

# Hacia una universidad saludable: estudio piloto de salud global de los estudiantes de la Universidad Camilo José Cela durante el año académico 2016-2017

**Susana Millán García**

Graduada en Enfermería por la Universidad Camilo José Cela y licenciada en Periodismo por la Universidad Complutense de Madrid  
Docente en el Grado de Enfermería de la Universidad Camilo José Cela

Quinto premio. II Premios de Investigación CODEM 2018

**Cómo citar este artículo:** Millán García, S. Hacia una universidad saludable: estudio piloto de salud global de los estudiantes de la Universidad Camilo José Cela durante el año académico 2016-2017. *Conocimiento Enfermero* 2 (2018): 17-33.

## RESUMEN

En la actualidad, la salud entendida como un activo para conseguir bienestar, trasciende a la ausencia de enfermedad o el control de factores de riesgo. Los determinantes políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden favorecer o afectar a la salud. Este trabajo parte de la propuesta original de las Dras. Arantxa Santa-María, Araceli García y Concepción Martín de 2015 para calcular el llamado “Indicador Global de Salud Humana” (IGSH), que fue configurado en 6 áreas adaptando el Modelo de Determinantes en Salud de M. Whitehead y R. Dalhgren (1991). El objetivo es valorar la salud de los estudiantes de la Facultad de Salud de la Universidad Camilo José Cela (UCJC) mediante el IGSH, como paso previo a la realización de acciones en promoción de salud universitaria. El estudio se realizó en 2017 con una muestra de 73 alumnos de los cuatro grados de Salud (Enfermería, Psicología, Fisioterapia y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte). El cuestionario, compuesto por una serie de 11 test validados y 6 elaborados ad hoc (que valoran los diferentes determinantes de la salud), fue administrado en horario lectivo. La media (DE) del valor resumen (IGSH) ha ascendido a 86,03(6,64) puntos sobre 100, con una máxima de 99,30 y mínima de 65,35 puntos. La mayoría de los test han dado resultados en el rango saludable. La Escala de somnolencia diurna de Epworth (ESS) integrada en el Área 3 del cuestionario IGSH ha detectado que el 40% de los hombres y el 57,89% de las mujeres de la muestra sufren somnolencia diurna patológica o excesiva.

La limitación principal radica en lo reducido de la muestra y su alta homogeneidad; se recomienda continuar pilotando esta herramienta con poblaciones mayores y más diversas.

**Palabras clave:** Promoción de salud; estudiantes del área de salud; indicador; recursos de salud.

## Towards a Healthy University: pilot study of global health of the students from Camilo José Cela University during the academic year 2016-2017

## ABSTRACT

At present, health understood as an asset to achieve well-being, transcends the absence of disease or control of risk factors. Political, economic, social, cultural, environmental, behavioral and biological determinants may favor or affect health. This work is based on the original proposal of PhD. Arantxa Santa-María, Araceli García and Concepción Martín in 2015 to calculate the so-called “Global Human Health Indicator” (GHHI), which was configured in 6 areas, following the M. Whitehead and R. Dalhgren Health Determinants Model (1991). The objective is to assess the health of the students of the Health School of Camilo José Cela University (UCJC) through the GHHI, as a preliminary step to take actions to promote university health. The study was carried out on a sample of 73 students from the four grades of Health (Nursing, Psychology, Physiotherapy and Physical Activity and Sport Sciences) in 2017. The questionnaire, consisting of a series of 11 validated tests and 6 elaborated ad hoc tests (evaluating the different determinants of health), was administered during school hours. The mean (SD) of the summary value (GHHI) has risen to 86.03 (6.64) points over 100, with a maximum of 99.30 and a minimum of 65.35 points. Most of the tests have given results in the healthy range. The Epworth Daytime Sleepiness Scale (ESS), integrated in Area 3 of the GHHI questionnaire, has detected that 40% of men and 57.89% of women of the sample suffer from pathological or excessive daytime sleepiness.

The main limitation lies in the reduced size of the sample and its high homogeneity; it is recommended to continue testing this tool with a larger and more diverse population.

**Keywords:** Health promotion; students health occupations; indicator; health resources.

Este artículo está disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/39/26>

## Introducción

La promoción de la salud (PS), global y sistemática, forma parte de la propuesta estratégica redactada en la Carta de Ottawa por la Organización Mundial de la Salud (OMS) [1]. Mediante una visión que entiende que las conductas saludables se pueden aprender con el empoderamiento de los ciudadanos como objetivo final, la ruptura con el modelo patogénico sustentando en la fragilidad de una salud que se puede perder y dependiente de la atención asistencial de los equipos médicos, se hizo inevitable. Conferencias mundiales posteriores, como la de Sundswall (Suecia) en 1991 y la más reciente en Shanghái (2016), han puesto especial énfasis en los entornos saludables, como medio eficaz para promover la salud [2,3], la novena conferencia y última celebrada en China se centró en los grandes escenarios urbanos [3].

Progresivamente, el entorno educativo se ha ido conformando como un escenario privilegiado para la PS, ya que su esencia dinamizadora del aprendizaje y del pensamiento crítico se afianza durante años en las nuevas generaciones. Desde los años 90 se han desarrollado propuestas promotoras de salud dentro de los centros de educación primaria y secundaria en numerosos países. En Europa, la conferencia de la CEE en Dublín sobre la prevención y la educación para la salud en 1990 dio pie a la creación del modelo Escuela Promotora de Salud y en 1995 se creó la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS) [4].

La primera Conferencia Internacional de Universidades Promotoras de Salud tuvo lugar en Lancaster (Inglaterra) en 1996, al auspicio de la OMS, pero no es hasta el año 2000 cuando la PS se adentra en los entornos de enseñanza superior con la creación de redes formales como la Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de Salud (RIUPS), constituida en octubre de 2007, o en el caso de la Red Española de Universidades Españolas (REUS) constituida en septiembre de 2008 [5]. Su implementación bien pudo deberse a la evidencia de que los logros conseguidos en la etapa esco-

lar retrocedían en la universitaria, como así lo reflejan datos extraídos, por ejemplo, del Servicio de Epidemiología de la Comunidad de Madrid-SIVFRENT-J 2012, que revelaban que entre los 18 y 29 años, la proporción de sedentarios sube alarmantemente, llegando al 62,0 ( $\pm 4,3$ ) % de personas no activas en su actividad habitual y el 65,9 ( $\pm 4,2$ ) % de no activos en su tiempo libre. Si a esto se une que los universitarios en general no suelen hacer uso de los servicios de salud manteniendo una relativa invisibilidad y una tendencia a la automedicación, se identifica a este sector poblacional como “vulnerable” [6]. El último *Informe sobre factores de riesgo de enfermedades no transmisibles en población juvenil* realizado por la Comunidad de Madrid refleja un incremento mayor del 10% de la problemática relacionada con el sedentarismo y la obesidad, así como la violencia física o sexual, y la no utilización de métodos anticonceptivos eficaces, tanto por mujeres como por hombres [7].

En la actualidad, la salud es entendida como un activo para conseguir bienestar, alejándose de la ausencia de enfermedad o el control de factores de riesgo. En concreto, en el medio universitario, a partir de los trabajos de Bill Hettler en 1976 y su *Modelo Hexagonal del Bienestar*, se ha identificado que en este contribuyen aspectos como sentirse vital y lleno de energía, tener un sentido de propósito en la vida, ser capaz de hacer las cosas que a uno le gustan, experimentar el sentido de pertenencia a un grupo, mantener buenas relaciones sociales y sentir cierto control sobre la propia vida y las condiciones vitales, base de los programas de “Counseling Services” de muchas universidades donde se intenta promover el desarrollo integral de sus estudiantes [8].

Si queremos estudiar la salud estudiantil, habrá que prestar atención a los factores protectores, además de a los factores de riesgo de enfermar (vinculados al estilo de vida, fundamentalmente) que recogen las encuestas existentes. No se trata de dejar a un lado el modelo biomédico tradicional, sino de unirlo a la visión salutogénica y participativa con la que los universitarios tomen conciencia

de que la opción más válida para vivir más y mejor, es la más saludable.

