



Abilio Reig Ferrer
Departamento de Psicología de la Salud

Julio Cabrero García
Departamento de Enfermería

Rosario I. Ferrer Cascales
Departamento de Psicología de la Salud

Miguel Richart Martínez
Departamento de Enfermería

La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios

2003 - Reservados todos los derechos

Permitido el uso sin fines comerciales

Abilio Reig Ferrer
Departamento de Psicología de la Salud

Julio Cabrero García
Departamento de Enfermería

Rosario I. Ferrer Cascales
Departamento de Psicología de la Salud

Miguel Richart Martínez
Departamento de Enfermería

La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios

UNIVERSIDAD DE ALICANTE

Dedicatoria:

A los estudiantes de la Universidad de Alicante, y en especial a todos aquellos que han participado en este estudio, con los cuales los autores han contraído una deuda de impagable gratitud.

Al profesor D. Andrés Pedreño Muñoz, Rector Magnífico de la Universidad de Alicante desde 1994 hasta 2000, con admiración, respeto y afecto.

Agradecimientos

Los autores desean reflejar aquí a aquellas personas e instituciones que han hecho posible la culminación de este estudio.

Nuestro agradecimiento, en primer lugar, a la Comisión de Seguimiento del Convenio Bancaja-Universidad de Alicante que ha hecho posible la financiación económica de este estudio, y de manera especial a la Vicerrectora de Relaciones Institucionales, profesora Ana Laguna.

A aquellas personas que han colaborado activamente en las tareas de elaboración de las bases de datos y otras ayudas técnicas, Sonia Ivorra Gómez, Teresa Domenech García, Lucía Pinheiro Ortega, Yolanda Gras Bernabeu, Pilar Tercero Giménez, José Luis Talavera Biosca, y José Javier Calatayud, así como al Gabinete de Imagen y Comunicación Gráfica de la Universidad de Alicante y al Centro de Proceso de Datos de la misma universidad.

A la profesora Dra. Irene Prüfer Leske (de la Universidad de Alicante), a los profesores Dr. Alexander Krämer y Dra. Christiane Stock (de la Universidad de Bielefeld), al profesor Dr. Francisco Guillén Grima (de la Universidad de Navarra), y a nuestra colaboradora Sandra Mang (de la Universidad de Krems an der Donau).

Y muy especialmente a todos los estudiantes de la Universidad de Alicante que participando han hecho posible la conclusión de este estudio.

Prólogo

La Universidad viene experimentando profundos cambios en los últimos años, dentro y fuera de nuestro país, que no son otra cosa que reflejo de los que suceden en la sociedad en la que está inserta. El desarrollo de las nuevas tecnologías de la información ha conducido a una «globalización» en todos los aspectos de las relaciones humanas cuyas repercusiones estamos todavía lejos de calibrar. Sin duda, una de ellas es la aparición de una sana competitividad entre las diferentes instituciones públicas de educación superior que afecta desde aspectos como el diseño de los currícula hasta la investigación pero que también incluye otras iniciativas: internacionalización, inserción laboral, intercambios, promoción de la salud o cooperación internacional entre otras.

La Universidad de Alicante siempre ha dado muestras de ser una institución preocupada por la promoción de la salud y bienestar de todos los colectivos que allí se desenvuelven: profesores, estudiantes y trabajadores; y ha apostado desde sus comienzos por poner en marcha mecanismos favorecedores de comportamientos saludables. Dentro de estos objetivos surge como una necesidad imprescindible implementar métodos para diagnosticar

y evaluar la calidad de vida y la salud de los miembros de la comunidad universitaria. El estudio que se presenta en este libro es un profundo acercamiento a esta visión del miembro central de la comunidad universitaria: el estudiante.

El libro presenta un análisis global de la calidad de vida y estado de salud en los estudiantes de nuestra Universidad. Así, al tiempo que se desarrolla un instrumento de evaluación, se realiza una descripción pormenorizada de su estado de salud y de los comportamientos con ella relacionados y se describen y evalúa las variables estructurales y funcionales relacionadas con el mantenimiento y promoción de contextos de oportunidad para la salud y para la calidad de vida en la Universidad de Alicante.

