciclos de sueño cercanos a mediados o finales del semestre (con episodios de 24 a 48 horas de privación de sueño). Todo esto llevaría a alteraciones asociadas al síndrome de demora de la fase del sueño y percepción disminuida de su salud (Knowlden et al., 2012).

Pretty (2016) recopiló información sobre prevalencia de pobre calidad de sueño en universitarios latinoamericanos y peruanos, y encontró una decena de estudios que mostraron una prevalencia superior al 50% de mala calidad de sueño. Existe evidencia de que esto último se asocia con una disminución importante del rendimiento académico (Baert, Omey, Verhaest, & Vermier, 2015; Elagra et al., 2016; Gilbert, & Weaver, 2010; Machado-Duque, Echeverri, & Machado-Alba, 2015; Orzech, Salafsky y Hamilton, 2011) y a una mala adaptación a la vida universitaria (Pretty, 2016). Por eso, algunos investigadores consideran que la pobre calidad de sueño un efecto profundo en la salud mental de los estudiantes. Esto se evidencia a partir del hecho de que se han encontrado aumentos significativos en los niveles de ansiedad, depresión y estrés en ellos (Farzaneh, Momayyezi & Lotfi 2018; Orzech et al., 2011). Todo esto nos lleva a preguntarnos si el reporte de enfermedades y problemas de salud del último año, así como las áreas de salud que se encontraron más debilitadas (vitalidad y rol emocional), son el resultado de pobre calidad de sueño en el grupo evaluado.

Respecto al efecto de la actividad física, esto es consistente con lo hallado en población universitaria, pues existe amplia evidencia que vincula a esta conducta con un mejor funcionamiento físico, mayores niveles de vitalidad, menor percepción de dolor y mayor sensación de bienestar emocional (Bastardo, 2011; Sabbah et al., 2013). En términos de salud percibida global, existen estudios que han encontrado que, a mayor actividad física, mayor percepción de salud general (Becerra, 2016; Mikolajczyk et al., 2008; Pekmezovic et al., 2011). Además, se ha hallado abundante evidencia de que el ejercicio físico (como practica regular, planificada y con fines de mantener el estado físico) cuenta con efectos importantes sobre la salud física y mental; de hecho, esta práctica se asocia con menor riesgo de sufrir múltiples desórdenes como la progresión del cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes, depresión y enfermedades neurodegenerativas (Walsh, 2011).

La importancia de la actividad física se fundamenta en que esta colabora en la disminución de las emociones negativas y es considerada una estrategia importante para reducir el impacto de sintomatología ansiosa y depresiva (Walsh, 2011). Además, se asocia con el incremento de las emociones positivas y satisfacción con la vida (Cheng et al., 2013; Grant, Wardle & Steptoe, 2009) y contribuye a amortiguar el impacto del estrés (Bland, Melton, Bigham & Welle, 2014; VanKim & Nelson, 2013). En contexto universitario, se considera que la actividad física se relaciona con menores niveles de estrés, pues se considera una actividad socialmente divertida, promotora de emociones positivas y una buena estrategia distractora del estrés (Pekmezovic et al., 2011)

Respecto al uso de tiempo libre para la recreación y ocio, se encontraron importantes asociaciones con todos los indicadores de salud; sin embargo, el efecto de este solo se mantiene en el modelo de salud física y mental. Un aspecto importante a considerar al momento de explicar este resultado es que existe muy poca investigación sobre el rol que esta conducta cumple en la salud. Al respecto, es posible que se deba a que se suele incorporar en la medición de este comportamiento el uso del tiempo libre para la práctica de actividad física y deporte, el uso del tiempo libre para el descanso y sueño, o simplemente la administración del tiempo para el cumplimiento de tareas académicas.

Sin embargo, en esta investigación, el área alude a la percepción de contar con momentos de descanso en la rutina diaria y con tiempo de ocio para compartir con la familia y/o amigos o para dedicarlos a actividades de esparcimiento. Esta definición permite diferenciar a esta conducta de actividad física y organización del sueño, ya que, si bien comparten el aspecto común de ser actividades importantes para el proceso de recuperación física y mental, también el uso de tiempo libre cuenta con características asociadas al descanso (no sueño) y distracción. Estos dos últimos elementos podrían explicar su efecto sobre la salud física y salud mental de los estudiantes. Si bien es reconocida la importancia del uso del tiempo de ocio en los adultos mayores (Chang, Wray & Lin, 2014), es aún poca la investigación que la respalde en población universitaria peruana (Damian, 2016; Rossi, 2018; Saravia, 2013).

Contar con tiempo para la recreación y ocio podría estar vinculado a los beneficios que provee la interacción social; así, tener tiempo para pasar con familiares

y/o amigos también podría contribuir a fortalecer vínculos de apoyo social que ayudan a cuidar la salud, pues aminoran el impacto de los estresores (Thoit, 2011; Uchino, Bowen & Kent, 2016; Wang, Wu & Liu, 2003). Durante el tiempo de ocio, se puede participar en actividades artísticas y de entretenimiento, las cuales suelen incrementar las emociones positivas como el placer, la alegría y el humor, y que producen efectos benéficos sobre la salud (Walsh 2011). Asimismo, estas actividades podrían ser poderosos distractores de pensamiento negativos vinculados a las demandas académicas y cotidianas; por tanto, podrían permitir aminorar el efecto del estrés académico en estos estudiantes.

Finalmente, la cuarta hipótesis de esta investigación señalaba que **el efecto de los rasgos de personalidad sobre la salud se encuentra mediado por las conductas de salud**. Para poder probar esta última hipótesis, se pusieron a prueba cuatro modelos de medición. A partir de ello, se encontró que los modelos de mediación parcial para salud percibida global como para salud física y salud mental eran los que presentaban un mejor ajuste. De esta manera, se confirma la hipótesis planteada.

Los resultados de este estudio brindan apoyo al Modelo de Conductas de Salud de la Personalidad (*Health Behavior Model of Personality*, HBM) desarrollado por Smith (2006), quien plantea que la personalidad afecta la salud a través de sus vínculos con las conductas o prácticas de salud, y que son estas últimas las que impactan directamente sobre ella a lo largo de la vida. Este modelo propone dos potenciales mecanismos de influencia. En uno de ellos, se asume que las conductas de salud cumplen un rol de mediación en la asociación entre personalidad y la salud. De esta manera, se entiende que ciertos rasgos de la personalidad predisponen a prácticas nocivas o protectoras para la salud, y estas conductas afectarán la posibilidad de desarrollar enfermedad. En el presente estudio, es el rasgo neuroticismo es el que produce un efecto importante a través de hábitos como la organización del sueño, la recreación/ocio y la actividad física, los cuales tendrán efectos directos sobre la salud.

Sin embargo, la relación entre personalidad y salud puede ser sostenida a través de la presencia de otros mecanismos psicológicos que involucran factores ligados al entorno como son la presencia del estrés y el soporte social. De hecho, el modelo de Smith (2006) plantea que la personalidad podría moderar la relación entre las conductas y la salud, ya que generaría cambios en los hábitos en respuesta a los niveles de estrés,

de forma que, por ejemplo, sujetos con bajos niveles de conciencia o alto neuroticismo responderían a situaciones de demanda laboral o académica comiendo en exceso o abandonando el ejercicio físico (Turiano et al., 2018).

Smith (2006) considera otras vías de relación que pueden incorporarse dentro de este modelo integral. Así, la personalidad podría estar alterando el grado de exposición de los individuos a situaciones estresantes, y afectaría la toma de decisiones y el involucramiento de conductas de riesgo o protección (Lemos-Giráldez & Fidalgo-Aliste, 1997; Smith, 2006). Por ello, se considera que algunos rasgos de personalidad estarían directamente involucrados en la frecuencia, severidad y duración del estrés que experimenta la persona (Smith, 2006), lo cual coincide con el rol del rasgo neuroticismo para predecir salud.

Otra vía podría incluir el impacto de la personalidad sobre los procesos de evaluación y afrontamiento frente al estrés. De esta forma, frente a circunstancias adversas o demandantes, existirían personas que evaluarían la situación de tal manera que responderían con alteraciones biológicas que, eventualmente, pueden contribuir al desarrollo de enfermedades (Krantz & Hedges, 1987; Smith, 2006). Es así que los estudiantes con altos niveles de neuroticismo estarían más proclives a evaluar situaciones de la vida universitaria como amenazantes y, por tanto, manifestarían mayor presencia de síntomas de enfermedad. Asimismo, verían más difícil involucrarse en prácticas saludables y presentarían una necesidad mayor de descanso para la obtención de la recuperación de su salud. Todo ello favorecería una respuesta de agotamiento temprano dentro de la universidad.

Resulta pertinente recordar que uno de los más importantes recursos de afrontamiento al estrés es el soporte social. Este constituye un aspecto valioso para la salud, pues ofrece recursos emocionales y prácticos cuando se necesitan (Taylor, 2007; Wikilson y Marmot, 2004). En ese sentido, la percepción de contar con redes de soporte podría atenuar el impacto de los eventos adversos a los que se enfrenta la persona (Thoits, 2011; Uchino et al., 2016). El estudio metaanalítico de Wang y colaboradores (2003) revisa los resultados de 182 estudios sobre soporte social y concluye que, a mayores niveles de soporte social, es mayor el ajuste psicosocial, las conductas de afrontamiento adaptativas, las creencias saludables, las conductas de promoción de salud, la calidad de vida y el bienestar. En ese sentido, es posible que ciertos rasgos de

personalidad, así como la vivencia constante de estrés, afecten las interacciones sociales y promuevan conductas como la confrontación o el aislamiento social, todo lo cual podría impactar en el soporte social que pueden proveer los otros (Markey & Markey, 2013).

Cabe señalar que los dos modelos de mediación finales presentan similitudes y diferencias. En ambos casos, se resalta el rol de tres conductas de salud: la organización del sueño, uso de tiempo libre para la recreación-ocio y la actividad física; además, neuroticismo cumple un rol relevante como rasgo de personalidad para los modelos. Sin embargo, la relevancia de cada variable entre modelos cambia y la presencia de extraversión solamente ocurre en el modelo de salud percibida global. Ello lleva a ratificar que los dos indicadores de salud miden aspectos similares, mas no equivalentes de un fenómeno mayor.

Respecto a las conductas de salud, en el presente estudio, se plantea la pregunta: ¿qué lleva a que sean las que aportan de manera significativa sobre la salud? Consideramos que estas tres conductas tienen en común el ser actividades que proveen energía y favorecen el descanso. De hecho, ya existe alguna literatura que menciona la importancia del desarrollo de actividades para evitar el desgaste profesional. Dichas actividades permitirían el alivio de los efectos del estrés y, por tanto, son necesarias para mantener el bienestar de la persona. Entre las actividades que suelen promover la recuperación se mencionan al sueño, las actividades relajantes de bajo esfuerzo, las actividades sociales, las actividades físicas y las actividades recreativas (Demerouti & Sanz, 2012). Es posible que lo que ocurre en el campo laboral también suceda en el contexto académico universitario.