## Marco teórico

La investigación tendrá como punto de partida los principios de la Carta de Ottawa 1986 y sucesivas conferencias de la Organización Mundial de la Salud (OMS): la salud como mejor recurso de los estudiantes para su progreso personal y académico, y una dimensión importante para su óptima calidad de la vida. Entendiendo que la salud se crea y se vive en nuestro día a día, en los centros de enseñanza, de trabajo y de ocio, y considerando como cierto que el desarrollo de aptitudes personales es imprescindible para el manejo de nuestra vida y de nuestra salud [1], educar a los discentes en salud es de suma importancia para conseguir su empoderamiento y toma de decisiones libre, con el fin de que opten por la opción más saludable, como se señalaba anteriormente.

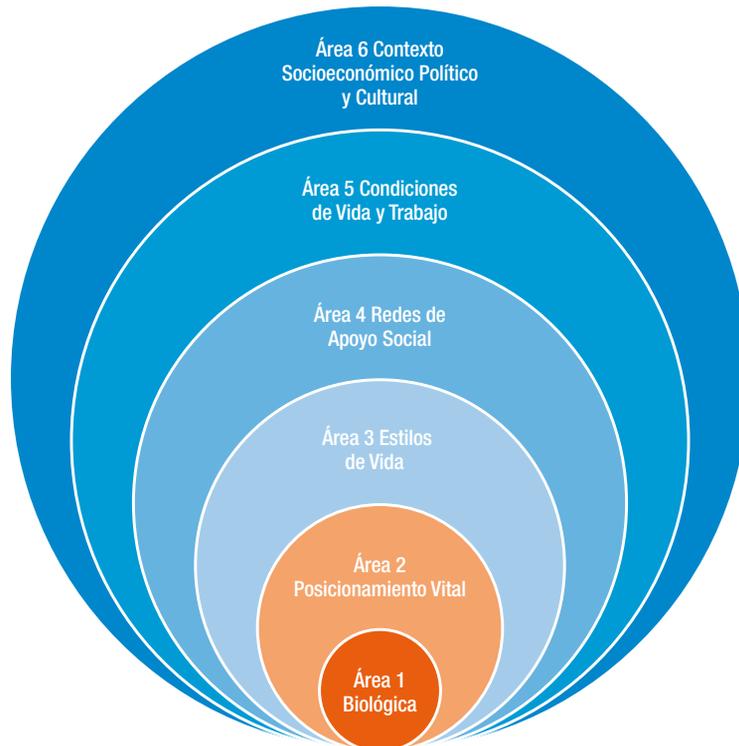
Con el fin de reforzar esta visión global de la PS se tiene que diseñar un indicador de tal magnitud que pueda abarcar el complejo estudio de la salud de una persona. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir en favor o en detrimento de la salud [1]. En este sentido el presente trabajo adoptará como modelo teórico de partida el *Modelo de Determinantes en Salud* de los Dres. Dahlgren y Whitehead (Universidad de Liverpool), que establece cómo las desigualdades en salud son el resultado de interacciones entre diferentes niveles de condiciones causales, desde el individuo a las comunidades, y al nivel de políticas de salud nacionales. En este modelo, las principales influencias sobre la salud se pueden representar como una serie de capas, una encima de la otra. En general, por encima de todas, se encuentra el entorno estructural. Luego están las condiciones materiales y sociales en las que las personas viven y trabajan, dependientes de diversas características como la vivienda, la educación, la asistencia sanitaria, la agricultura, etc. A continuación viene el apoyo mutuo de la familia, el amigo, el vecino y la comunidad local. Finalmente, hay acciones individuales, tales como los alimentos que los individuos eligen comer, sus hábitos tóxicos (tabaco y alcohol), etc. La edad, el sexo y la composición ge-

nética de cada individuo también desempeñan un papel fundamental, pero estos son factores fijos sobre los que se tiene poco control [9]. Esta concepción teórica ofrece una visión amplia y completa que permitirá alcanzar el objetivo de contribuir al desarrollo integral de la PS en la universidad.

La adaptación del modelo de Whitehead y Dahlgren para elaborar un “ecualizador del estado de salud personal”, que aúna componentes objetivos y subjetivos de todas las capas que se han demostrado relevantes se toma para calcular un valor resumen denominado “Indicador Global de Salud Humana” (IGSH) en la propuesta de las Dras. Arantxa Santa-María, Araceli García y Concepción Martín en 2015. Cada componente se ecualiza independientemente, y por tanto puede dar un resultado con su retroalimentación parcial y recomendaciones en consecuencia para mantener o mejorar los resultados personales. Se hace una primera aproximación al conjunto de los determinantes definiendo las siguientes áreas, que pueden verse de dentro a fuera en la Figura 1 [10]:

- **Área Biológica-Físico-Constitucional:** compuesta por todos los parámetros bioquímicos y moleculares que han llegado a ser parte de nuestra estructura física (tejidos, órganos y sistemas). Aquí se también incluyen los diagnósticos de patologías.
- **Área Psicológica:** Posicionamiento y situación vital: en ella están nuestra vida emocional, nuestras actitudes, sentimientos, posiciones existenciales y los aspectos más directamente relacionados con la esfera psíquica, aunque en conexión con otras; por ejemplo, también se incluye aquí la llamada “calidad de vida relacionada con la salud”, por ser un concepto que tiene que ver con la vivencia propia del estado físico, funcional, mental y emocional.
- **Área Hábitos y Estilo de Vida:** referida a los aspectos referido a las conductas, como su nombre indica, donde se incluye el ejercicio físico y la dieta, el sueño y la gestión del tiempo, el consumo de tóxicos y la vida sexual. Un clásico de los determinantes de la salud, desde su incorporación en los años 70 con el Informe Lalonde (1978).
- **Área Redes de Apoyo Social:** primera capa de los determinantes sociales en su modelo más sencillo, abarca los aspectos microsocia-

**Figura 1.** Adaptación del modelo de Whitehead y Dalghren por Santa-María Morales, Arantxa, García Fernández, Araceli, Martín de Bustamante, Concepcion (2015).



les, de los círculos en que nos movemos, la riqueza de relaciones y apoyos con que contamos, a qué grupos pertenecemos y en los que participamos; para calibrar en qué medida tenemos sostén de nuestro entorno social, lo cual favorece nuestras oportunidades y capacidades de conseguir y mantener un estado de salud óptimo en cualquier circunstancia vital en que nos encontremos.

- **Área Condiciones de Vida y de Trabajo:** la segunda capa de determinantes sociales de la salud, podría decirse que son los aspectos mesosociales, o determinantes intermedios. Algunos pertenecen al grupo de determinantes psicosociales, como la situación y condiciones laborales, la conciliación de la vida familiar y profesional, o los factores socioacadémicos o sociolaborales; otros tienen un cariz más estructural, como las condiciones de la vivienda, la salubridad del entorno donde se habita, la cantidad y calidad de los desplazamientos cotidianos, la disponibilidad de alimentos de calidad o el acceso a los servicios, en especial los de salud.

- **Área Contexto:** donde se incluyen los aspectos macrosociales referidos a la situación económica, política y cultural de España en este caso y que contabilizarán como una constante.

Tanto la REUS, la RIUPS, la Health Promoting Universities Network en USA, Canadá y en Australia, coinciden en la necesidad de iniciar los programas de PS con un análisis de la situación de salud de la comunidad universitaria [10]. Teniendo en consideración este requisito, el presente estudio se plantea como estudio piloto previo al diseño e implementación de intervenciones en salud, para valorar el estado de salud de los estudiantes universitarios, en este caso de la UCJC. Recopilando las herramientas que manejan para sentirse saludables e identificando las fortalezas que atesoran se podrán poner en valor ante toda la comunidad educativa (compañeros, padres, profesores y resto de trabajadores).