Hay que agradecer a los autores, expertos conocedores de la materia, su sensibilidad hacia un tema que está poco estudiado y sobre el que, de momento, no existe demasiada literatura publicada. El presente informe, por su metodología, por la información que aporta y por formar parte de un proyecto internacional ocupará una posición fundamental y se convertirá en un referente básico en la bibliografía. Al menos ese es nuestro deseo.

Ana Laguna
Vicerrectora de Relaciones Institucionales e Internacionales
Universidad de Alicante

Presentación

Producir un conocimiento útil que pueda aplicarse para potenciar y mejorar la calidad de vida y la salud de los miembros de la comunidad universitaria es la meta que hemos procurado conseguir con el estudio que presentamos a continuación. A través de un cuestionario de calidad de vida y salud, diseñado para este objetivo, hemos pretendido conocer la situación personal y colectiva de uno de los colectivos de la comunidad universitaria: el estudiante universitario. Este instrumento, enviado y contestado por correo por una muestra representativa del total de estudiantes de la Universidad de Alicante, nos ha permitido identificar toda una serie de cuestiones relevantes que tienen que ver con la calidad de vida y la salud del estudiante: cómo vive la vida universitaria, cómo la valora, cómo se comporta, qué aprende, o qué rinde, entre otros aspectos de interés.

Hemos escuchado la voz, una voz polifónica, del estudiante, miembro central de la comunidad universitaria, a través de sus percepciones, sugerencias y valoraciones de lo que es o hace buena o mala la vida universitaria. Sus respuestas, como se verá a lo largo del presente estudio, permiten la identificación de las fuerzas potenciales, de las demandas, y de las necesidades, y posibilita, desde aquí, el desarrollo de propuestas de intervención

desde un posicionamiento de promoción de bienestar psicológico, de salud, y de calidad de vida en el contexto universitario. De los resultados se desprende que al estudiante universitario le gusta la universidad y disfruta de las posibilidades y oportunidades que le ofrece esta situación especial y singular en su vida. Estudia lo que quiere y a esta ocupación dedica gran parte de su tiempo. Pero también ocupa su tiempo divirtiéndose, estableciendo relaciones sociales y conformando su perspectiva de futuro, tanto personal como profesional.

La universidad es un contexto excepcionalmente valioso para el acceso a la información relevante, para el aprendizaje de formas de ocupar la vida personal y profesional, para aprender un estilo de vida de compromiso ético [12] ciudadano y universal, a la par que conforma el marco idóneo como estímulo para explorar opciones y posibilidades de vida. En la universidad, sus miembros viven y trabajan muchas horas. Es en estos contextos de vida donde se configura la salud, el bienestar y la calidad de vida, presentes y futuras. Y es por ello que la universidad es el lugar propicio para tareas de salud, bienestar y calidad de vida. El movimiento de «ciudades saludables» se debió al reconocimiento de que la ciudad y el ambiente urbano afecta la salud y el bienestar de sus miembros. Nosotros estamos convencidos que la universidad puede desempeñar un papel capital en el logro complementario de importantes objetivos de calidad de vida, de salud y de bienestar. [17]

1. Introducción: la Universidad como contexto saludable y de calidad

Las universidades evolucionan y cambian. Desde los primeros significados de «universidad» como comunidad y ayuntamiento de gentes y cosas (Covarrubias, 1611) hasta más recientes como «institución en que se enseña al estudiante a ser un hombre culto y un buen profesional» (Ortega, 1930/1960), las universidades son, también, contextos de vida cotidiana en los que las personas trabajan, se divierten, aprenden y viven.

Además de satisfacer y cubrir el reto de formar profesionales y ciudadanos cultos capaces de configurar sociedades solidarias y de progreso, las universidades tienen un nuevo reto que afrontar: ser un contexto de vida que propicie comportamientos saludables y que redunde en la calidad de vida, no sólo del colectivo de los que viven y trabajan en la universidad sino de toda la sociedad en general.

La idea no es nueva. Las instituciones de enseñanza superior se han comprometido desde tiempo en la promoción de la salud y del bienestar de los estudiantes (O'Donnell y Gray, 1993; Peterken, 1996). Lo nuevo, no obstante, consiste en un nuevo marco con una nueva metodología de trabajo.