Sabine Sonnentag es una de las máximas investigadoras en los mecanismos de recuperación del estrés laboral. Ella encuentra que el poder desarrollar capacidades para desconectarse de los estresores (*stressor-detachment*) fuera del espacio de trabajo es necesario para mantener el bienestar, además de que dicho mecanismo sería importante para mantener elevados niveles de compromiso (*engagement*) durante la realización de las tareas del trabajo (Sonnentag & Fritz, 2015). Dicha desconexión sería necesaria para lograr la recuperación fisiológica del estrés, y prevendría la carga alostática porque este no se maneja y permite conservar los recursos necesarios para su afrontamiento (Demerouti & Sanz, 2012).

Es así que el beneficio de las tres conductas de salud de nuestros modelos iría en la línea de lo planteado por Sonnentag y Friz (2015), quienes señalan que la desconexión psicológica fuera del horario de estudio permitiría a los estudiantes mayores recursos físicos y mentales para afrontar las demandas de la vida académica. Así, la correcta organización del sueño haría posible la recuperación diaria del estrés, la actividad física proveería los recursos de energía y el ocio transmitiría elementos importantes para la promoción del bienestar.

En cuanto a las particularidades de cada modelo, encontramos que, en el modelo de mediación para la salud percibida global, tanto neuroticismo como extraversión se relacionan con esta a partir de la presencia de los hábitos actividad física, recreación/ocio y organización del sueño. En este modelo, neuroticismo no presenta efectos directos sobre la salud percibida global, lo cual puede explicarse, pues el efecto de esta pasa por la organización de sueño, sobre la cual produce un efecto de tamaño grande. Esto va en la línea de lo hallado por Duggan y colaboradores (2014), quienes encontraron en universitarios que este rasgo predice de manera importante peor higiene del sueño, peor calidad de sueño y mayor somnolencia. En ese sentido, la organización del sueño es el predictor más fuerte de la salud percibida global, con lo que se ratifican los beneficios de esta conducta. Así, se considera que quienes presentan mayores niveles de neuroticismo experimentarán mayores problemas para manejar el estrés y sus preocupaciones, aumentarán las dificultades para dormir, y se mostrarán más cansados y desanimados durante el día.

El efecto de extraversión se convierte en el segundo predictor más fuerte sobre este indicador de salud, entendiéndose que el efecto directo de este rasgo podría deberse, tal como se mencionó anteriormente, a los niveles de energía y soporte social con los que se asocia. Además, extraversión presenta un efecto indirecto sobre la salud percibida global a través de la actividad física. Al respecto, el estudio metaanalítico de Jokela (2018) muestra que el impacto de extraversión sobre la salud puede tener dos vías. Por un lado, sus facetas vinculadas a sociabilidad, lo cual podría explicar su relación con recreación-ocio. Por otro, por sus facetas relacionadas a actividad y búsqueda de estimulación, lo que podría promover el involucramiento en actividades de ejercicio físico y/o deporte.

En cuanto al modelo de mediación para la salud física y salud mental, encontramos que el único rasgo de personalidad que tiene efecto sobre estos dos indicadores es neuroticismo. Es posible que extraversión no contribuya a este modelo, pero si al anterior porque el ítem salud percibida global integraría aspectos ligados al bienestar que se atenúan cuando se separa por componente de salud. En el caso de neuroticismo, encontramos que este rasgo es el principal predictor de salud mental, teniendo un tamaño de efecto es bastante grande, de modo que se confirma que este rasgo predice los peores niveles de salud mental. El efecto de este rasgo sobre la salud física también sigue siendo grande, pero menor al que brinda sobre salud mental, tal como se esperaba por la amplia literatura que lo respalda (Carver & Connor-Smith 2010; Hengartner et al., 2016; Hudek-Knežević & Kardum, 2009; Malouff et al., 2005; Ozer & Benet-Martínez, 2006).

Sobre las relaciones específicas entre las conductas de salud, en el presente estudio, se halló que, pese a que de forma cotidiana se suele pensar que la actividad física puede quitar tiempo para el sueño y reduce la energía de quien la practica, estas actividades se encuentran relacionadas. Ello iría en la línea de lo hallado por Foti y colaboradores, quienes encontraron que, a mayor actividad física, mejor organización del sueño y viceversa (Foti, Eaton, Lowry & McKnight-Ely, 2011). Asimismo, se identificó que el tiempo para la recreación/ocio y para la organización del sueño mantiene una relación entre sí, tal como otros estudios en nuestro medio con universitarios (Rossi, 2018; Saravia, 2013). Ello nos permite plantear que ambas conductas comparten algunos objetivos similares, los cuales implican principalmente el cuidado del descanso. Finalmente, no existe relación entre actividad física y recreación/ocio; esto podría estar ligado a que los autores de la prueba han realizado un esfuerzo importante por diferenciar ambas áreas, pues, como se ha mencionado, se suele evaluar el tiempo de ocio como un espacio para realizar actividades placenteras como la práctica de ejercicio físico, deporte y entretenimiento.

Sobre la relación entre las conductas de salud y la salud, es interesante observar que actividad física solamente tiene efecto sobre salud física y es posible que el impacto de esta se encuentra mediada por la relación con sueño, así como la relación que comparte salud física con salud mental. Sobre el rol de recreación-ocio, este se torna

significativo en este modelo y es posible que su efecto se visibilice cuando no se toma en cuenta el rol de la extraversión.

En conclusión, esta investigación refuerza la importancia de estudiar la salud de los universitarios, pues se encuentra montos importantes de sintomatología física y mental en un grupo de ellos. Consideramos que la salud y el bienestar de los estudiantes se encuentran en riesgo, en tanto existan algunos factores que podrían promover su deterioro. Estudiar las creencias de salud puede ser una línea de investigación importante, pues permitiría comprender la forma en que se vive y se cuida la salud en este periodo. Dicho conocimiento será de relevancia para el establecimiento de políticas de cuidado de la salud dentro de la universidad.

Bajo esta lógica, este estudio también pretende aportar conocimiento sobre el rol de los determinantes personales en la salud de los estudiantes. Así, se encontró que existen diferencias en esta en términos del sexo del participante. Consideramos que ello se debe a que la expresión y manejo de los temas de salud pueden diferenciados. Es de particular interés que las políticas de promoción de la salud tomen en cuenta ello, ya que su desconocimiento puede favorecer la inequidad en la salud o incluso, que no sean percibidas dificultades de salud por sesgos de género.

Además, la relevancia de los rasgos de personalidad (especialmente neuroticismo) sobre la salud alerta la necesidad de monitorear y favorecer estrategias adaptativas para la regulación de las emociones, además de brindar recursos para el manejo del estrés académico. Ello es más importante cuando nos referimos a una generación joven que recién está incorporando habilidades ligadas a la autonomía y autogestión. Finalmente, este estudio aboga por la promoción de estilos de vida saludables, siendo importante el fortalecer no solo hábitos como el control del uso del alcohol, tabaco y drogas, prácticas de actividad física o mejoras en los hábitos alimenticios, sino otras conductas que suelen recibir una menor valoración como son la organización del sueño y del tiempo para la recreación y ocio.

Las universidades son espacios privilegiados para el desarrollo de propuestas de promoción de la salud, más cuando la OMS (1986) reconoce que esta no solo depende de variables personales, sino del contexto en el que la persona transita. Es por ello que, en 1986, emite la Carta de Ottawa, la cual establece los principios para la promoción de

la salud. Este importante documento aboga por una mirada a la salud desde un enfoque de salud pública que favorezca aquellas acciones que pueden promocionar la salud a través de la creación de ambientes favorables, que refuerce la acción comunitaria, y que desarrolle aptitudes personales y la reorganización de los servicios sanitarios. En ese sentido, se entiende que la salud se crea y vive dentro de entornos de la vida cotidiana, entre ellos, los centros de enseñanza, trabajo y recreación.

Las universidades son centros que no solo buscan crear, promover y difundir conocimiento científico, sino que son espacios de formación para los nuevos profesionales y futuros líderes del país. Parte de la formación integral del estudiante implica fortalecer actitudes, creencias y conductas que adoptará cada persona, quien construirá y tomará decisiones al interior de su sociedad, pero también respecto a su propia vida (Muñoz et al., 2010). En ese sentido, las universidades pueden convertirse en modelos que promuevan la salud y funcionen bajo el paradigma de la *universidad saludable*, lo cual significa que se incorpora la noción de 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 estudian o trabajan, y, a la vez, con el objetivo de 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 en general (Muñoz et al., 2010; Suarez-Reyes, Muñoz & Van den Broucke, 2018).

Asimismo, las políticas de promoción de la salud establecidas por la Carta de Okanagan para la promoción de la salud en universidades e instituciones de educación superior (2015) fomentan que las universidades se comprometan con los principios de las *Universidades Promotoras de la Salud*. Ello se puede lograr a partir de incorporar en todos los aspectos del campus universitario una cultura, políticas y procedimientos de fortalecimiento de la salud, así como el establecimiento de alianzas y liderazgo para generar acciones dirigidas a la promoción de la salud local y globalmente.

Por último, resumiendo las principales limitaciones que esta investigación presenta, es importante indicar que los resultados obtenidos no pueden ni deben ser generalizados, no solo en la universidad en la que se aplicó, pues no se contó con un muestreo representativo que lo avale; sino que a otras universidades del país. Consideramos que existen particularidades en cada contexto académico que pueden afectar los resultados. Por otro lado, esta investigación mostró dificultades para

comprobar el rol de conductas como los hábitos alimenticios, el control de consumo de drogas o el autocuidado-cuidado médico; consideramos que ello se puede deber, en parte, a las limitaciones de la medición de nuestro instrumento seleccionado. En ese sentido, un análisis a nivel de ítems críticos podría ser útil para aclarar el rol de estas conductas sobre la salud de los estudiantes de la muestra. Finalmente, este estudio se centra en evaluar el rol del sexo a nivel descriptivo, pero no ha incorporado en su medición otros aspectos ligados a condiciones asociadas al género que podría explicar los resultados.

Este estudio es parte de una línea de trabajo reciente dentro de la psicología de la salud en nuestro medio y busca aportar conocimiento que sea de utilidad a la política de promoción de la salud de su propia universidad. Consideramos relevante continuar con estudios que profundicen en lo hallado e incorporen en sus diseños posibilidades como la interacción entre rasgos de personalidad (Friedman, 2019; Hong & Paunonen, 2009; Kinnunen et al., 2012; Turiano et al., 2018), o entre conductas de salud y la conformación de conglomerados de prácticas de salud (Joyner et al., 2018). Además, es relevante explorar el rol de moderación que podría incluir variables como el soporte social y el estrés académico. Finalmente, existen otras variables personales que consideramos relevantes analizar cómo puede ser la regulación emocional, la motivación para la realización de prácticas saludables, el rol del compromiso académico, el sentido de coherencia, entre otros.