Los estilos de vida tienen un peso principal como determinantes de la salud, y han sido el objeto de estudios de las últimas investigaciones en

PS como veremos más adelante. En la universidad se adquieren y consolidan estilos de vida que van a condicionar la salud futura. Además se hace necesario incluir en el estudio como variable de la Situación vital y Psicología, el Sentido de Coherencia (SOC), que sirva como indicador de salutogénesis (capacidad de generar salud del individuo). El SOC, concepto central de las investigaciones del médico y sociólogo Aaron Antonovsky (1923-1994) en los años 70, pone de relieve que las personas poseen capacidades para ayudarse a sí mismas con sus fortalezas y debilidades [11]. Si identificamos potencialidades y recursos en salud de los estudiantes podremos favorecer capacidades y factores de protección con un sentido generador de salud añadido.

El conocimiento de los estilos de vida de los estudiantes y los factores que los determinan va a permitir la puesta en marcha de programas que faciliten la promoción de estilos de vida saludables. Pero se sabe que hay factores del entorno que a su vez determinan los estilos de vida, entre los que se encuentran aspectos sociales en sentido amplio (género, clase, etnia, cultura, poder adquisitivo) y otros más directamente ligados a la vida académica (calificaciones, expectativas académicas y laborales), que deben ser tenidos en consideración [10].

Para finalizar, hay que mencionar que los resultados del estudio piloto podrían dirigirse en una doble dirección: a los sujetos detectados con riesgo siendo su intervención individualizada, más efectiva a corto plazo y más motivadora para quien la recibe y quien la dirige de acuerdo con lo que señaló Goeffrey Rose (1926-1993), pero sin obviar que si somos capaces de promover cambios en lo aceptado socialmente mediante intervenciones poblacionales podemos afianzar a todos los estudiantes hacia hábitos de vida más saludables [12]. De lo que se puede concluir, que las universidades son un microcosmos ideal dentro de las sociedades para llevar a cabo estrategias poblacionales en salud.

### Situación actual/Revisión bibliográfica

Para comprobar la panorámica de las más recientes investigaciones de PS en el ámbito educativo universitario con una orientación global de la salud, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos:

- Pubmed
- WOS
- Science Direct
- Cuiden
- SIPES
- Scielo
- Dialnet
- Teseo
- Cochrane
- Google académico: de forma manual para localizar un artículo citado en otro artículo que cumpla con los criterios de inclusión.

La estrategia de búsqueda, mediante combinación booleana (and), incluye el uso de los siguientes términos MeSH (Medical Subject Headings) y su correspondiente traducción en español como Descriptores en Ciencias de la Salud para la búsqueda en bases de datos españolas: *health promotion-promoción de la salud, health resources-activos en salud, students-estudiantes*. Así como otros términos que no tienen correspondencia MeSH: *health needs-necesidades en salud, university students-universitarios*

El periodo de búsqueda se ha limitado en el tiempo, para afinar los resultados de búsqueda a los 10 últimos años, con un total de 373 resultados.

La selección de los artículos se ha realizado en un primer momento a través de la lectura del título y del resumen del artículo. A través de esta lectura se han detectado aquellos estudios que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos para esta revisión:

- Tipo de estudio: revisión, descriptivo, cualitativo, etc.
- Formato publicación: artículo publicado o tesis.
- Idiomas: cualquier idioma.
- Contexto: ámbito educativo universitario.
- Variable principal: estudios con enfoque global de la salud/ indicador global de salud.

Los criterios de exclusión son los siguientes:

- Fecha de publicación: anterior a 2007.
- Especificidad del estudio: estudios que valoran exclusivamente un factor (sin relacionarlo con otros) y otros tipos de estudios no relacionados con la variable principal:

- Estudio unifactorial o bifactorial centrados en los siguientes apartados de manera específica: hábitos alimentarios, actividad Física, hábitos tóxicos: tabaco, alcohol, psicoestimulantes y drogas, afectivo-sexual, manejo del tiempo de ocio, rendimiento académico, salud mental, Identidad y género, estilos de vida, valores y compromisos social, automedicación, imagen corporal etc.
- Competencias curriculares de la salud en estudios superiores sanitarios.
- Proyectos de partnership o voluntariado de estudiantes.
- Universo de estudio: escolares o profesores, no universitarios.
- Percepciones sobre Universidad saludable.

En una segunda fase se evaluó el texto íntegro de 19 artículos y 3 tesis doctorales, porque cumplían los criterios de inclusión. Al analizar el texto íntegro de los 22 artículos seleccionados, únicamente 8 cumplían todos los criterios de inclusión y presentaban a su vez un nivel de calidad aceptable.

La Figura 2 ilustra el proceso seguido y los resultados de selección obtenidos.

La mayoría de las investigaciones sobre estudiantes universitarios se han centrado en una o varias de las conductas en salud, más concretamente en lo que respecta al bloque sobre Estilos de Vida

(alimentación, la actividad física, los hábitos tóxicos, etc.) relacionado con los determinantes biológicos de los sujetos estudiados. Por eso se han descartado todos aquellos que solo estudiaban una o varias facetas de los Estilos de Vida sin visión global. De esta manera se han incluido siete artículos y una tesis doctoral en la revisión final.

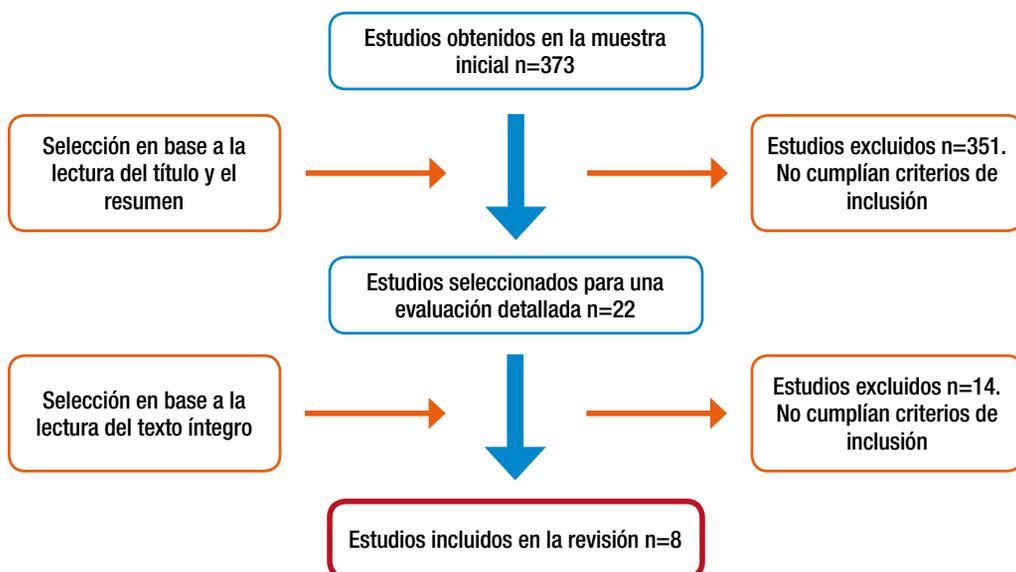
Los estudios con una perspectiva más global que se han incluido, giran en torno a todos los factores que determinan los estilos de vida en sus distintas dimensiones (alimentación, actividad física, hábitos tóxicos, sueño/descanso, autopercepción/imagen corporal, relaciones sexuales, etc.) en relación con los determinantes biológicos.

No se han localizado estudios que hagan referencia a un “indicador global de salud”, los estudios que tienen un objetivo de su estudio cercano a la salud global utilizan los siguientes términos: “conductas promotoras de salud”, “características de salud”, “estado de salud”, “calidad de vida”, “salud integral”, y “características de salud pública”.

## Justificación y relevancia del trabajo

La conformación de la vida adulta de los estudiantes en la universidad y la duración de esta experiencia durante al menos cuatro años sitúan al entorno educativo de estudios superiores como un universo ideal para reforzar y establecer estrategias

Figura 2. Diagrama de flujo del proceso y de los resultados de selección obtenidos.



efectivas de PS. Previamente a la elaboración de un programa de PS se deben conocer los datos demográficos de los estudiantes y su estado de salud.