Se propone aquí que las universidades, desde el modelo de promoción de la salud basado en el contexto (settings-based approach to health promotion), pueden contribuir notablemente a la mejora y promoción de la salud y del bienestar de la población, ya que constituyen un marco idóneo de actividad laboral, social y cultural. La salud, desde una orientación salutogénica, también se crea y se vive en los contextos de la vida cotidiana de las personas (Antonovsky, 1996; Raphael et al., 1999), como por ejemplo, en las

universidades. El concepto, pues, de universidad promotora de salud no implica sólo sentar los medios que conduzcan a una educación para la salud y a la promoción de la salud de sus trabajadores y estudiantes, sino que [18] conlleva también integrar la salud y el bienestar en la cultura universitaria, en los procesos, y en el sistema universitario (Tsouros, 1998, 2000).

En esta línea, las universidades deben preocuparse y ocuparse en proporcionar un contexto de oportunidad para las actividades de promoción de salud y de calidad de vida de sus trabajadores y estudiantes (Tsouros, Dowding, Thompson y Dooris, 1998). Como ha señalado Agis D. Tsouros, coordinador del proyecto Ciudades Saludables y representante de la oficina europea de la Organización Mundial para la Salud:

«Las universidades pueden hacer muchas cosas para promover y proteger la salud de los estudiantes y del equipo universitario; para crear ambientes de vida, de aprendizaje, y de trabajo conducentes a la salud; para proteger el ambiente y promover el desarrollo humano sostenible; para promover la promoción de la salud en la enseñanza y en la investigación; para promover la salud de la comunidad, y ser un recurso para la salud de la comunidad» (Tsouros, 1998: i; Tsouros, 2000: 15).

Reparemos brevemente en aquellos papeles que hacen de la universidad una organización peculiar (Abercrombie, Gatrell y Thomas, 1998: 29):

- Una universidad es un centro de enseñanza y de desarrollo, con papeles en formación, educación e investigación.
- Una universidad es también un centro de creatividad y de innovación, que se manifiesta en los procesos de aprendizaje, y en la aplicación, manejo y combinación del conocimiento y comprensión disciplinar e interdisciplinar.
- Más ampliamente, una universidad proporciona un contexto en el que los estudiantes desarrollan independencia y aprenden habilidades para la vida, a través de vivir o pasar tiempo lejos del hogar y frecuentemente a través de experimentar y explorar.
- Como estructura de educación superior que cambia, las universidades están proporcionando de manera creciente un contexto en el que los estudiantes maduros se comprometen a aprender.
- Una universidad es un recurso y un igual para la comunidad local, nacional y global.
- Una universidad, finalmente, es una empresa, preocupada cada vez más por su imagen, su rendimiento y su resultado de gestión económica dentro de un mercado competitivo.

En consecuencia, y para que la Universidad pueda atender adecuada y eficientemente las demandas que la sociedad le requiere, esta institución debe procurar un contexto físico y social saludable y de calidad, que posibilite la cumplimentación óptima de sus obligaciones sociales. Entre las demandas sociales exigibles a la Universidad se pueden enumerar, además de las ya mencionadas, las siguientes (Michavila y Calvo, 1998): (a) crear, desarrollar, transmitir y criticar la ciencia, la técnica y la cultura; (b) preparar para el mundo profesional; (c) apoyar científica y técnicamente [19] para el desarrollo cultural, social y económico de su entorno y de la sociedad; y (d) transmitir la cultura universitaria.

El concepto de universidad saludable y promotora de salud ha tenido dos eventos, de trabajo y discusión, importantes: el primero de ellos en 1996 con la celebración en

Lancaster de la Primera Conferencia Internacional sobre Universidades Promotoras de Salud (First International Conference on Health Promoting Universities), organizada conjuntamente por la Universidad de Lancaster y por la Oficina Regional de la OMS para Europa, y un posterior Encuentro de la Organización Mundial de la Salud en 1997 para sentar los criterios y estrategias de una nueva Red Europea de Universidades Promotoras de Salud, European Network of Health Promoting Universities (Tsouros, 2000).

La idea básica del desafío que supone desarrollar e implementar la estrategia del proyecto de universidades saludables y de calidad reside en un especial compromiso, operacionalizado en dos metas generales y una serie de objetivos (Booth y Ritchie, 1998; Dooris, 2000). Las metas serían:

1. Integrar en la estructura, procesos y cultura universitaria un compromiso de cara a la salud, así como desarrollar el potencial de la universidad como agente promotor de salud.
2. Promover la salud, el bienestar y la calidad de vida universitaria de los estudiantes, de los profesores, del personal de administración y servicios, y de la comunidad general.