## Referencias

- Allen, M.S., Vella, S.A., & Laborde, Y. (2015). Health-related behaviour and personality trait development in adulthood. *Journal of Research in Personality, 59*, 104-110. doi: 10.1016/j.jrp.2015.10.005
- Alonso, J., Prieto, L., & Antó, J.M., (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina clínica (Barcelona), 104*(20), 771-776.
- Alsulami, S., Al Omar, Z., Binnwejim, M. S., Alhamdan, F., Aldrees, A., Al-bawardi, A., Meshary, A., & Alhabeeb, M. (2018). Perception of academic stress among Health Science Preparatory Program students in two Saudi universities. *Advances in medical education and practice, 9*, 159-164. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S143151>
- Aluja, A., García, O., Rossier, J., & García, L. (2005). Comparison of the NEO-FFI, the NEO-FFI-R and an alternative short version of the NEO-PI-R (NEO-60) in Swiss and Spanish samples. *Personality and Individual Differences, 38*(3), 591-604. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.05.014>
- American College Health Association (2015). National College Health Assessment. [Adobe Digital Editions versión] Recuperado de: <http://www.acha-ncha.org/docs/NCHA-II%20FALL%202015%20REFERENCE%20GROUP%20EXECUTIVE%20SUMMARY.pdf>.
- American College Health Association (2018) National College Health Assessment Recuperado de: [https://www.acha.org/documents/ncha/NCHA-II\\_Spring\\_2018\\_Undergraduate\\_Reference\\_Group\\_Executive\\_Summary.pdf](https://www.acha.org/documents/ncha/NCHA-II_Spring_2018_Undergraduate_Reference_Group_Executive_Summary.pdf).
- Amigo, I. (2017). *Manual de Psicología de la salud* (3ra edición). Madrid: Pirámide.
- Antúnez, Z. & Vinet, E. (2013). Problemas de salud mental en estudiantes de una universidad regional chilena. *Revista Médica de Chile, 14*, 209-216. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000200010>
- Arrivillaga, M. & Salazar, I. (2005). Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos. *Psicología conductual, 13*(1), 19-36.
- Arrivillaga, M., Salazar, I., & Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica, 34*(4), 186-195.
- Baader, T., Rojas, C., Molina, J.L., Gotelli, M., Alamo, C., Fierro, C., Venezian, S., & Dittus, P. (2013). Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. *Revista Chilena de Neuro- Psiquiatría, 52*(3), 167-176.
- Baert, S., Omeij, E., Verhaest, D., & Vermier, A. (2015). Mister Sandman, bring me good marks! On the relationship between sleep quality and academic achievement. *Social Science & Medicine, 130*, 91-98.

- Barraza, A. (2008). El estrés académico en alumnos de maestría y sus variables moduladoras: un diseño de diferencia de grupos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 26(2), 270-289.
- Barraza, A. & Silerio, J. (2007). Estrés académico en Educación Media Superior: Un estudio comparativo. *Universidad Pedagógica de Durango*, 7, 48- 65.
- Bastardo, Y.M. (2011). Health Status and Health Behaviors in Venezuelan Pharmacy Students. *Value in Health*, 14(5), S122-125. doi: 10.1016/j.jval.2011.05.020
- Basterra-Gortari FJ, Bes-Rastrollo M, Forga L, Martínez JA, Martínez-González MA. Validación del índice de masa corporal auto-referido en la Encuesta Nacional de Salud. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(3), 373-381.
- Becerra, S. (2013). Universidades saludables: una apuesta a una formación integral del estudiante. *Revista de Psicología*, 31(2), 287-314.
- Becerra, S. (2016). Descripción de las conductas de salud en un grupo de estudiantes universitarios de Lima. *Revista de Psicología*, 32(2), 239-260. doi: 10.18800/psico.201602.001
- Becoña, E. & Oblitas, L.A. (2017). Promoción de estilos de vida saludable. En L.A. Oblitas (Ed), *Psicología de la salud y calidad de vida*. 4ta edición, pp.83-107. México D.F., México: Cengage Learning.
- Bedoya, S., Perea M., & Ormeño, R. (2006). Evaluación de niveles, situaciones generadoras y manifestaciones de estrés académico en alumnos de tercer y cuarto año de una Facultad de Estomatología. *Revista Estomatológica Herediana*, 16(1), 15-20.
- Begazo, J.D. & Fernández, W. (2015). Los millennials peruanos: características y proyecciones de vida. *Revista de Investigación de la Facultad de Ciencias Administrativa UNMSM*, 18-II (6), 9-15.
- Belloc, N.B. & Breslow, L. (1972). Relationship of Physical Health Status and Health Practices. *Preventive Medicine*, 1, 409-421.
- Bland, H., Melton, B., Bigham, L. & Welle, P. (2014). Quantifying the impact of physical activity on stress tolerance in college students. *College Student Journal*, 48(4), 559-568.
- Bobić, J., Cvijetć, S., & Macan, J. (2015). Personality and self-perception of physical and emotional health among first-year university students. *Drustvena Istrazivanja*, 24(2), 219-237. doi: 10.5559/di.24.2.03
- Boot, C.R., Donders, Vonk, N.C., & Meijman, F.J. (2009). Development of a student health questionnaire: the necessity of a symbiosis of science and practice. *Global Health Promotion*, 16(3), 35-44. doi: 10.1177/1757975909339763.
- Boro, J. & Dhanalakshmi, D. (2015). Spirituality, personality and general among college student. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 6(5), 475-479.
- Buvinić, M., Medici, A., Fernández, E., & Torres. A.C. (2006). Gender Differentials in health. En D.T. Jamison, J.G. Breman, A.R. Meashman, G. Alleyne, M. Claeson,

- D.B. Evans, P. Jha, A. Mills., & P. Musgrove (Eds), *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York: Oxford University Press.
- Cardona-Arias, J., Pérez-Restrepo, D., Rivera-Ocampo, S., Gómez-Martínez, J. & Reyes, A. (2015). Prevalencia de ansiedad en estudiantes. *Revista Diversitas-Perspectivas en Psicología*, 11(1), 79- 89.
- Carpenter, D., Geryk, L., Chen, A., Nagler, R., Dieckmann, N. & Han, P. (2015). Conflicting health information: a critical research need. *Health Expectation*, 19(6):1173-1182.
- Carver, C.S. & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704. doi: 10.1146/annurev.psych.093008.100352.
- Cassaretto, M. (1999). *Adaptación del inventario de Personalidad NEO PI -R*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en psicología clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Cassaretto, M. (2010). Relaciones entre la personalidad y el afrontamiento en estudiantes preuniversitarios. *Revista Vanguardia Psicológica. vol 1 (2) oct-marzo 2011.* 202 – 225. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815128>.
- Castañeda, I. (2007). Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(2), 1-20.
- Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas [CEDRO] (2005). *Estudio sobre drogas en universitarios de Lima*. Lima: CEDRO.
- Chandola, T. & Jenkinson, C. (2000). Validating self-rated health in different ethnic groups. *Ethnicity and Health*, 5(2), 151-9. doi: 10.1080/713667451
- Chapman, B., Duberstein, P. & Lyness, J.M. (2007). Personality Traits, Education, and Health-Related Quality of Life Among Older Adult Primary Care Patients. *Journal of Gerontology B Psychol Sci Soc Sci*, 62B(6), 343-352.
- Chapman, B., Duberstein, P., Sörensen, S., & Lyness, J.M. (2006). Personality and perceived health in older adults: the five-factor model in primary care. *Journal of Gerontology. series B*, 61(6), 362-5.
- Chau, C. & Saravia, J.C. (2016). Does stress and university adjustment related to health in Peru? *Journal of Behavior, health and social Issues*, 1, 9-17.
- Chau, C. & Tavera, M. (2012). *Informe proyecto PUCP-Saludable. I. Diagnóstico situacional*. Manuscrito inédito. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Chau, C. & Vilela, P. (2017). Variables asociadas a la salud física y mental percibida en estudiantes universitarios de Lima. *Liberabit*, 23(1), 89-102. doi: 10.24265/liberabit.2017.v23n1.06
- Cheng, C-H.E., Weiss, J.W., & Siegel, J.M. (2015). Personality traits and health behaviors as predictors of subjective wellbeing among a multiethnic sample of university-attending emerging young adults. *International Journal of Wellbeing*, 5(3), 21-43. doi: 10.5502/ijw.v5i3.2

- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for Behavioral Sciences*. 2ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Comunidad Andina [CAN]. (2013). *II Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria. Informe Perú, 2012*. Secretaría General de la comunidad Andina.
- Consortio de Universidades (2006). *Perfil de los estudiantes del Consorcio de Universidades: Resumen y análisis*. Lima: Consorcio de Universidades.
- Cornelisse-Vermaat, J., Antonides, G., van Ophem, J., & van den Brink., H. (2006). Body Mass Index, Perceived Health, and Happiness: Their Determinants and Structural Relationships. *Social Indicators Research*, 79(1), 143-158. doi: 10.1007/s11205-005-4097-7
- Costa, P. & McCrae, R. (1992). Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) Professional Manual. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Cova, F., Alvial, W., Aro, M., Bonifetti, A., Hernández, M., & Rodríguez, C. (2007). Problemas de Salud Mental en estudiantes de la Universidad de Concepción. *Terapia Psicológica*, 25(2), 105-112.
- Crimmins, E., Kim, K. & Solé-Auró, A. (2010). Gender differences in health: Results from SHARE, ELSA and HRS. *European Journal of Public Health*, 21(1), 81-91.
- Cuenca, R. (Ed.) (2015). *La educación universitaria en el Perú. Democracia, expansión y desigualdades*. Lima: IEP.
- Cuenca, R. & Reátegui, L. (2016). *La (incumplida) promesa universitaria en el Perú*. Lima: IEP (Documento de Trabajo, 230. Serie Educación, 11)
- Cui, Z., Stevens, J., Truesdale, K., Zeng, D., French, F. & Gordon-Larsen, P. (2016). Prediction of Body Mass Index Using Concurrently Self-Reported or Previously Measured Height and Weight. *PLoS ONE* 11(11), 1-10-doi: e0167288. doi:10.1371/journal.pone.0167288
- Cupani, M. (2012). Análisis de ecuaciones estructurales: conceptos, etapas de desarrollo y un ejemplo de aplicación. *Revista tesis I*, 186-199.
- Dalghren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
- Dallo, F. (2019). Predictors of self-rated health among undergraduate college students in the United States. *College Student Journal*, 52(4), 431-440.
- Damian, L. (2016). Estrés académico y conductas de salud en estudiantes universitarios de Lima. (Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica) Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. Recuperado de: [http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/7708/DAMIAN\\_CARMIN\\_LISSET\\_ESTRES\\_ACADEMICO.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/7708/DAMIAN_CARMIN_LISSET_ESTRES_ACADEMICO.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Danjoy, D., Ferreira, P.S., & Pillon, S.C. (2010). Conocimientos y prácticas sobre el consumo de tabaco en estudiantes de pregrado de farmacia, Lima, Perú. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18, 582-588. doi: 10.1590/S0104-11692010000700014
- Dattalo, P. (2008). *Determining Sample Size: Balancing Power, Precision, and Practicality (Pocket Guides to Social Work Research Methods)*. New York. Oxford University Press.
- de Bruijn, G.J., Kremers, S.P., van Mechelen, W., & Brug, J. (2005). Is personality related to fruit and vegetable intake and physical activity in adolescents? *Health Educ Res*, 20(6), 635-44. doi: 10.1093/her/cyh025
- Demerouti, E. & Sanz, A. (2012). Recuperación diaria y bienestar: una visión general *Psicothema*, 24(1), 73-78.
- Demirchyan, A., Petrosyan, V. & Thompson, M. (2012). Gender differences in predictors of self-rated health in Armenia: A population-bases study of economy in transition. *International Journal for Equity in Health*, 11(67), 1-10
- DeNeve, K.M. & Cooper, H. (1998). The happy personality: a meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124(2), 197-229. doi: 10.1037/0033-2909.124.2.197
- Diggins, A., Woods, C. y Waters, S. (2015). The association of perceived stress, contextualized stress, and emotional eating with body mass index in college-aged Black women. *Eating behaviors*, 19, 188-192.
- Disease Control Priorities Project [DCP]. (2008). *Sex, Gender, and Women's Health Why Women Usually Come Last*. Recuperado de <https://www.yumpu.com/en/document/view/5780757/sex-gender-and-womens-health-disease-control-priorities-project>
- Dresch, V. (2006). *Relaciones entre personalidad y salud física-psicológica: diferencias según sexo-género, situación laboral y cultura-nación* (tesis de doctorado inédita). Universidad Complutense de Madrid, España.
- Droogenbroeck, F., Spruyt, B. & Keppens, G. (2018). Gender differences in mental health problems among adolescents and the role of social support: Results from the Belgian health interview survey 2008 and 2013. *BMC Psychiatry*, 18(6), 1-9. doi: 10.1186/s12888-018-1591-4.
- Duberstein, P.R., Sörensen, S., Lyness, J.M., King, D.A., Conwell, Y., Seidlitz, L., & Caine, E.D. (2003). Personality Is Associated With Perceived Health and Functional Status in Older Primary Care Patients. *Psychology and Aging*, 18(1), 25-37. 10.1037/0882-7974.18.1.25
- Duggan, K.A., Friedman, H.S., McDevitt, E.A., & Mednick, S.C. (2014). Personality and Healthy Sleep: The Importance of Conscientiousness and Neuroticism. *PLoS ONE*, 9(3), e90628. doi:10.1371/journal.pone.0090628.
- Egan, V., Deary, I. & Austin, E. (2000). The NEO-FFI: Emerging British norms and an item-level analysis suggest N, A and C are more reliable than O and E. *Personality and Individual Differences*, 29(5), 907-920.

- Eid, M & Larsen, R. (2008). *The science of subjective well-being*. New York, NY US: Guilford Press.
- Elagra, M., Rayyan, M., Alnemer, O., Alshehri, M., Alsaffar, N., Al-Habib, R. & Almosajen, Z (2016). Sleep quality among dental students and its association with academic performance. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*; 6(4), 296-301. doi: 10.4103/2231-0762.186788
- El Ansari, W., Labeed, S., Moseley, L., Kotb, S., & El- Houfy, A. (2013). Physical and psychological well- being of university students: Survey of eleven faculties in Egypt. *International Journal of Preventive Medicine*, 4(3), 293- 310.
- El Ansari, W., Oskrochi, R., & Haghgoo, G. (2014). Are student's symptoms and health complaints associated with perceived stress at university? Perspectives from the United Kingdom and Egypt. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(10), 9981-10002. doi: 10.3390/ijerph111009981
- El Ansari, W. & Stock, C. (2016). Explaining the gender difference in self-rated health among university students in Egypt. *Women & Health*, 56(7), 731-744. doi: 10.1080/03630242.2015.1118733.
- El Ansari, W., Stock, C., Snelgrove, S., Hu, X., Parke, S., Davies, S., John, J., Adetunji, H., Stoate, M., Deeny, P., Phillips, C., & Mabhala, A. (2011). Feeling healthy? A survey of physical and psychological wellbeing of students from seven universities in the UK. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(5), 1308-1323. doi: 10.3390/ijerph8051308
- El Peruano (2013, 9 de julio). *Ley N° 30220*. Lima. Recuperado de <http://busquedas.elperuano.com.pe/normaslegales/aprueban-normas-reglamentarias-de-la-ley-n-30220-ley-unive-decreto-supremo-n-006-2016-ef-1337530-2/>
- Errisuriz, V., Pasch, K. y Perry, C. (2016). Perceived stress and dietary choices: The moderating role of stress management. *Eating Behaviors*, 22, 211-216.
- Farzaneh, F., Momayyezi, M., & Lotfi, M. (2018). Relationship between quality of sleep and mental health in female students of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 20(2), 167-171.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A-G. (2009). Statistical power analyses using G\*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160.
- Feldman, L., Goncalves, L., Chacón Puignau, G., Zaragoza, J., Bagés, N., & Pablo, J. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psychologica*, 7(3), 739-751.
- Foti, K., Eaton, D., Lowry, R. & McKnight-Ely, L. (2011) Sufficient sleep, physical activity, and sedentary behaviors. *American Journal of Preventive Medicine*, 41(6), 596-602. doi: 10.1016/j.amepre.2011.08.009.
- Friedman, H. S. (2000). Long-term relations of personality and health: Dynamisms, mechanisms, tropisms. *Journal of Personality*, 68(6), 1089–1107.

- Friedman, H. S. (2019). Neuroticism and Health as Individuals Age. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(1), 25-32. doi: 10.1037/per0000274
- Friedman, H., Kern, M., & Reynolds, C. (2010). Personality and Health, Subjective Well-Being, and Longevity. *Journal of Personality*, 78(1), 179-216. doi: 10.1111/j.1467-6494.2009.00613.
- Gandek, B. & Ware, J. (1998). Methods for Validating and Norming Translations of Health Status Questionnaires: The IQOLA Project Approach. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 953-959.
- García, R., Pérez, F., Pérez, J., & Natividad, L. (2012). Evaluación del estrés académico en estudiantes de nueva incorporación a la universidad. *Revista latinoamericana de psicología*, 44(2), 143 -154. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rllps/v44n2/v44n2a01.pdf#page=143>
- García-Laguna, D.G., García-Salamanca, G.P., Tapiero-Paipa, Y.T., & Ramos, D. (2012). Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios. *Hacia la Promoción de la Salud*, 17(2), 169- 185.
- Gilbert, S., & Weaver, C. (2010). Sleep Quality and Academic Performance in University Students: A Wake-Up Call for College Psychologists. *Journal of College Student Psychotherapy*, 24, 295-306. doi: 10.1080/87568225.2010.509245
- González-Ramírez, M., Landero-Hernández, R. & García-Campayo, J. (2009). Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicosomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 5(2), 141-145.
- Graham, E. K., Rutsohn, J. P., Turiano, N. A., Bendayan, R., Batterham, P. J., Gerstorf, D., ...Mroczek, D. K. (2017). Personality predicts mortality risk: An integrative data analysis of 15 international longitudinal studies. *Journal of Research in Personality*, 70, 174-186. doi: 10.1016/j.jrp.2017.07.005
- Greven, C., Chamorro-Premuzic, T., Arteché, A., & Furham, A. (2008). A hierarchical integration of dispositional determinants of general health in students: The Big Five, trait Emotional Intelligence and Humour Styles. *Personality and Individual Differences*, 44, 1562–1573. doi: 10.1016/j.paid.2008.01.012
- Grant, N., Wardle, J., y Steptoe, A. (2009). The Relationship between Life Satisfaction and Health Behavior: A Cross-cultural Analysis of Young Adults. *International Journal of behavioral medicine*, 16, 259-268.
- Gutiérrez, J.A., Montoya, L.P., Toro, B.E., Briñón, M.A., Rosas, E., & Salazar, L.E. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *Revista CES Medicina*, 24(1), 7-17.
- Hengartner, M., Kawohl, W., Haker, H., Rössler, W. & Ajdacic-Gross, V. (2016). Big Five personality traits may inform public health policy and preventive medicine: Evidence from a cross-sectional and a prospective longitudinal epidemiologic

- study in a Swiss community. *Journal of Psychosomatic Research*, 84, 44-51. doi: 10.1016/j.jpsychores.2016.03.012.
- Hill, P.L., Hurd, M.D., Turiano, N.A., Mroczek, D.K., & Roberts, B.W. (2001). Conscientiousness and Longevity: An Examination of Possible Mediators. *Health Psychology*, 30(5), 536- 541. doi: 10.1037/a0023859
- Hill, T.D. & Needham, B.L. (2006) Gender-specific trends in educational attainment and self-rated health, 1972-2002. *American Journal of Public Health*, 96, 1288–1292.
- Hong, R.Y. & Paunonen, S.V. (2009). Personality Traits and Health-Risk Behaviours in University Students. *European Journal of Personality*, 23, 675–696. doi: 10.1002/per.736
- Howell, A., Digdon, N., Buro K & Sheptycki, A. (2008) Relations among mindfulness, well-being, and sleep. *Personality and Individual differences*, 45, 773–777. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.08.005>
- Hu, L. & Bentler, P. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55.
- Hudek-Knežević, J. & Kardum, I. (2009). Five-factor Personality Dimensions and 3 Health related Personality Constructs as Predictors of Health. *Croatian Medical Journal*, 50, 394-402. doi: 10.3325/cmj.2009.50.394
- Hussain, R., Guppy, M., Robertson, S., & Temple, E. (2013). Physical and mental health perspectives of first year undergraduate rural university students. *BMC Public Health*, 13, 848. doi: 10.1186/1471-2458-13-848.
- Idler, E. L. (2003). Discussion: Gender differences in self-rated health, in mortality, and in the relationship between the two. *The Gerontologist*, 43, 372–375.
- Idler, H. & Benyamin, Y. (1997). Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21-37.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2014). *Encuesta Nacional a Egresado Universitarios y Universidades*. Recuperado de [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1298/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1298/Libro.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2015). *Perú: Brechas de Género, 2011-2013. Avances hacia la igualdad de mujeres y hombres*. Recuperado de <http://www.unfpa.org.pe/InfoEstadistica/2015/BrechDeGenero/libro.pdf>
- Johnstone, B., Yoon, D., Cohen, D., Schopp, L., McCormack, G., Campbell, J. & Smith, M. (2012). Relationships Among Spirituality, Religious Practices, Personality Factors, and Health for Five Different Faith Traditions. *Journal of Religion & Health*, 51(4), 1017-1041. doi:10.1007/s10943-012-9615-8.
- Jokela, M. (2018). Personality as a determinant of health behaviors and chronic diseases: Review of meta-analytic evidence. In C. D. Ryff & R. F. Krueger