La aplicación de un “indicador global de salud” como valor resumen de la salud de la comunidad estudiantil de la UCJC permitirá un acercamiento holístico a los discentes mediante una panorámica de sus determinantes de salud. A su vez, permitirá realizar intervenciones multidisciplinares posteriores apoyando los recursos en salud que son deficitarios y reforzando los que son positivos, pudiendo ponerlos como referencia no solo entre iguales sino dentro de toda la comunidad educativa de la UCJC en sucesivas etapas para contribuir a una Universidad Saludable.

Ante las reducidas investigaciones con carácter global en salud universitaria en los últimos diez años, como se ha podido comprobar a través de la revisión bibliográfica, este estudio piloto de los estudiantes de la Facultad de Salud de la UCJC pretende poner en práctica los modelos a los que apuntan los principales teóricos en materia de PS, siendo una propuesta original que abarca todos los determinantes sociales conocidos a través de una visión salutogénica.

## Objetivos

### General:

- Valorar la salud de los estudiantes de la Facultad de Salud de la UCJC mediante un indicador global de salud.

### Específicos:

- Valorar la salud autopercebida de los estudiantes de la UCJC.
- Identificar los determinantes sociales y ambientales de salud de su entorno universitario así como los determinantes personales (psicológicos y elecciones de estilos de vida, redes de apoyo, condiciones de vida).
- Contribuir al desarrollo de un proyecto de Universidad Saludable.

## Metodología. Tipo de estudio

Este trabajo consta de dos estudios: la revisión bibliográfica comentada previamente para comprobar las investigaciones en estudiantes universita-

rios que se han realizado en los últimos 10 años; por otro lado, un estudio de prevalencia realizado mediante el cuestionario IGSB (11 cuestionarios validados y 6 *ad hoc*). La metodología del último se desarrolla a continuación:

### Estudio de prevalencia curso académico 2016-17

A través de cuestionarios validados y *ad hoc*, atendiendo a los distintos determinantes de salud que conforman las áreas del IGSB, se tendrán en cuenta las siguientes variables:

#### Área 1: Datos físicos/biológicos/constitucionales

- Sexo
- Edad
- Peso
- Altura
- Diversidad Funcional
- Patologías conocidas
- Riesgo Diabetes Mellitus Tipo II (Finnish Diabetes Risk Score-Test de FINDRISK)
- Riesgo Cardiovascular (sin perfil lipídico)
- TA
- IMC

#### Área 2: Situación vital-Psicológica

- Salud Autopercebida (Pregunta de Salud Autopercebida ENSE 2012)
- Sentido de coherencia-salutogénesis (SOC-13)
- Estado general de salud mental- Screening de salud mental GHQ-12

#### Área 3: Hábitos estilo de vida

- Alimentación: - Cuestionario general sobre alimentación adaptado por la Dra. Concepción Martín del estudio PREDIMED.
- Actividad Física: Cuestionario internacional de actividad física (IPAQ)
- Alcohol Detección consumo alcohol - Cuestionario CAGE camuflado
- Tabaco - Dependencia de la nicotina - Test de Fagerström
- Sueño-Escala de Epworth y preguntas *ad hoc*
- Uso del tiempo adaptado de la encuesta nacional de uso del tiempo (Plataforma para la racionalización de los horarios españoles)
  - Ocio
  - Empleo del tiempo

#### Área 4: Redes de Apoyo y Capital Social

- Redes familiares: Percepción de la función familiar - cuestionario Apgar familiar
- Redes informales: preguntas *ad hoc*

**Área 5:** Condiciones de vida y de trabajo

- Vivienda: preguntas *ad hoc*
- Transporte. Preguntas *ad hoc*
- Aspectos sociacadémicos: Encuesta sobre salud mental y factores socioacadémicos Dra. Arantxa Santa-María [13]

**Área 6:** contexto socioeconómico, político y cul-

tural: será determinado por el PIB, la prensa y el barómetro del CIS respectivamente. En el presente trabajo se establecerá como una variable que compute igual para todos los estudiantes participantes ya que pertenecen a un mismo contexto.

Cada una de estas áreas definidas está formada, como se ha visto, por diversos aspectos, se han agrupado en secciones a continuación, para estructurar el Indicador Global de Salud Humana.

CÓMPUTO TOTAL POR ÁREAS	
INDICADOR DE SALUD HUMANA	PUNTUACIÓN
Área 1. FÍSICA BIOLÓGICA CONSTITUCIONAL	30%
Área 2. POSICIONAMIENTO VITAL	25%
Área 3. HÁBITOS-ESTILOS DE VIDA	20%
Área 4. REDES DE APOYO Y CAPITAL SOCIAL	10%
Área 5. CONDICIONES DE VIDA Y DE TRABAJO	10%
Área 6. CONTEXTO POLÍTICO, SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL	5%

DESGLOSE PUNTUACIÓN POR ÁREAS			
ÁREA	SECCIONES	PUNTOS	
1. FÍSICA BIOLÓGICA CONSTITUCIONAL (30%)	1. Sexo	Hombre: 10	
		Mujer: 8	
	2. Edad	10	
	3. Peso	4. Altura	5. Baremado por IMC: 20
	6. Patologías conocidas	No computa (NC)	
	7. Diversidad funcional	20	
	8. Tensión arterial	NC	
	9. Riesgo cardiovascular	30	
	10. Riesgo diabetes	10	
	2. POSICIONAMIENTO VITAL (20%)	11. Salud autopercebida	30
12. Estado general de salud mental		20	
13. Sentido de coherencia		50	
3. HÁBITOS ESTILO DE VIDA (20%)	14. Alimentación	20	
	15. Actividad física	20	
	16. Alcohol	10	
	17. Tabaco	10	
	18. Sueño	20	
	19. Uso del tiempo	20	

DESGLOSE Puntuación por Áreas		
ÁREA	SECCIONES	PUNTOS
4. REDES DE APOYO Y CAPITAL SOCIAL (10%)	20. Redes familiares	60
	21. Redes informales	40
5. CONDICIONES DE VIDA Y DE TRABAJO (10%)	22. Vivienda	30
	23. Transporte	20
	24. Aspectos socioacadémicos	50
6. CONTEXTO (5%)	25. Socioeconómico, político y cultural	Constante: 5

**Antropometría:** todas las medidas se realizaron por personal adiestrado, con la mínima ropa y sin calzado. A los participantes se les pesó mediante balanza de bioimpedancia modelo Tanita, con una precisión de  $\pm 100$  g. La talla se midió con un tallímetro de pared con precisión de  $\pm 1$  mm., con el sujeto de pie, erguido, en inspiración y con la cabeza en el plano de Frankfur [14]. Se calculó el índice de masa corporal ( $IMC = \text{Peso kg} / \text{Talla m}^2$ ) clasificando a los participantes en grupos de peso bajo, peso muy grave, bajo peso grave, bajo peso, peso normal, sobrepeso, obesidad grado I, obesidad grado II, obesidad grado III según la clasificación de la OMS [15]. El perímetro de cintura se midió mediante cinta antropométrica y se tomó como referencia la parte más deprimida entre las últimas costillas y la cresta ilíaca a nivel de la línea axilar media [14].

Los participantes voluntarios del estudio recibieron el Consentimiento Informado firmado por la propia investigadora estableciendo la protección de sus datos. Para el cuestionario final se eliminó el cuestionario sobre Percepción Corporal ya que el screening de bulimia y anorexia está destinado a jóvenes menores de 16 años. Así como, se utilizó preguntas sencillas para conocer sus hábitos alimenticios, ya que no es el objetivo principal del estudio y ha sido la faceta más estudiada en este núcleo de población, no se quería hacer una investigación exhaustiva y se descartó el cuestionario validado sobre Dieta Mediterránea (PREDIMED), optando por la elaboración de preguntas diseñadas por la Dra. Concepción Martín. Las conductas de riesgo sexual no se han estudiado en estilos de vida, por inten-

tar acotar el cuestionario y no hacerlo más extenso, aunque se valorará incluir preguntas al respecto en versiones posteriores.