Como objetivos de acción podemos apuntar los siguientes:

- Desarrollar un concepto de universidad como lugar de trabajo saludable y de soporte.
- Apoyar el desarrollo saludable, personal y social, de los estudiantes universitarios.
- Crear ambientes promotores de salud y ambientes físicos que funcionen como recursos de apoyo.
- Incrementar el conocimiento, el compromiso y la comprensión entre departamentos y centros universitarios hacia una promoción de salud multidisciplinar.
- Apoyar el concepto de promoción de salud sostenible (sustainable health) en la comunidad general.

Se defiende, por tanto, la tesis de que difícilmente la Universidad podrá atender y responder satisfactoriamente a estas demandas sociales si no cuida a sus estudiantes, profesores, y demás personal, o descuida su ambiente físico y social. Sólo una universidad que se cuida podrá prestar una atención y servicio de calidad como agente cultural y social.

Por ello, una de las metas consustanciales a los fines de las universidades actuales consiste en procurar una buena calidad de vida laboral entre el colectivo de estudiantes y trabajadores de las mismas, así como el fomentar comportamientos y contextos saludables que favorezcan y estimulen el desarrollo y el logro de los fines de la Universidad. En esta línea, se pretende [20] explorar, estudiar y conocer las condiciones, opiniones, actitudes y comportamientos de los estudiantes universitarios de la Universidad de Alicante al objeto de fomentar la promoción de la salud y de la calidad de vida en el contexto universitario.

Este estudio se inscribe, como venimos tratando, en la línea trazada hace algunos años en el marco del programa «Ciudades Sanas» (Healthy Cities) de la Organización Mundial de la Salud (Ashton, 1987). Este programa de Ciudades Sanas ha permitido crear una red de ciudades europeas que colaboran en el desarrollo de nuevas iniciativas de promoción de la salud, desempeñando un papel importante en la difusión de ideas y en el establecimiento de una nueva sanidad. Este mismo marco ha dado lugar a otros proyectos de promoción de la

salud en centros educativos (Health Promoting School) y hospitales (Health Promoting Hospital) (WHO, 1996a, 1996b), además de los propiamente universitarios (Tsouros et al., 1998; Sonntag et al., 2000), al objeto de cumplir con la meta 14 de los contextos para la promoción de la salud: «En el año 2000, todos los contextos de actividad y de vida social, como la ciudad, la escuela, el lugar de trabajo, el vecindario, o el hogar, deben procurar y proveer mayores oportunidades para la promoción de la salud».

En esta misma línea, y a partir del encuentro de la Organización Mundial de la Salud de 1997 para la configuración de una Red europea de universidades saludables, este estudio que presentamos se enmarca en esta nueva estrategia de promoción de salud en las universidades europeas con el que pretendemos conseguir nuevos escenarios universitarios saludables y de calidad (Tsouros et al., 1998; Sonntag et al., 2000).

1.1. El modelo de promoción de la salud basado en el contexto

Las políticas de salud recientes, y el modelo de salud pública concretamente, han evolucionado a lo largo del presente siglo desde un marcado énfasis ambientalista, con focalidad geográfica y acusado pensamiento mecanicista, hacia un acercamiento caracterizado por un pensamiento ecológico, focalizado en los contextos y preocupado por los aspectos no sólo de salud sino también por la calidad de vida y los contextos saludables (Ashton, 1998). Se entiende por contexto el ambiente o hábitat en el que la gente vive y trabaja.

Este nuevo movimiento de salud pública se ha desarrollado a partir de tres iniciativas de la Organización Mundial para la Salud:

1. La Declaración de Almagro de 1977, en la que se acentuó la importancia de la atención primaria integrando la salud pública, las características ambientales y la población. [21]
2. La Estrategia de Salud para Todos en el Año 2000, de 1981, en la que se hacía énfasis en la equidad, la participación pública, la colaboración intersectorial, y la necesidad de reorientar los sistemas y servicios de salud.
3. La Carta de Ottawa para la promoción de la salud de 1986, focalizada en la búsqueda de ambientes de oportunidad y sistemas públicos que apoyaran el desarrollo de la salud.