- (Eds.), *The Oxford Handbook of Integrative Health Science*. New York: Oxford University Press.
- Jöreskog, K., & Sörbom, D. (2005). LISREL version 8.71. Scientific Software International.
- Joyner, C., Rhodes, R.E., & Loprinzi, P.D. (2018). The Prospective Association Between the Five Factor Personality Model with Health Behaviors and Health Behavior Clusters. *European Journal of Psychology*, *14*(4), 880-896. doi: 10.5964/ejop.v14i4.1450
- Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, *69*, 307–316. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.05.013
- Kawada, T., Suzuki, S., Tokio, T., & Iesaki, S. (2006). Factors Associated with Perceived Health of Very Old Inhabitants of Japan. *Gerontology*, *52*, 258-263. doi: 10.1159/000093658
- Kee, C., Lim, K., Sumarni, M., Teh, C., Chan, Y., Nour Hafizah, M., Cheah, Y., Tee, E., Ahmad Faudzi, Y & Amal Nasir, M. (2017). Validity of self-reported weight and height: a cross-sectional study among Malaysian adolescents. *BMC Medical Research Methodology*, *17*(85), 1-8. doi 10.1186/s12874-017-0362-0
- Keller, S., Ware, J., Bentler, P., Aaronson, N., Alonso, J., Apolone, G., Bjoner, J., & Gandek, B. (1998). Use of Structural Equation Modeling Test the Construct Validity of the SF-36 Health Survey in Ten Countries: Results from IQOLA Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, *51*(11), 1179-1188.
- Kempen, G. (1992). The MOS Short-Form General Health Survey: single item vs. multiple measures of health-related quality of life: some nuances. *Psychological Reports*, *70*, 608–610.
- Kempen G., Miedema, I. van den Bos, G. & Ormel, J. (1998). Relationship of domain-specific measures of health to perceived overall health among older subjects. *Journal of Clinical Epidemiology*, *51*(1), 11-18.
- Kern, M., Hampson, S.E., Goldberg, L.R., Friedman, H.S. (2014). Integrating Prospective Longitudinal Data: Modeling Personality and Health in the Terman Life Cycle and Hawaii Longitudinal Studies. *Developmental Psychology*, *50*(5), 1390-1406. doi: 10.1037/30030874
- Kestilä, L., Koskinen, S., Martelin, T., Rahkonen, O., Pensola, T., Aro, H. & Aromaa, A. (2006). Determinants of health in early adulthood: what is the role of parental education, childhood adversities and own education? *European Journal of Public Health*, *16*(3), 305-313.
- Kinnunen, M., Peltö, R., Feldt, T., Kokko, K., Tolvanen, A., Kinnunen, U., Leppä, E. & Pulkkinen, I. (2012). Personality profiles and health: Longitudinal evidence among Finnish adults. *Scandinavian Journal of Psychology*. *53*, 512–522 doi: 10.1111/j.1467-9450.2012.00969.x
- Kline, R (2010). *Principles and Practice of Structural Equation Modelling, Third Edition*. New York: Guilford Press.

- Knäuper, B. & Turner, P. (2003). Measuring health: Improving the validity of health assessments. *Quality of Life Research*, 12(Suppl. 1), 81-89.
- Knowlden, A., Sharma, m. & Bernard, A. (2012). Sleep hygiene of a sample of undergraduate students at a Midwestern University. *American Journal of Health Studies*, 27(1), 23-31.
- Kööts-Ausmees, L., Schmidt, M., Esko, T., Metspalu, A., Allik, J., & Realo, A. (2016). The Role of the Five-factor Personality Traits in General Self-rated Health. *European Journal of Personality*, 30(5), 492-504. doi: 10.1002/per.2058
- Kopp, M., Skrabski, A., Réthelyi, J., Kawachi, I., & Adler, N. (2004). Self-Rated Health, Subjective Social Status, and Middle-Aged Mortality in a Changing Society. *Behavioral Medicine*, 30(2), 65-70.
- Krantz, D.S. & Hedges, S.M. (1987). Some Cautions for Research on Personality and Health. *Journal of Personality*, 55(2), 351- 357.
- Labiano, M. (2017). Introducción a la psicología de la salud. En L.A. Oblitas (Ed), *Psicología de la salud y calidad de vida*. 4ta edición, 3-19. México D.F., México: Cengage Learning.
- Larson, M., Orr, M., & Warne, D. (2016). Using student health data to understand and promote academic success in higher education settings. *College Student Journal*, 50(4), 590-602.
- Latas, M., Stojkovic, T., Ralic, T., Jovanovic, S., Spiric, Z., & Milovanovic, S. (2014). Medical student's health related quality of life- A comparative study. *Vojnosanitetski Pregled*, 71(8), 751-756. doi: 10.2298/VSP1408751L
- Lee, Y. (2000). The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults. *Journal of Epidemiological Health*, 54, 123-129.
- 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.
- Lemos-Giráldez, S. & Figaldo-Aliste, A. (1997). Personality dispositions and health-related habits and attitudes: a cross-sectional study. *European Journal of Personality*, 11(3), 19- 209.
- Little, T., Cunningham, W., Shahar, G. & Widaman, K. (2002). To Parcel or Not to Parcel: Exploring the Question, Weighing the Merits. *Structural Equation Modeling*, 9(2):151-173
- Lip, C. & Rocabado, F. (2005). *Determinantes sociales de la salud en el Perú*. Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana de la Salud.
- Lipson, S.K., Gaddis, S-M., Heinze, J., Beck, K., & Eisenber, D. (2015). Variations in students mental health and treatment utilization across US colleges and universities. *Journal of American College Health*, 63(6), 388-396. doi: 10.1080/0744848.

- Löckenhoff, C.E., Terracciano, A., Ferrucci, L., & Costa, P.T. (2012). Five-Factor Personality Traits and Age Trajectories of Self-Rated Health: The Role of Question Framing. *Journal of Personality, 80*(2), 375-401. doi: 10.1111/j.1467-6494.2011.00724.
- Lodi-Smith, J., Jackson, J., Bogg, T., Walton, K., Wood, D., Harms, P., Roberts, W. (2010). Mechanisms of health: Education and health-related behaviours partially mediate the relationship between conscientiousness and self-reported physical health. *Psychology and Health, 25*(3), 305–319. doi: 10.1080/08870440902736964
- Lucas Pacheco, R., Santos-Silva, D., Pinheiro Gordia, A., Bianchini de Quadros, T.M., & Luiz Petroski, E. (2014). Sociodemographic determinants of university students' lifestyles. *Revista de Salud Pública, 16*(3), 382-393.
- Lugo, L., García, H. & Gómez, C. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Revista de la facultad Nacional de salud Pública, 24*(2), 37-50.
- Lunn, T.E., Nowson, C.A., Worsley, A., & Torres, S.J. (2014). Does personality affect dietary intake? *Nutrition, 30*, 403-409. doi: 10.1016/j.nut.2013.08.012
- Machado-Duque, M., Echeverri, J., & Machado-Alba, J. (2015). Somnolencia diurna excesiva, mala calidad del sueño y bajo rendimiento académico en estudiantes de Medicina. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 4*(3), 137-142. doi: 10.1016/j.rcp.2015.04.002
- Maddox, G. & Douglass, E. (1973). Self-assessment of health. A longitudinal study of elderly subjects. *Journal of Health and Social Behavior, 14*(1), 87-93.
- Malkoç, A. (2011). Big five personality traits and coping styles predict subjective well-being: A study with a Turkish Sample. *Social and Behavioral Sciences, 12*, 577-581. doi: 10.1016/j.sbspro.2011.02.070
- Malouff, J.M., Thorsteinsson, E.B., & Schutte, N. (2005). The Relationship Between the Five-Factor Model of Personality and Symptoms of Clinical Disorders: Meta-Analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 27*(2), 101-114. doi: 10.1007/s10862-005-5384-y
- Manderbacka, K. (1998). Examining what self-rated health question is understood by respondent. *Scandinavian Journal of Social Medicine, 26*(2), 145-153.
- Manga, D., Ramos, F. & Morán, C. (2004). The Spanish Norms of the NEO Five-Factor Inventory: New Data and Analyses for its Improvement. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy, 4*(3), 639-648.
- Markey, C. & Markey, P. (2013). Personality, Relationships, and Health. *Journal of Personality 82*(6), 467-471.
- Martin, L.R., Firedman, H.S., & Schwartz, J.E. (2007). Personality and mortality risk across the life span: the importance of conscientiousness as a biopsychosocial attribute. *Health Psychology, 26*(4), 428-36. doi: 10.1037/0278-6133.26.4.428
- Martínez, P. & Cassaretto, M. (2011). Validación del inventario de los cinco factores NEO-FFI en español en estudiantes universitarios peruanos. *Revista Mexicana de Psicología, 28*(1), 63-74.

- Mazo, R., Londoño, K. & Gutiérrez, Y. (2013). Niveles de estrés académico en estudiantes universitarios. *Informes Psicológicos*, 13(2), 121-134.
- McCann, S.J.H. (2011). Emotional Health and the Big Five Personality Factors at the American State Level. *Journal Happiness Studies*, 12, 547-560. doi: 10.1007/s10902-010-9215-9
- McCrae R., & Costa P. (2004). A contemplated revision of the NEO Five-Factor Inventory. *Personality and Individual Differences*, 36(3), 587-596.
- 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.
- Mellner, C., Krantz, G., & Lundberg, U. (2006). Symptom reporting and self-rated health among women in mid-life: The role of work characteristics and family responsibilities. *International Journal of Behavioral Medicine*, 13(1). doi: 10.1207/s15327558ijbm1301\_1
- Mendoza, N. (2007). *Efectos de un programa social sobre del desarrollo social, los estilos de vida y la calidad de vida relacionada con la salud en población rural venezolana. Validación transcultural de la medida de salud SF-36 en población rural de Venezuela* (tesis de doctorado). Universidad de Alicante, España.
- Micin, S. & Bagladi, V. (2011). Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil. *Terapia Psicológica*, 29(1), 53-64.
- Mikolajczyk, R., Brzoska, P., Maier, C., Ottava, V., Meier, S., Dudziak, U.,... El Ansari, W. (2008). Factors associated with self-rated health status in students: a cross-sectional study in three European countries. *BMC Public Health*, 8, 1-10.
- Miller, T. & Wolinsky, F. (2007). Self-rated health trajectories and mortality among older adults. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62B(1), S22-S27.
- Ministerio de Salud [MINSAL] (2010). *Documento técnico promoviendo universidades saludables*. Lima: Ministerio de Salud.
- Mishra, M. (2018). A comparative study on academic stress level of male and female B. Ed. students. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 9(1), 131-135.
- Muñoz, M., Cabieses, B., Contreras, A. & Zuzulich, M.S. (2010). El desarrollo y fortalecimiento de universidades promotoras de salud. En J. Ippolito-Shepherd (Comp.), *Promoción de la salud. Experiencias internacionales en escuelas y universidades* (pp. 211-238). Buenos Aires: Paidós.
- Murray, A.L. & Booth, T. (2015). Personality and physical health. *Current Opinion in Psychology*, 5, 50-55. doi: 10.1016/j.copsyc.2015.03.011
- Murray, G., Rawlings, D., Allen, N. & Trinder, J. (2003). NEO Five-Factor Inventory Scores: Psychometric Properties in a Community Sample. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 36(3), 140-149.