### Población a estudio

Estudiantes de grado de la Facultad de Salud (Enfermería, Fisioterapia, CCAFD y Psicología) de la Universidad Camilo José Cela que estén cursando primer curso durante el año académico 2016-17.

**Selección muestra:** Fórmula de poblaciones finitas (16): **66 estudiantes**

$N =$  Total de la población

$Z_{\alpha} = 1.96$  al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

$p =$  proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)

$q = 1$

$p$  (en este caso  $1 - 0.05 = 0.95$ )

$i =$  precisión (en su investigación use un 5%).

**Estudiantes matriculados año académico 2016-17\***

Estudiantes totales de la Facultad de Salud (grado y máster): 1.055

Estudiantes totales de la Facultad de Salud-Grado: 662

Estudiantes de primero de Enfermería: 22

Estudiantes de primero de Fisioterapia: 30

Estudiantes de primero de Psicología: 38

Estudiantes de primero de CCAFD: 28

**Recogida de datos:** Se coordinó con los docentes de primer curso la disponibilidad para

\* Fuente: BBDD OBBIE. Secretaría Administrativa Facultad de Salud. Universidad Camilo José Cela.

efectuar las mediciones antropométricas y dedicar un tiempo a la cumplimentación de los cuestionarios en horario lectivo, durante el segundo semestre de curso. Este proceso se fue realizando con las diferentes titulaciones, en días distintos, a lo largo de un período de seis semanas, hasta recoger datos en las cuatro titulaciones de la Facultad de Salud.

## Resultados estudio de prevalencia

El cuestionario fue realizado por 73 estudiantes de primer curso de la Facultad de Salud, siendo mujeres el 52,05% del total, con una edad media (DE) de 20,18 (4,34) años de edad, con un rango de valores que oscila desde los 18 años hasta los 44 años, aunque solamente 1(2,63%) del total presentan edades igual o superior a 30 años, correspondiendo 18 años al cuartil 25, 19 años al cuartil 50 y 20 años al cuartil 75. Los hombres representan el 47,95% del total con una edad media (DE) de 20,46 (3,32) años de edad, con un rango de valores que oscila desde los 18 años hasta los 30 años, aunque solamente 2 (5,71%) del total presentan edades igual o superior a 30 años, correspondiendo 18 años al primer cuartil, 19 años

a la mediana y 22 años al tercer cuartil, resultando una edad muy homogénea. Los estudiantes de Fisioterapia, CCAFD y Enfermería constituyen el 21,92% de la muestra con 16 participantes de cada grado, y los estudiantes de Psicología conforman el 34,25 % de ésta, con un total de 25 participantes. Las tasas de respuesta respectivamente fueron: Fisioterapia 53%, CCAFD 57%, Enfermería 73% y Psicología 66%. En la Tabla 1 se puede observar el resultado descriptivo de algunas de las variables dependientes e independientes del estudio y de cada uno de los grados de la Facultad de Salud.

La mayoría de los test han dado resultados en el rango saludable. La *Escala de somnolencia diurna de Epworth* (ESS) integrada en el Área 3 del cuestionario utilizado ha detectado que el 40% de los hombres y el 57,89% de las mujeres de la muestra sufren somnolencia diurna patológica o excesiva frente al el 28,57% en hombres y el 23,68 en mujeres en los que es baja o ausente.

En cuanto a la carga psicosocial (trabajo, cuidado de dependientes, tareas en el hogar), el estudio muestra que el porcentaje de mujeres que soporta una carga psicosocial alta o moderada es mayor que la de los hombres, el 55,26% de las mujeres frente al 40% de los hombres.

**Tabla 1.** Distribución de frecuencia de las variables.

VARIABLES	FTAD. SALUD (N 73) %		FISIOTERAPIA (N 16) %		PSICOLOGÍA (N 25) %		CCAFD (N 16) %		ENFERMERÍA (N 16) %	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
SEXO	47,95	52,05	43,75	56,25	24	76	93,75	6,25	43,75	56,25
IMC										
Normal	71,43	71,05	57,14	88,89	83,33	68,42	86,67	100	42,86	55,56
Sobrepeso	25,71	18,42	28,57	0	16,67	26,32	13,33	0	57,14	22,22
BP	0	2,63	0	11,11	0	0	0	0	0	11,11
BP Grave	2,86	2,63	0	0	0	0	6,67	0	0	11,11
Obesidad I	0	2,63	0	0	0	5,26	0	0	0	0
Obesidad II	2,86	0	14,29	0	0	0	0	0	0	0
ACTIVIDAD FÍSICA										
Sí	74,29	52,63	71,43	77,78	50	36,84	93,33	100	57,14	55,56
No	25,71	47,37	28,57	22,22	50	63,16	6,67	0	42,86	44,44
TABACO										
Sí	17,14	28,95	14,29	11,11	0	42,11	0	0	57,14	22,22
No	82,86	71,05	85,71	88,89	100	57,89	93,33	100	42,86	77,78

VARIABLES	FTAD. SALUD (N 73) %		FISIOTERAPIA (N 16) %		PSICOLOGÍA (N 25) %		CCAFD (N 16) %		ENFERMERÍA (N 16) %	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
SOMNOLENCIA										
Patológica	20	18,42	14,29	33,33	0	5,26	40	100	0	22,22
Excesiva	20	39,47	14,29	33,33	66,67	47,37	6,67	0	14,29	33,33
Media	31,43	18,42	71,43	22,22	33,33	21,05	6,67	0	42,86	11,11
Baja o ausente	28,57	23,68	0	11,11	0	26,32	46,67	0	42,86	33,33
BECA										
Sí	31,43	31,58	42,86	55,56	16,67	21,05	46,67	100	0	22,22
No	68,57	68,42	57,14	44,44	83,33	78,95	53,33	0	100,00	77,78
TRABAJO										
Sí	31,43	34,21	57,14	44,44	16,67	42,11	20	0	42,86	11,11
No	68,57	65,79	42,86	55,56	83,33	57,89	80	100	57,14	88,89
SALUD AUTOPERCIBIDA										
Muy Buena	34,29	15,79	14,29	11,11	33,33	15,79	46,67	0,00	28,57	22,22
Buena	45,71	65,79	57,14	77,78	33,33	52,63	40	100	57,14	77,78
Regular	14,29	15,79	14,29	11,11	33,33	26,32	13,33	0	0	0
Mala	5,71	2,63	14,29	0	0	5,26	0	0	14,29	0
Muy mala	0	0	0	0	0	0	0,	0	0	0
CARGA PSICOSOCIAL										
Alta	14,29	21,05	28,57	33,33	0	26,32	6,67	0	28,57	0
Moderada	25,71	34,21	28,57	33,33	16,67	26,32	33,33	100	14,29	44,44
Baja o ausente	60,00	44,74	42,86	33,33	83,33	47,37	60	0	57,14	55,56

El valor resumen del cuestionario utilizado en este estudio IGSH, ha alcanzado una puntuación media (DE) de 86,03 (6,64) puntos con un máxima de 99,30 y mínima de 65,35 puntos, siendo Q1 82,80, Q2 86,30 y Q3 de 90,82 puntos.

Por sexos, la medias de puntuación por áreas y en el IGSH es más alta en hombres que en mujeres, exceptuando la puntuación en el Área 4 Redes de apoyo y capital social. En la Tabla 2 se detallan estos datos por áreas del IGSH.