Este cambio conceptual y metodológico, desde un pensamiento vertical hacia uno horizontal donde los enlaces y relaciones se hacen explícitos, ha posibilitado una salud pública de contexto ecológico dirigida a hogares, escuelas, lugares de trabajo, hospitales, cárceles, y otros tipos de ambiente.

1.2. Hacia una Universidad de Alicante saludable y de calidad

¿Qué entendemos por universidad saludable y de calidad? Una universidad saludable y de calidad es aquella que de forma continua está mejorando su ambiente físico y social, potenciando aquellos recursos comunitarios que permiten a su población realizar todas las funciones de la vida y autodesarrollarse hasta su máximo potencial desde una perspectiva de apoyo mutuo. Los pasos hacia una universidad saludable y de calidad serían los siguientes: 1) La formulación de conceptos que conduzcan a la adopción de planes de salud activos para el colectivo de personas de la universidad. 2) El desarrollo de modelos adecuados de actuación en la práctica. 3) Monitorización e investigación sobre la efectividad de los modelos de actividades saludables y de calidad en la universidad. 4) Intercambio de ideas y experiencias entre otras universidades colaboradoras o interesadas. 5) Apoyo mutuo, colaboración y aprendizaje entre las universidades europeas.

Se ha escrito que las universidades actuales «deben asumir el reto de la calidad, es decir, la responsabilidad de demostrar que son capaces de hacer las cosas bien y de satisfacer las demandas de la sociedad con el máximo nivel de calidad y de eficiencia» (Quintanilla, 1998: 98). La Universidad de Alicante ha apostado, desde su fundación en el año 1979, por ser una institución preocupada y ocupada en la calidad y en la promoción de la salud y del bienestar de su colectivo de estudiantes y trabajadores, dentro de un marco físico y social favorecedor de comportamientos saludables y de calidad. El modelo de la Universidad de Alicante está respondiendo de forma positiva e ilusionada a las demandas de la sociedad a través de una gestión responsable de los recursos públicos que proporciona esa misma sociedad (Pedreño, 1998). [22]

1.3. Estudios de calidad de vida y salud en estudiantes universitarios

Los estudiantes universitarios constituyen una población de relevancia e interés para la realización de estudios de bienestar y salud. Tres son las ventajas generales de estudiar a este colectivo (Steptoe y Wardle, 1996). En primer lugar, los estudiantes universitarios son un grupo poblacional accesible y homogéneo que se puede identificar y acceder con facilidad. Los estudiantes universitarios son, en segundo lugar, un grupo relativamente sano y saludable. En tercer lugar, los estudiantes universitarios ocupan una posición significativa en la vida pública y en determinados casos, los estudiantes de las ciencias de la salud, constituyen un grupo ejemplar como modelo saludable desde el punto de vista sanitario.

Las ventajas de estudiar este colectivo conlleva, como contrapartida, una serie de limitaciones. Dos son las principales: (a) Los estudiantes universitarios son un grupo de adultos jóvenes selectivo y privilegiado en cualquier país, por lo que no se debe esperar que constituya una muestra representativa de la población como un todo. (b) Los estudiantes de ciclos de formación superior suelen presentar un perfil más saludable y positivo de comportamientos de salud o de acciones relacionadas con la prevención de la enfermedad frente a otros grupos de adultos jóvenes.

Se han llevado a cabo algunos estudios para conocer el estado de salud y los comportamientos de salud de colectivos de estudiantes universitarios (por ejemplo, Allgöwer, Stock y Krämer, 2000; Barandiaran y Guerra, 1998; Caruana, Martínez, Reig, y

Merino, 1999; Castro y Sánchez, 2000; Engelmann, Krupka y Verner, 1993; Krämer y Stock, 1998; Krämer, Stock y Allgöwer, 1997; Krämer et al., 2000; Lameiras y Frailde, 1997; Lemos y Fidalgo, 1993; Reig y Prüfer, 1999; Seva, 1994; Steptoe y Wardle, 1996; Stock y Krämer, 2000; Stock, Allgöwer, Prüfer-Krämer y Krämer, 1997; Vizcaya, Fuentes y Fernández, 1997). Todos ellos, sin embargo, se han basado en muestras disponibles o incidentales de estudiantes universitarios, lo que genera problemas serios a la hora de la generalización de los resultados obtenidos. Trabajar con una muestra representativa de estudiantes universitarios va a ser uno de nuestros objetivos prioritarios.