- Myers, D. (2006). *Psicología*. (7ª Edición). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Newcomb, M. & Bentler, P. (1987). Self-report methods of assessing health status and health service utilization: A hierarchical confirmatory analysis. *Multivariate Behavioral Research*, 22, 415-436.
- Niekerk, E.V. & Barnard, J.G. (2011). Health and lifestyle practices among female students in a south african university setting. *College Student Journal*, 45(3), 649-666.
- Niles, A. N., & O'Donovan, A. (2019). Comparing anxiety and depression to obesity and smoking as predictors of major medical illnesses and somatic symptoms. *Health Psychology*, 38(2), 172-181.
- Niño de Guzmán, I.; Calderón, A.; Ruda, L.; Morote, R.; Escalante, M. & Lira, T. (2000). Factores de personalidad e ingreso a la universidad en estudiantes preuniversitarios. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, XVIII(2), 341-375
- Niño de Guzmán, I, Calderón, A. & Cassaretto, M. (2003). Personalidad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. En: *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, XXI(1) 119-143
- Oblitas, L. (2017). *Psicología de la salud y calidad de vida*. 4ta ed. México D.F.: Cengage Learning Editores S.A,
- Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe [OREALC/UNESCO Santiago]. (2013). *Situación Educativa de América Latina y el Caribe: Hacia la educación de calidad*. Recuperado de <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/images/SITIED-espanol.pdf>
- Okanagan Charter: An international charter for health promoting universities and colleges. (2015). Recuperado de <https://www.fundadeps.org/recursos/documentos/735/carta-okanagan.pdf>
- Oksuzyan, A., Juel, K., Vaupel, J.W., & Christensen, K. (2008). Men: good health and high mortality. Sex differences in health and aging. *Aging Clinical Experimental Reserch*, 20(2), 91-102.
- Oksuzyan, A., Gumà, J. & Doblhammer, G. (2018). Sex differences in Health and Survival. En Gabriel Doblhammer y Jordi Gumà (Eds.) *A demographic Perspective on Gender, Family and Health in Europe*. Springer Open
- Olivares-Tirado, P. (2006). *Estado de Salud de Beneficiarios del Sistema de Salud de Chile 2004-2005*. Superintendencia de Isapres. Departamento de Estudios y Desarrollo 2006. Gobierno de Chile. Disponible [http://www.supersalud.cl/documentacion/569/articles-1062\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.cl/documentacion/569/articles-1062_recurso_1.pdf).
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO] (2009). *Conferencia Mundial sobre la Educación Superior - 2009: La nueva dinámica de la educación superior y la investigación para el cambio*

- social y el desarrollo*. Recuperado de [http://www.unesco.org/education/WCHE2009/comunicado\\_es.pdf](http://www.unesco.org/education/WCHE2009/comunicado_es.pdf)
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1986). La carta de Ottawa. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2010). *Global status report on noncommunicable diseases*. Recuperado de [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_full\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf)
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). World Health Statistics 2016. Monitoring Health for the SDGs sustainable development goals. Recuperado de [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2016/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/)
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). Enfermedades no transmisibles ENT. Datos y cifras. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2010). *Guía rápida para promoción de estilo de vida saludable y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles*. Recuperado de [http://www.paho.org/hon/index.php?option=com\\_content&view=article&id=329:guia-rapida-promocion-estilo-vida-saludable-prevencion-enfermedades-cronicas-no-transmisibles&Itemid=228](http://www.paho.org/hon/index.php?option=com_content&view=article&id=329:guia-rapida-promocion-estilo-vida-saludable-prevencion-enfermedades-cronicas-no-transmisibles&Itemid=228).
- Orzech, K., Salafsky, D. & Hamilton, L. (2011). The state of sleep among college students at a large public university. *Journal of American College Health* 59(7), 612-619.
- Ostan, R., Monti, D., Guerresi, P., Bussilotto, M., Franceschi, C. & Baggio, G. (2016). Gender, aging and longevity in humans: an update of an intriguing/neglected scenario paving the way to a gender-specific medicine. *Clinical Sciencia*, 130, 1711-1725.
- Osuna-Ramírez, I., Hernández-Prado, B., Campuzano, J. & Salmerón, J. (2006). Índice de masa corporal y percepción de la imagen corporal en una población adulta mexicana: la precisión del autorreporte. *Salud pública de México*, 48(2), 94-103.
- Ozer, D.J. & Benet-Martínez, V. (2006). Personality and the prediction of consequential outcomes. *Annual Review of Psychology*, 57, 401-21. doi: 10.1146/annurev.psych.57.102904.190127
- Paez, M.L. & Castaño, J.J. (2010). Estilos de vida y salud en estudiantes de una facultad de Psicología. *Psicología desde el Caribe*, 25, 155-178.
- Palloni, A. & McEniry, M. (2007). Aging and health status of elderly in Latin America and the Caribbean: preliminary findings. *Journal of Cross Cultural Gerontology*, 22(3), 263-85. doi: 10.1007/s10823-006-9001-7
- Papalina, D., Filman, R. & Martell, G. (2012). *Desarrollo humano*. (12va Ed). McGraw-Hill: México.

- Pekmezovic, T., Popovic, A., Tepavcevic, D., Gazibara, T. & Paunic, M. (2011). Factors associated with health-related quality of life among Belgrade University student. *Quality of Life Research*, 20(3), 391-397. doi: 10.1007/s11136-010-9754
- Penagos, T. & Rubio, E. (2015). Millennials y Millennials peruanos. Editorial Ronald: Lima.
- Perales, A., Sogi, C. & Morales, R. (2003). Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. *Anales de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 64(4), 239-246.
- Pérez-Villalobos, C., Bonnefoy-Dibarrat, C., Cabrera-Flores, A., Peine-Grandón, S., Abarca, K., Baqueano-Rodríguez, M., & Jiménez-Espinoza, J. (2012). Problemas de salud mental en alumnos universitarios de primer año de Concepción, Chile. *Anales de psicología*, 28(3), 797-804.
- Pinquart, M. (2001). Correlates of subjective health in older adults: a meta-analysis. *Psychology and Aging*, 16(3), 414-26. doi: 10.1037/0882-7974.16.3.414
- Polo, A., Hernández, J., & Pozo, C. (2011) Evaluación del estrés académico en estudiantes universitarios. *UAM 2011*, 10(17), 1- 16.
- Pretty, B. (2016). Calidad de sueño y adaptación a la vida universitaria en estudiantes universitarios. *Tesis para optar el título de licenciado en psicología, con mención en psicología clínica*. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Pulido, M., Serrano, M., Valdés, E., Chávez, M., Hidalgo, P. y Vera, F. (2011). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 21(1), 31- 37.
- Pytlik Zillig, L. M., Hemenover, S. H., & Dienstbier, R. A. (2002). What do we assess when we assess a Big 5 trait? A content analysis of the affective, behavioral, and cognitive processes represented in Big 5 personality inventories. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 847-858.
- Raynor, D.A., & 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.
- Reig, A., Cabrero, J., Ferrer, R. & Richart, M. (2003). *La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios*. Universidad de Alicante: Editorial del Cardo.
- Riveros, M., Hernández, H. & Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista IIPSI, Facultad de Psicología UNMSM*, 10(1), 91-102
- Rodríguez, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- 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.

- Rohifs, I., Borrell, C. & Fonseca, M. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gaceta sanitaria*, 14(supl. 3), 60-71.
- Rolland, J., Parker, W., & Stumpf, H. (1998). A psychometric examination of the French translations of the NEO-PI-R and NEO-FFI. *Journal of Personality Assessment*, 71(2), 269-291.
- Rossi, A. (2018). *Conductas de salud y salud en jóvenes universitarios de Lima metropolitana*. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Ruiz, E., Del Pozo, S., Valero, T., Ávila, J. & Valera-Moreiras, G. (2013). *Estudio de hábitos alimentarios y estilos de vida de los universitarios españoles: Patrón de consumo de bebidas fermentadas*. Madrid: Fundación Española de la Nutrición.
- Sabbah, I., Sabbah, H., Khamis, R., Sabbah, R., & Droubi, N. (2013). Health related quality of life of university students in Lebanon: Lifestyles behaviors and sociodemographic predictors. *Health*, 5(7), 1-12. dx.doi.org/10.4236/health.2013.57A4001
- Sacker, A., Wiggins, R.D., Bartley, M., & McDonough, P. (2007). Self-Rated Health Trajectories in the United States and the United Kingdom: A Comparative Study. *American Journal of Public Health*, 97(5), 812-818.
- Salazar, I. & Arrivillaga, M. (2004). El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas como parte del estilo de vida de jóvenes universitarios. *Revista colombiana de psicología*, 13, 74-89.
- Salazar, I., Varela, T., Lema, L., Tamayo, J. & Duarte, C. (2010). Evaluación de las conductas de salud en jóvenes universitarios. *Revista de Salud Pública*, 12(4), 599- 611.
- Salazar, C., Vargas, M., Medina, R. & Del Río, J. (2010). Acercamiento exploratorio a los hábitos alimentarios y físicos de las familias de los alumnos de una escuela primaria. *Revista de Educación y Desarrollo*, 12, 45-52.
- Sanabria, P., González, L., & Urrego, D. (2007). Estilos de vida saludables en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. *Revista de Medicina*, 15(2) 207-217.
- Sánchez-López, M. & Aparicio, M. (2001). Estilo de vida: avances en su medida y sus relaciones con otros conceptos psicológicos. *Revista de Psicología PUCP*, 19(1), 9-26.
- Santrock, J.W (2007). *Adolescence*. New York: McGraw-Hill.
- Saravia, J. (2013). *Factores psicológicos y conductuales de la salud en un grupo de universitarios de Lima Metropolitana* (Tesis de maestría inédita). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Schmidt, M. (2012). Predictors of Self-Rated Health and Lifestyle Behaviours in Swedish University Students. *Global Journal of Health Science*, 4(4), 1-14. doi: 10.5539/gjhs.v4n4p1