**Tabla 2.** Puntuaciones medias y distribución por cuartiles de las áreas y el IGSH.

	ÁREA 1	ÁREA 2	ÁREA 3	ÁREA 4	ÁREA 5	IGSH
Puntuaciones Medias Generales	28,59	21,49	14,55	8,33	8,06	86,03
Q1	27	20	13,60	8	7,20	82,90
Q2	29,40	23,75	15,20	8	8	86,30
Q3	30	23,75	16,40	10	8,80	90,75
Desviación estándar	1,69	3,92	2,94	1,73	1,11	6,64
H Puntuación Media	28,83	21,71	15,21	8,16	8,23	87,15
M Puntuación Media	28,37	21,28	13,94	8,49	7,91	84,99
Diferencia Medias H-M*	0,46	0,43	1,26	0,33	0,33	2,15

\*p> 0,05 para la t de Student en todas las áreas y el IGSH.

**Tabla 3.** Porcentaje del IGSH por intervalos.

Intervalos Puntuación	100-90	90-80	80-70	70-60	60-50	50-0
IGSH (%)	30,14	54,79	13,70	1,37	0,00	0,00

El 54,79% de los participantes del estudio ha obtenido un resultado IGSH en un intervalo de 80-70 puntos, seguido de un 30,14% que obtuvo entre 100-90 puntos. En la Tabla 3 se detalla el total de intervalos.

## Discusión

El presente estudio se ha centrado en alumnos/as de primero de la Facultad de Salud de la UCJC de sus cuatro titulaciones, en consonancia con la mayoría de las investigaciones sobre salud donde los estudiantes que más han sido estudiados son los matriculados en titulaciones relativas a esta, y dentro de este grupo a los que cursan estudios de enfermería [17-39].

A nivel biológico, los estudios sobre salud en estudiantes universitarios remarcan la importancia de la edad y el sexo como determinantes de la conducta promotora de salud y estilos de vida [17-25,35,36]. En este sentido el estudio sobre el IGSH permite comprobar que el promedio de puntuación de los hombres es mayor (para todas las áreas y en el global) que la de las mujeres, salvo en el Área 4 Redes de Apoyo y capital social. Esta concepción de las relaciones se puede explicar con lo que la autora Almudena Hernando ha diferenciado como la “identidad relacional” propia de las mujeres en un sistema patriarcal, ya que a las niñas se las educa para que se esfuercen en la relación con los otros, mientras que la identidad de los hombres se define como una “identidad individual dependiente”, donde ponen su fuerza en construir el “yo”, dependiendo de la identidad relacional de las mujeres para mantener lazos con el entorno [40]. Por otro lado, en cuanto a la edad de la muestra, al ser bastante homogénea, no permite establecer diferencias en base a su determinación.

Desde la perspectiva psicológica, uno de los factores determinantes más importantes para determinar conductas promotora de salud es el significado de la salud autopercebida [17,27,41-43]. Los trabajos sobre autopercepción de calidad de

vida de los estudiantes evidencia que éstos, en general, afirman sentirse bien con su vida [37,44], a pesar de que refieren sufrir un nivel alto de estrés [36]. Lo que se corrobora también en el presente estudio ya que el 80% de los hombres afirma disfrutar de muy buena o buena salud, y el 81,58% de las mujeres también así lo indican.

Los factores socioeconómicos influyen en la conducta promotora de salud, especialmente el nivel académico de los padres y el nivel económico de la familia contribuyen a un estilo de vida saludable en los estudiantes [17,35]. Siendo la familia un apoyo importante en la vida del estudiante [38] y la convivencia con la familia un factor protector [39]. En este sentido, más de la mitad de los hombres y mujeres del estudio (68,57% y 68,42% respectivamente) no disfrutaban de beca ni trabajan en un 68,75% de los hombres y un 65,79% de las mujeres, afirmando que dependen económicamente de su familia, reafirmando el rol crucial que tiene la familia en el apoyo que tienen los estudiantes.

En referencia a los resultados obtenidos sobre las conductas alimentarias y estilos de vida, la mayoría de los estudiantes de la muestra se encuentran en situación de normopeso, lo que coincide con estudios sobre hábitos nutricionales [37,45,46]. Además, los estudiantes de la muestra en su mayoría no fuman y practican deporte a diario, lo cual no concuerda con aquellos estudios que afirman que la nutrición y especialmente la realización de actividad física son las que mayores carencias presentan en estudiantes universitarios [37]. Este hallazgo podría estar relacionado con las características particulares de la UCJC, la cual tiene una política de fuerte promoción de la actividad física y el deporte, e incluso cuenta con un programa de becas para deportistas de alto nivel. Según las diferentes titulaciones, sin embargo, se aprecian diferencias importantes, siendo físicamente inactivas el 0% de las mujeres de CCAFD pero el 63,16% de las de Psicología (en el caso de los hombres el 6,67% CCAFD y el 50% de los de psicología).

Motyka et al., señalan el de fumar tabaco y alcohol como dos de los principales hábitos tóxicos

entre los universitarios entre otros [38,47] aunque hay evidencias que señalan que el consumo de tabaco está disminuyendo entre los jóvenes [6,7,36]. Siendo en el presente estudio que un 82,86% de hombres y un 71,05% de mujeres no fuman, coincide con esta tendencia a la baja de los últimos años. La literatura científica ha asociado el consumo de tabaco con otras actividades no saludables como el sedentarismo o la baja actividad física [38,48-51], cabe señalar que la muestra estudiada presentan un alto porcentaje de hombres (74,29%) que realizan ejercicio a diario y más de la mitad de las mujeres que así lo afirman (52,63%), lo cual se podría relacionar con el alto porcentaje de no fumadores de la muestra anteriormente mencionado.

La Escala de Somnolencia Diurna muestra que hay un alto porcentajes de estudiantes, tanto hombres como mujeres que padecen somnolencia excesiva o patológica (el 40% de los hombres y el 57,89%), acorde con otros estudios realizados con universitarios estudiantes de Enfermería y Medicina, los más estudiados en este ámbito [52,53], donde también se señala que no hay muchos estudios en universitarios españoles [52]. Algunos estudios evidencia que esta somnolencia que puede afectar al rendimiento académico [54,55]. Llama la atención el hecho de que el alumnado de CCAFD tenga valores muy superiores a las demás titulaciones, seguida de Fisioterapia.

En la medida de la conducta promotora de la salud o estilos de vida entre los estudiantes los resultados más satisfactorios se encuentran en aquellas que comprenden las relaciones interpersonales, (...) de los estudiantes [17]. Incluyéndose un apartado dedicado a las Redes de apoyo tanto formales como informales en el cuestionario, se pretendía puntuar estas relaciones de los estudiantes como un determinante de su salud, habiéndose comprobado que la mayoría de los sujetos de la muestras tienen puntuaciones altas en esta área.

Las investigaciones señalan la importancia por un lado de promover un entorno universitario para favorecer los comportamientos saludables [17-20,24,27,28,30,31,33,34,36,37] y por otro lado la recopilación y actualización de las características de salud pública de los estudiantes que permitan poner en marcha programas de promoción de salud efectivos ya que son un sector de la sociedad clave [17,36-38] reforzando concretamente la alimentación saludable, la actividad física y la pre-

vención del consumo de sustancias tóxicas (alcohol y tabaco) [37,38,56,57], así como estrategias de comunicación adecuadas entre los estudiantes [57].

### Limitaciones del estudio

Si bien el estudio tiene la limitación de haberse llegado a cabo en una muestra exclusivamente de los estudiantes de primero de la Facultad de Salud de la UCJC, con un número total de 73 participantes, ha permitido poner en práctica y configurar un cuestionario de salud global inicial que valore su salud. Se hace también evidente que en este estudio los cuestionarios son autoadministrados y por ende sometidos a la subjetividad de los participantes, con la posibilidad de tener sesgos de memoria; así como de gran longitud, el total de test se tardaba al menos 20 minutos en cumplimentar, por lo que el factor atención puede que haya ido disminuyendo.