- Schnettler, B., Denegri, M., Miranda, H., Sepúlveda, J., Orellana, L., Paiva, G., & Grunert, K. (2013). Hábitos alimenticios y bienestar subjetivo en universitarios del sur de Chile. *Nutrición Hospitalaria*, 28(6), 2221- 2228. doi: 10.3305/nh.2013.28.6.6751.
- Segura, R. & Pérez, G. (2016). Impacto diferencial del estrés entre hombres y mujeres: una aproximación desde el género. *Alternativas en psicología*, 36, 105-120.
- Secretaría Nacional de la Juventud [SENAJU]. (2012). *Primera encuesta nacional de la juventud. Resultados finales*. Lima: SENAJU.
- Shanahan, M.J., Hill, P.L., Roberts, B.W., Eccles, J., & Friedman, H.S. (2014). Conscientiousness, Health, and Aging: The Life Course of Personality Model. *Developmental Psychology*, 50(5), 1407-1425. doi: 10.1037/a0031130
- Shields, M. & Shoshtari, S. (2001). Determinants of perceived health. *Health Reports*, 13(1), 35- 52.
- Smith, K.W., Avis, N.E. & Assmann, S.F. (1999). Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A meta-analysis. *Quality of Life Research*, 8, 447- 459.
- Smith, T (2006). Personality as risk and resilience in physical health. *Current Directions in Psychological Science*, 15(5), 227–231.
- Sonnentag, S. & Friz, C. (2015). Recovery from job stress: The stress-detachment model as an integrative framework. *Journal of Organizational Behavior*, 36S72-S103. doi: 10.1002/job.1924.
- Steel, P., Kööts, J., & Shultz, J. (2008). Refining the Relationship Between Personality and Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 134, 138-161. doi: 10.1037/0033-2909.134.1.138
- Steptoe, A., Peacey, V., & Wardle, J. (2006). Sleep Duration and Health in Young Adults. *Archives of internal medicine*, 166, 1689-1692
- Strickhouser, J.E., Zell, E., & Krizan, Z. (2017). Does Personality Predict Health and Well-Being? A Metasynthesis. *Health Psychology*, 36(8), 797-810. doi: 10.1037/hea0000475.
- Suaréz-Reyes, M., Muñoz, M. & Van den Broucke, Stephan (2018). How do universities implement the Health Promoting University concept?. *Health Promotion International*, 1-10. [doi.org/10.1093/heapro/day055](https://doi.org/10.1093/heapro/day055)
- Suleiman, K., Alghabeesh, S., Jassem, H., Abu-Shahroor, L., & Ali, R. (2013). Quality of Life (QOL) among University Students in Jordan: A Descriptive Study. *Journal of Education and Practice*, 4(11), 161- 167.
- Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria [SUNEDU]. (2016). *Estudiantes Matriculados Pregrado*. Recuperado de <https://www.sunedu.gob.pe/sibe/>

- Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria [SUNEDU]. (2017). Informe bienal sobre la realidad universitaria peruana. Recuperado de <https://www.sunedu.gob.pe/informe-bienal-sobre-realidad-universitaria/>
- Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria [SUNEDU]. (2019). *Universidades Licenciadas*. Recuperado de <https://www.sunedu.gob.pe/lista-de-universidades-licenciadas/>
- Tam, E. & Benedita, C. (2010). El consumo de alcohol y el estrés entre estudiantes del segundo año de enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18, 496-503.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud*. México D.F.: McGraw Hill.
- Thoits, T. (2011). Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145–161.
- Thompson, A., Anisimowicz, Y., Miedema, B., Hogg, W., Wodchis, W. & Aubrey-Bassler, K. (2016). The influence of gender and other patient characteristics on health seeking behaviour: a QUALICOPC study. *BMC Family Practice*, 38(17), 783-822. <http://dx.doi.org/10.1037/bul0000102>
- Tokar, D., Fischer, A., Snell, A. & Harik-Williams, N. (1999). Efficient assessment of the five-factor model of personality: Structural validity analyses of the NEO five-factor inventory (Form S). *Measurement & Evaluation in Counseling & Development*, 32, 14-30.
- Turiano, N. A., Chapman, B. P., Gruenewald, T. L., & Mroczek, D. K. (2015). Personality and the leading behavioral contributors of mortality. *Health Psychology*, 34(1), 51-60. <http://dx.doi.org/10.1037/hea0000038>
- Turiano, N.A., Hill, P.L., Graham, E.K., & Mroczek, D.K. (2018). Associations Between Personality and Health Behaviors Across the Life Span. In C. D. Ryff & R. F. Krueger (Eds.), *The Oxford Handbook of Integrative Health Science*. New York: Oxford University Press.
- Turiano, N.A., Pitzer, L., Armour, C., Karlamangla, A., Ryff, C.D., & Mroczek, D.K. (2012). Personality trait level and change as predictors of health outcomes: findings from a national study of americans (MIDUS). *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(1), 4-12, doi: 10.1093/geronb/gbr072
- Uchino, B.N., Bowen, K. & Kent, R. (2016). Social support and mental health. *Encyclopedia of Mental Health*, 4, 189- 195. doi:10.1016/B978-0-12-397045-9.00117-8
- Vaez, M., Kristenson, M. & Laflamme, L. (2004). Perceived Quality of Life and Self-Rated Health among First-Year University Students. A Comparison with Their Working Peers. *Social Indicators Research*, 68, 221-234. doi: 10.1023/B:SOCI.0000025594.76886.56
- Vaez, M. & Laflamme, L. (2002). First-year university students' health status and socio-demographic determinants of their self-rated health. *Work*, 19, 71–80.

- Vaez, M., Ponce de León, A., & Laflamme, L. (2006). Health-related determinants of perceived quality of life: a comparison between first-year university students and their working peers. *Work*, 26(2), 167-77.
- Varera-Mato, V., Cancela, J.M., Ayan, C., Molina, A., & Martín, V. (2012). Lifestyle and Health among Spanish University Students: Differences by Gender and Academic Discipline. *International Journal of Environment Research and Public Health*, 9, 2728–2741
- VanKim, N. & Nelson, T. (2013). Vigorous physical activity, mental health, perceived stress, and socializing among college students. *American Journal of Health Promotion*, 28(1), 7-15.
- Vergara, M.C. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 41 – 50.
- Vie, T., Hufthammer, K., Meland, E. & Breidablik, H. (2019). Self-rated health (SRH) in young people and causes of death and mortality in young adulthood. A prospective registry-based Norwegian HUNT-study. *Population Health*, 7, 1-6.
- Vilagut, G. y Alonso, J. (2007). EL SF-36, SF-12 y SF-8. En R Guell y F. Morante. *Manual Separ de procedimientos 12: Manual para la medida de la calidad de vida relacionada a la salud*. Sociedad española de neumología y cirugía torácica Separ. Barcelona. Publicaciones Permanyer.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer- Miranda, G., Quintana, J., Santed, R., Valderas, J.M., Ribera, A., Domingo- Salvany, A. y Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF- 36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-150.
- Walsh, R. (2011). Lifestyle and Mental Health. *American Psychological Association*, 66(7), 579-592
- Wang, H., Wu, S. & Liu, Y. (2003). Association between social support and health outcomes: a meta-analysis. *Kaohsiung Journal of Medical Science*, 19(july), 345–351.
- Ware, J. (2000). SF-36 health survey update. *Spine*, 25(24), 3130-3139.
- Ware, J. & Gandek, B. (1998). Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 903-912.
- Ware, J., Keller, S., Gandek, B., Brazier, J. & Sullivan, M. (1995). Evaluating translations of health status questionnaires. Methods from the IQOLA project. International Quality of Life Assessment. *International Journal of Technology Assessment Health Care*, 11(3), 525-51.
- Ware, J. & Sherbourne, C. (1992) The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-83.
- Ware J., Snow, K., Kosinski, M., & Gandek B. (1993). *SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide*. Boston: New England Medical Center, the Health Institute.

- Weissman, J., Preston, S., Sebekos, E., Latorre, W., Alsaif, B., Krupp, K., & Darrow, W. (2016). Associations between Health and Academic Success at a Florida University: An Exploratory Cross-sectional Study. *Florida Public Health Review*, 13, 91-98.
- Weston, S.J., Hill, P.L., & Jackson, J.J. (2015). Personality Traits Predict the Onset of Disease. *Social Psychological and Personality Science*, 6(3), 309-317. doi 10.1177/1948550614553248
- Widiger, T. & Oltmanns, J. (2017). Neuroticism is a fundamental domain of personality with enormous public health implications. *World Psychiatry*, 16(2), 144-145
- Wilkinson, R. & Marmot, M. (2004). Social determinants of health: The Solid Facts. WHO.
- Wilson, R. Mendes de León, C., Bienias, J., Evans, D. y Bennet, D. (2004). Personality and Mortality in old Age. *Journal of Gerontology*, 59b (3), 110-117.
- Wu, L. & Ahn, H. (2010). Making Sense of Conflicting Health Information: an exploratory Study. *Proceedings of the American Society for Information Science and Technology ASIST*, 47(1), 1 – 9. doi: 10.1002/meet.14504701178
- Wu, X., Tao, S., Zhang, Y., Zhang, S. y Tao, F. (2015). Low physical activity and high screen time can increase the risks of mental health problems and poor sleep quality among Chinese college students. *PloS ONE*, 10(3), 1-10.
- Zajacova, A., Huzurbazar, S. & Todd, M. (2017). Gender and the structure of self-rated health across the adult life span. *Social Science & Medicine*, 187, 58-66.
- Zúniga, M.A, Carrillo- Jiménez G. & Fos, P. (1999). Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud pública de México*, 41 (2), 110- 117.



**ANEXOS**

**ANEXO A:****HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*****La Salud en universitarios adultos de Lima*****Descripción**

Ud. está siendo invitado a participar en una investigación sobre temas de salud y universitarios. Esta investigación es realizada por la Mg. Mónica Cassaretto, profesora del Departamento de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Usted fue seleccionado para participar en esta investigación al estar matriculado como estudiante de la universidad. Esperamos que, en total, acepten integrar este estudio, 600 personas aproximadamente.

Si usted decide aceptar, se le solicitará contestar una 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 abstenerme de participar o incluso de retirarse de esta evaluación cuando lo considere conveniente

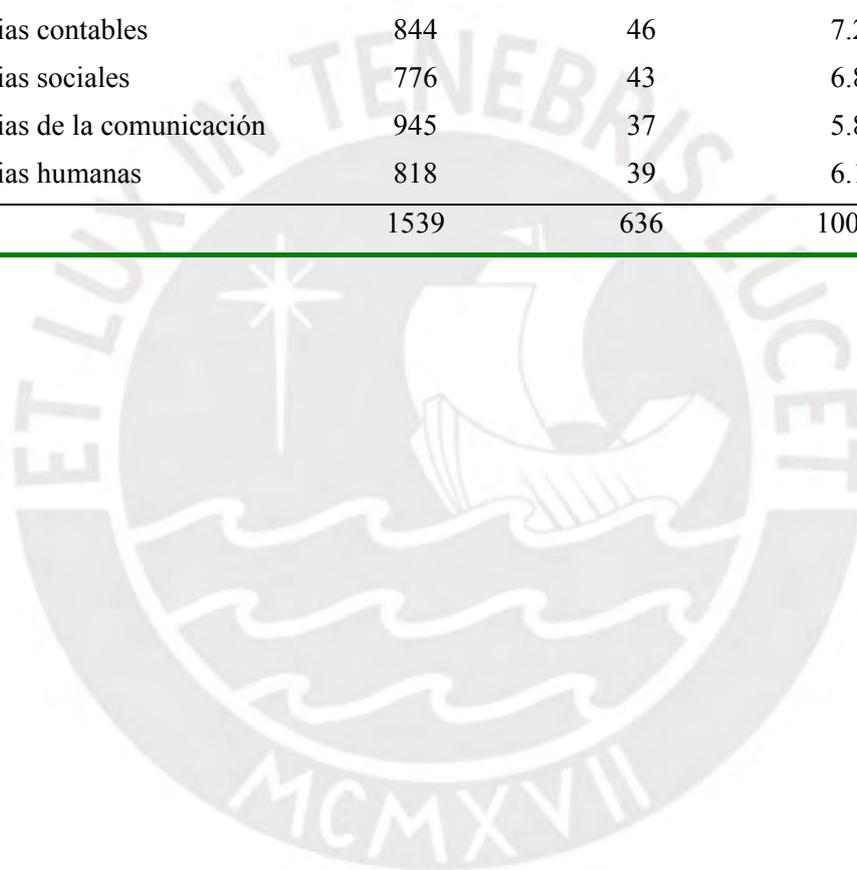
En función a lo leído:

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

En caso de cualquier consulta puede comunicarse con el teléfono 6262000 anexo 4063 con la Dra. Cecilia Chau (asesora de ésta investigación)

**ANEXO B****DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA DE ACUERDO A FACULTAD**

	Numero matriculados	Muestra del estudio	% muestra total
Primeros años Ciencias	3527	101	15.9
Primeros años Letras	3921	125	19.7
Derecho	1714	85	13.4
Ingenierías	2845	160	25.2
Ciencias contables	844	46	7.2
Ciencias sociales	776	43	6.8
Ciencias de la comunicación	945	37	5.8
Ciencias humanas	818	39	6.1
Total	1539	636	100.0



**ANEXO C:****Ficha de datos****Datos personales**

1. Sexo: Hombre
- Mujer
2. Edad: \_\_\_\_\_
3. Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_
- a. Tiempo de residencia en Lima en años (en caso de nacer en provincia): \_\_\_\_\_
4. Estado civil (marque una opción)
- a. Soltero(a)  d) Divorciado(a)
- b. Casado(a)  e) Separado(a)
- c. Viudo(a)  f) Conviviente
5. ¿Tiene hijos?: No  Si  ¿Cuántos? \_\_\_\_\_
6. Especialidad que estudia: (elige una especialidad) \_\_\_\_\_
7. Ciclo de estudio en el que se encuentra inscrito en la universidad (aproximadamente): \_\_\_\_\_
8. Nivel de estudios en el que se ubica (marca con una X):
- | Inicios de la carrera<br>Estudios generales | Mitad de la carrera<br>Primeros años en facultad | Fines de la carrera<br>Últimos años en facultas |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/>                        |
9. Escala de pagos: \_\_\_\_\_
10. ¿Ud. Trabaja actualmente?
- No  Si  Número de horas promedio por semana que trabaja: \_\_\_\_\_
- Tipo de actividad u oficio: \_\_\_\_\_

**Reporte de Salud**

1. Talla aproximada: \_\_\_\_\_
2. Peso aproximado: \_\_\_\_\_
3. ¿Cuenta con algún tipo de seguro médico?, ¿cuál?: \_\_\_\_\_
4. ¿Existen antecedentes de enfermedad física y mental en la familia (por ejemplo enfermedad al corazón, arteriosclerosis, hipertensión, diabetes, desordenes en la tiroides, algún tipo de cáncer, asma, depresión, psicosis, etc.)?
- No
- Si  (¿cuál?) \_\_\_\_\_

5. ¿Ha presentado en el ÚLTIMO AÑO algún tipo de enfermedad física y mental? (por ejemplo enfermedad al corazón, arteriosclerosis, hipertensión, diabetes, desordenes en la tiroides, algún tipo de cáncer, asma, algún tipo de dolor a la espalda o cuello, migraña, desorden gastrointestinal como ulcera de estómago /duodeno, problema de sueño o insomnio, TBC, tifoidea, depresión, ansiedad, problema de nervios, psicosis, etc.).

No

Si  (¿cuál?) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. ¿Presentaba anteriormente al último año algún tipo de enfermedad física y mental? (por ejemplo las anteriormente señaladas).

No

Si  (¿cuál?) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Hace cuánto fue diagnosticada? \_\_\_\_\_

7. ¿Alguno de estos problemas ha sido diagnosticado medicamente?

No

Si  (¿cuál?) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Hace cuánto fue diagnosticada? \_\_\_\_\_

8. ¿Toma medicación habitualmente?.

No

Si  (¿cuál?) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. ¿Ha tenido alguna hospitalización o cirugía en el ÚLTIMO AÑO?

No

Si  Motivo y tiempo \_\_\_\_\_

10. En caso de necesitar asistencia médica a donde recurre (puede marcar más de una):

Centro de salud o posta ( )

Hospital del MINSA ( )

Hospital del seguro social ( )

Hospital de las FF.AA. ( )

Clínica Privada ( )

Otra \_\_\_\_\_

## ANEXO D

## DATOS DESCRIPTIVOS DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

	Muestra total		Estudiantes varones		Estudiantes mujeres	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE
<b>INDICADORES DE SALUD</b>						
Función física	91.85	11.13	93.92	9.38	89.38	12.49
Rol físico	74.96	33.83	80.85	30.22	67.93	36.52
Dolor	76.57	19.70	81.12	17.39	71.15	20.91
Salud general	63.69	18.37	67.04	17.25	59.71	18.88
Rol emocional	61.64	41.82	67.24	40.52	54.94	42.42
Vitalidad	56.19	18.99	59.19	17.87	52.60	19.67
Salud mental	67.34	17.74	70.49	15.79	63.57	19.17
Función social	75.55	21.40	79.48	20.56	70.86	21.46
Componente Física	80.47	13.16	83.81	10.96	76.49	14.43
Componente Mental	64.10	19.62	67.85	17.76	59.63	20.80
<b>RASGOS DE PERSONALIDAD</b>						
Neuroticismo	19.36	8.38	18.04	7.81	20.94	8.78
Extraversión	30.82	6.19	30.80	6.21	30.85	6.17
Apertura	28.21	5.41	27.78	5.29	28.73	5.52
Agradabilidad	29.47	6.28	28.48	5.97	30.66	6.44
Conciencia	29.97	6.88	29.83	6.49	30.14	7.33
<b>CONDUCTAS DE SALUD</b>						
Actividad física	1.73	0.68	1.81	0.65	1.63	0.70
Recreación y ocio	2.87	0.66	2.86	0.64	2.89	0.69
Cuidado médico	2.15	0.69	2.06	0.67	2.24	0.71
Hábitos alimenticios	2.71	0.53	2.64	0.51	2.80	0.53
Control de drogas	1.35	0.50	1.39	0.51	1.30	0.47
Organización del sueño	2.51	0.55	2.53	0.52	2.48	0.58

N=636

**ANEXO E**

**ESTADISTICOS DEL MODELO DE MEDIDA PARA**

**SALUD PERCIBIDA GLOBAL**

*Coefficientes estandarizados de las variables manifiestas que modelan las variables latentes.  
Modelo de medida para salud percibida global.*

	Salud percibida	Neuroticismo	Extraversión	Actividad física	Recreación y ocio	Organización del sueño
S1	1.00***					
N1		.78***				
N2		.82***				
N3		.79***				
N4		.82***				
E1			.68***			
E2			.71***			
E3			.76***			
E4			.67***			
CS1EF				.82**		
CS4EF				.90*		
CS5EF				.60***		
CSS6EF				.79***		
CS8RO					.56***	
CS9RO					.81***	
CS10RO					.67***	
CS60OS						.50***
CS61OS						.57***
CS62OS						.76***
CS65OS						.72***
CS67OS						.63***
CS69OS						.68***

*Nota. \*p < .05, \*\*p < .01, \*\*\*p < .001.*

*Correlación entre las variables*

	Salud percibida	Neuroticismo	Extraversión	Actividad física	Actividad física
Neuroticismo	-.41				
Extraversión	.34	-.58			
Actividad física	.36	-.32	.42		
Actividad física	.25	-.40	.38	.18	
Organización sueño	.40	-.53	.26	.31	.37

*Nota. \*p < .05, \*\*p < .01, \*\*\*p < .001.*

## ANEXO F

## ESTADISTICOS DEL MODELO DE MEDIDA PARA SALUD FÍSICA Y SALUD MENTAL

*Coefficientes estandarizados de las variables manifiestas que modelan las variables latentes.  
Modelo de medida para salud física y salud mental.*

	CSF	CSM	N	C	AF	RO	OS
FF	.42						
RF	.53						
DC	.61						
SG	.71						
RE		.71					
VF		.74					
SM		.87					
FS		.75					
N1			.79				
N2			.82				
N3			.78				
N4			.82				
C1				.68			
C2				.80			
C3				.75			
C4				.89			
CS1EF					.76		
CS4EF					.84		
CS5EF					.47		
CSS6EF					.66		
CS8RO						.53	
CS9RO						.76	
CS10RO						.61	
CS60OS							.45
CS61OS							.54
CS62OS							.70
CS65OS							.69
CS67OS							.59
CS69OS							.60

*Nota.*  $p < .001$ . Nota: CSF=Componente de salud física, CSM=Componente de salud mental, N=Neuroticismo, C=Conciencia, AF=Actividad física, RO=Uso del tiempo para recreación y ocio, OS=Organización del sueño

*Correlación entre las variables*

	CSM	CSF	N	C	AF	RO
CSF	.80					
N	-.87	-.70				
C	.42	.32	-.52			
AF	.32	.40	-.32	.29		
RO	.47	.41	-.40	.21	.18	
OS	.60	.62	-.54	.34	.31	.37

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