Además, existe el sesgo de deseabilidad social, común a todo test sobre un concepto con valor social asociado, como en este caso es la salud. En un contexto de tiempo lectivo, siendo profesoras quienes han explicado el propósito del estudio y realizado la recogida de datos, actúa como reforzante la relación de autoridad moral del profesorado sobre el estudiantado; en virtud de dicho sesgo se tiende a sobreestimar el resultado, pues las personas tienden a contestar lo que se asume como "normal" o deseable, que en este caso coincide con estar sano y llevar un estilo de vida saludable. Otra limitación que puede haber influido en el mismo sentido en los resultados es la falta de control del posible sesgo de no respuesta, ya que la no respuesta está formada por personas de primer curso que no estaban en su clase el día de la recogida de datos, y dicha falta puede estar relacionada con alguno de los determinantes de la salud estudiados.

Por otra parte, aquí se han presentado resultados descriptivos y no se ha profundizado en el análisis de muchas variables, por exceder la dimensión de este estudio piloto.

### Recomendaciones

La experiencia recogida puede servir de base para configurar una versión revisada, candidata a materializarse en una aplicación para el móvil, maneja-

ble, fácil y atractiva de usar para todos los estudiantes y que permita almacenar los datos facilitados de manera informatizada para futuros estudios, lo cual permitiría llegar a una muestra mayor y más heterogénea, controlar el sesgo de no respuesta, así como proporcionar una retroalimentación en tiempo real a los usuarios. Este tipo de desarrollos suponen una innovación para realizar una valoración del estado de salud universitaria más completa, que permita mejorar la planificación de acciones por una Universidad Saludable.

El enriquecimiento de los datos cuantitativos con técnicas cualitativas (focus group, mapeo de activos, etc.) podría fortalecer este espacio dentro de la universidad.

Asimismo, un análisis más pormenorizado de los resultados obtenidos permitirá la generación de un conocimiento más profundo del alumnado, sus fortalezas y sus necesidades.

## Conclusión

El Indicador Global de Salud Humana se propone como instrumento eminentemente práctico para analizar las características actuales de la población universitaria, encaminándose a reforzar la PS en el entorno universitario más allá de los estilos de vida, los más estudiados en este entorno educativo. Atendiendo y dando valor ponderado a otros determinantes de la salud del estudiante, se adquiere una visión más global y compleja de su salud que estudios precedentes. La información sobre todas las variables a estudio permitirá hacer un análisis en profundidad de sus asociaciones que excede la limitación en el tiempo del estudio; por ejemplo, en los aspectos socioacadémicos, tales como las ex-

pectativas previas y la experiencia real del estudiante en la universidad, con la variable resultante de la salud autopercebida; o el nivel de somnolencia diurna con la carga psicosocial que soporta el discente.

Con una clara vocación salutogénica, el IGSB pretende ser útil al estudiante con una retroalimentación sobre sus aspectos de mejora de manera personalizada, pero también poniendo en valor sus aciertos dentro del resto de la comunidad universitaria generando un espacio de diálogo sobre salud. La propuesta preventivista de estudios previos en promoción salud puede ser trascendida, sin descartarla en ningún momento, si se conjuga con visiones más salubristas que quieren hacer al sujeto responsable libre de sus decisiones en salud, confiando en que sus aciertos son un bien a compartir con el resto. Para ello, es necesario que sus aciertos puntúen y sean ecualizados.

Además, el feedback personalizado que se puede enviar a partir de los del análisis del IGSB con aspectos mejorables y refuerzo de los aciertos puede constituirse como un elemento motivador para afianzar la salud en los estudiantes, lo que constituye, además de una valoración del estado de salud estudiantil, una primera acción hacia una Universidad más saludable.

Se recomienda continuar pilotando esta herramienta en poblaciones con mayor número de estudiantes y más diversas, así como seguir trabajando en el estudio de la somnolencia diurna o alteraciones del sueño de los universitarios españoles. Asimismo, se recomienda revisar y preparar esta herramienta para su digitalización, con vistas a superar posibles sesgos, aumentar el tamaño de la población estudiada y obtener una mayor eficiencia y potencia de intervención.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Rev Sanid Hig Publica (Madr) [Internet]. 1987;1:129. Available from: <http://amro.who.int/Spanish/AD/SDE/HS/OttawaCharterSp.pdf>
2. WHO. Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health [Internet]. 1991 [cited 2017 Apr 13]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/index5.html>
3. Garwood P. 9th Global conference on health promotion: Global leaders agree to promote health in order to achieve Sustainable Development Goals [Internet]. WHO. 2016 [cited 2017 Apr 13]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/conference-health-promotion/en/>
4. Instituto de Formación del Profesorado I e IE. Red de Escuelas para la Salud en Europa (Red SHE) [Internet]. Gobierno de España. Ministerio de Educación. 2000. Available from: <http://www.educacion.navarra.es/>

- documents/27590/188173/Red+SHE+Objetivos, Principios, Historia/b271813e-2ed9-4ecc-b067-137da3378557
5. Organización Panamericana de Salud. Acerca de las Universidades Promotoras de Salud [Internet]. OMS. 2015 [cited 2017 Apr 13]. Available from: [http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10669%3A2015-about-health-promoting-universities&catid=7790%3Aabout&Itemid=41389&lang=es](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10669%3A2015-about-health-promoting-universities&catid=7790%3Aabout&Itemid=41389&lang=es)
  6. Díez Gañán L. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid 2011. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT - J). Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid:Consejería de Sanidad [Internet]. 2012;52. Available from: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1265618561630&language=es&pagina=PortalSalud%2FPagina%2FPTSA\\_servicioPrincipal](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1265618561630&language=es&pagina=PortalSalud%2FPagina%2FPTSA_servicioPrincipal)
  7. Díez Gañán L. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid 2014. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT - J). Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid Madrid: Consejería de Sanidad [Internet]. 2015;50. Available from: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DInforme+SIVFRENT\\_J+2014.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352929346789&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DInforme+SIVFRENT_J+2014.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352929346789&ssbinary=true)
  8. Arroyo SIM. Relación entre la espiritualidad, el bienestar físico y el bienestar psicológico de los estudiantes universitarios. 2014;7-18.
  9. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. [Internet]. 1991. Available from: <https://core.ac.uk/download/files/153/6472456.pdf>
  10. Santa-María Morales, Arantxa; García Fernández, Araceli; Martín de Bustamante C. Indicador Global de Salud [Inédito]. 2015.
  11. Guerrero D, Jiménez MG, López M. Escuela saludable versus protectora de la salud (salugénica). Educar [Internet]. 2014;50(2):323-38. Available from: <http://www.raco.cat/index.php/Educar/article/view/287057>
  12. Rose G. Individuos enfermos y poblaciones enfermas. 1985;14:32-8.
  13. Santa-María Morales A. Salud mental en estudiantes de medicina y su relación con factores socio-académicos: Diez años de investigación en la UAM. Universidad Autónoma de Madrid; 2013.
  14. Saverza Fernández A HNK. Manual de antropometría para la evaluación del estado nutricional en el adulto. Ciudad de México: Universidad Iberoamericana; 2009.
  15. Pinheiro P. Cómo calcular el IMC [Internet]. MDSAUDE. 2015 [cited 2017 May 15]. Available from: <https://www.mdsaude.com/es/2015/11/calcular-el-imc.html>
  16. Herrera Castellanos M. Formula para cálculo de la muestra poblaciones finitas [Internet]. Blog Investigación en Pediatría. 2011 [cited 2017 Jan 24]. Available from: <https://investigacionpediatria.files.wordpress.com/2011/01/formula-para-cc3a1lculo-de-la-muestra-poblaciones-finitas-var-categorica.pdf>
  17. Sanromà Ortíz, Montserrat; Puig Llobet, Montserrat; Lluch Canut, María Teresa; Luna Gámez, Rosa; Miguel Ruiz, Dolores; Roldán-Merino J. Revisión bibliográfica : Las conductas promotoras de salud en estudiantes Universitarios. Rev Presencia [Internet]. 2015;11:21. Available from: <http://www.index-f.com/presencia/n21/p10487.php>
  18. Ulla Díez, S; Pérez-Fortis A. Socio-demographic predictors of health behaviors in Mexican college students. Health Promot Int. 2010;25(1):85-93.
  19. Wei, CN; Harada, K; Ueda, K; Fukumoto, K; Minamoto, K; Ueda A. Assessment of health-promoting lifestyle profile in Japanese university students. Env Heal Prev Med. 2012;17(3):222-7.
  20. Peker, K; Bermek G. Predictors of health-promoting behaviors among freshman dental students at Istanbul University. J Dent Educ. 2011;75(3):413-20.
  21. Al-Kandari, F; Vidal V. Correlation of the health-promoting lifestyle, enrollment level, and academic performance of College of Nursing students in Kuwait. Nurs Heal Sci. 2007;9(2):112-9.

22. Joh H, Kim H, Kim Y, Lee J, Cho B, Lim CS, et al. Health promotion in young adults at a university in Korea. 2017;7(January).
23. Lee, RL; Loke A. Health-promoting behaviors and psychosocial well-being of university students in Hong Kong. *Public Heal Nurs.* 2005;22(3):209-20.
24. Al-Kandari, F; Vidal, VL; Thomas D. Health-promoting lifestyle and body mass index among College of Nursing students in Kuwait: a correlational study. *Nurs Heal Sci.* 2008;10(1):43-50.
25. Hui W. The health-promoting lifestyles of undergraduate nurses in Hong Kong. *Prof Nurs.* 2002;18(2):101-11.
26. Nakanjako D, Byakika-Kibwika P, Kintu K, Aizire J, Nakwagala F, Luzige S, et al. Mentorship needs at academic institutions in resource-limited settings: A survey at makerere university college of health sciences. *BMC Med Educ.* 2011;11(1).
27. Nacar, M; Baykan, Z; Cetinkaya, F; Arslantas D “et al.” Health promoting lifestyle behaviour in medical students: a multicentre study from Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2014;15(20):8969-74.
28. Ay, S; Yanikkerem, E; Çalim, S; Yazici M. Health-promoting lifestyle behaviour for cancer prevention: a survey of Turkish university students. *Asian Pacific J Cancer Prev.* 2012;13(5):2269-77.
29. Hosseini, M, Ashktorab, T; Taghdisi, MH; Vardanjani, AE; Rafiei H. Health-promoting behaviors and their association with certain demographic characteristics of nursing students of Tehran City in 2013. *Glob J Heal Sci.* 2014;7(2):264-72.
30. Haddad, L; Kane, D; Rajacich, D; Cameron, S; Al-Ma'aitah R. A comparison of health practices of Canadian and Jordanian nursing students. *Public Heal Nurs.* 2004;21(1):85-90.
31. Çoban, A; Kavlak, O; Özbasaran F. The evaluation of school of health students' knowledge and behavior of healthy life-styles of related to importance to prevent cancer. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2010;11(3):773-6.
32. Chalmers, K; Seguire, M; Brown J. Tobacco use and baccalaureate nursing students: a study of their attitudes, beliefs and personal behaviours. *J Adv Nurs.* 2002;40(1):17-24.
33. Kara B. The efficacy of an educational intervention on health behaviors in a sample of Turkish female nursing students: a longitudinal, quasi-experimental study. *Nurse Educ Today.* 2015;35(1):146-51.
34. Raj, S; Senjam, SS; Singh A. Assessment of health-promoting behavior and lifestyle of adolescents of a north Indian city. *Int J Prev Med.* 2013;4(10):1189-93.
35. Pacheco RL, Santos-silva DA, Gordia AP, Petroski EL. Sociodemographic determinants of university students' lifestyles. 2014;16(3):382-93.
36. Bennassar Veny M. Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios. La Universidad como entorno promotor de salud. *Universitar de les Illes Balears;* 2013.
37. Wanden-Berghe C, Martín-Rodero H, Rodríguez-Martín A, Novalbos-Ruiz JP, Victoria EM De, Sanz-Valero J, et al. Calidad de vida y sus factores determinantes en universitarios españoles de Ciencias de la Salud. *Nutr Hosp.* 2015;31(2):952-8.
38. Cerezo Correa, María del Pilar; Vergara Quintero, María del Carmen; Nieto Murillo, Eugenia; Cifuentes Aguero, Olga Lucía; Parra Sánchez JH. Características de la Salud Pública de Estudiantes de una Universidad Privada de la ciudad de Manizales. *Hacia la Promoción la Salud.* 2011;16(1):73-86.
39. Triviño-Vargas ZG. Conductas promotoras de salud en estudiantes de una institución de educación superior. *Aquichan.* 2012;12(3):275-85.
40. Hernando A. La fantasía de la individualidad. Madrid: Katz; 2012.
41. Larouche R. Determinants of college students' health-promoting lifestyles. *Clin Excell Nurse Pr.* 1998; 2(1):35-44.
42. Bi, J; Huang, Y; Xiao, Y; Cheng J “et al.” Association of lifestyle factors and suboptimal health status: a cross-sectional study of Chinese students. *BMJ Open.* 2014;4(6):e005156.
43. Jackson, ES; Tucker, CM; Herman K. Health value, perceived social support, and health self-efficacy as factors in a health-promoting lifestyle. Jackson, ES; Tucker, C Herman, KC. 2007;56(1):69-74.
44. Durán S, Castillo M V del RF. Diferencias en la calidad de vida de estudiantes universitarios de diferente año de ingreso del campus Antumapu. *Rev Chil Nutr.* 2009;36(3):200-9.

45. Ruiz Moreno E, Del Pozo de la Calle S, Valero Gaspar T, Ávila Torres J V-MG. Estudio de hábitos alimentarios y estilos de vida de los universitarios españoles: patrón de consumo de bebidas fermentadas. Fundación Española de la Nutrición. Madrid; 2013.
46. Ledo-Varela M, Luis Román D, González Sagrado M, Izaola Jauregui O, Conde Vicente R A de la FR. Características nutricionales y estilo de vida en universitarios. *Nutr Hosp*. 2011;26(4):814-8.
47. Motyka A, Leszkiewicz M, Majchraz A, Majewski M AR. Consumption of psychoactive substances-awareness of health consequences among the students of university schools in Poznan. *Przegl Lek*. 2007;64(10):808-10.
48. Patterson RE, Haines PS PB. Health lifestyle patterns of US Adults. *Prev Med*. 1994;23:453-60.
49. Ma J, Betts NM HJ. Clustering of lifestyle behaviors: the relations chip between cigarette smoking, alcohol consumption, and dietary intake. *Am J Heal Prom*. 2000;15:107-17.
50. Bien TH BR. Smoking and drinking: a review of literature. *Int J Addict*. 1990;25:1429-54.
51. Torabi MR, Bayley WJ M-JM. Cigarette smoking as a predictor of alcohol and other drug use by children and adolescents: evidence of the (gateway drug effect). *J Sch Heal*. 1993;63:302-6.
52. Gallego Gómez JI. Calidad del sueño y somnolencia diurna en estudiantes de enfermería. Universidad Católica San Antonio de Murcia; 2013.
53. Bill M, Loo B, Zeballos CG, Jonathan A, Peña H, Loayza IP, et al. Calidad de sueño y excesiva somnolencia diurna en estudiantes del tercer y cuarto año de Medicina. 2014;(June).
54. Ahrberg, K;Dresler, M; Niedermaier, S; Steiger, A;Genzel L. The interaction between sleep quality and academic performance. *J Psychiatr Res*. 2012;46(12):1618-22.
55. Machado-duque ME, Enrique J, Chabur E, Machado-alba E. Somnolencia diurna excesiva , mala calidad y bajo rendimiento académico del sueño en estudiantes de Medicina. 2015;4(3):137-42.
56. Ferrer Albero, Cristina; Albelda Selfa, Amparo; Climent Calabuig, Salvador; Hernández Hernández Fabián; Montoro Garcés E. Estado de Salud de los estudiantes del Grado de Enfermería. *Enfermería Integr Col Of Enfermería Val*. 2014;3-9.
57. Malpica, Alida; Dugarte A. Salud Integral y Calidad de Vida de los Estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Carabobo en Valencia (Venezuela). *Rev Multidiscip Dialógica*. 2015; 12(2):49-79.