[23]

2. Objetivos del estudio

El objetivo básico de este estudio consiste en realizar un estudio de la calidad de vida y del estado de salud en una muestra representativa de los estudiantes de la Universidad de Alicante. La calidad de vida tiene que ver, fundamentalmente, con lo que hacemos y cómo experimentamos lo que hacemos (lo que sentimos y pensamos). Entendemos la salud aquí como un importante recurso para una vida de cantidad y de calidad. La salud, desde una perspectiva de investigación salutogénica (Antonovsky, 1996), no es esencialmente la variable de resultado de la intervención médica sino un producto socioecológico, producto de una interrelación compleja de factores comportamentales, genéticos, ambientales, económicos, políticos, y sociales. Se desea, por ello, ir desde la única perspectiva del problema de salud hacia la perspectiva de ambientes y contextos.

Deseamos, desde aquí, estudiar y conocer las variables y los comportamientos de interés tanto del estudiante universitario como del contexto, físico y social, en el que tienen lugar. Con esta investigación pretendemos conseguir y estudiar una serie de objetivos generales. Los objetivos generales serán:

1. Desarrollar un instrumento de evaluación de la calidad de vida y del estado de salud de los estudiantes de la Universidad de Alicante.
2. Describir el estado de salud del estudiante universitario, los comportamientos relacionados con la salud (tanto los positivos como los de riesgo), y los contextos universitarios ambientales saludables.
3. Describir las variables estructurales y funcionales relacionadas con el mantenimiento y promoción de contextos de oportunidad para la salud y para la calidad de vida en la Universidad de Alicante.
4. Describir la satisfacción con la vida y la calidad de vida del estudiante universitario.
5. Describir el grado de bienestar del estudiante universitario asociado a su principal actividad en este contexto: el estudio. [24]
6. Describir el grado de satisfacción del estudiante universitario asociado a los aspectos estructurales (diseño, ubicación, acceso, aulas) y funcionales (organización, mantenimiento, personal) de la Universidad de Alicante.

[25]

3. Material y método

3.1. Desarrollo del cuestionario

Como se ha mencionado en la introducción, este estudio es parcialmente constitutivo de otro proyecto de mayor cobertura en el que participan varias universidades europeas. Está liderado por el profesor Alexander Krämer, catedrático de epidemiología y salud pública de la Universidad de Bielefeld (Alemania) y contextualizado en la línea de trabajo que denominamos Universidades Saludables. Sin embargo, nuestro estudio tiene objetivos y metodología propios, además de cubrir los del proyecto general europeo, basados y adaptados a nuestro propio contexto. Por tanto, el cuestionario que se ha elaborado y utilizado, aunque está basado en las indicaciones generales del cuestionario del proyecto europeo (Stock y Krämer, 1999), ha experimentado sustanciales modificaciones, tanto por omisión de cuestiones (ítems), como por añadidura de otros. Este proceso de cambio se detalla a continuación.

3.2. Adaptación del cuestionario

Se han realizado, desde finales de 1998, varias reuniones de consenso entre los participantes en el estudio europeo sobre la versión original en lengua alemana. La más importante de ellas fue la realización de unas jornadas de trabajo de dos días de duración (16 y 17 de septiembre de 1999) en la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Bielefeld con la denominación Health Needs in University Students: Identifying Priorities for Intervention. El listado de organismos y personas participantes en este encuentro fue el siguiente:

- Institute of Clinical Bacteriology, Uppsala, Schweden (Dr. Marius Domeika). [26]
- Universidad de Pamplona, Navarra, España (Prof. Dr. Francisco Guillén).
- Universität Zürich, Schweiz (Prof. Dr. Rainer Hornung).
- Universität Bielefeld, Deutschland (Prof. Dr. Alexander Krämer, y Dr. Christiane Stock).
- Technische Universität Dresden, Deutschland (Prof. Dr. Kugler, y Dr. Jörg Klewer).
- Kaunas Medical Academy (Prof. Dr. Irena Miseviciene).
- Universidad de Alicante, España (Prof. Dr. Abilio Reig, y Prof. Dr. Irene Prüfer).
- University College London, Reino Unido (Annette Allgöwer).

En estas jornadas se presentaron y debatieron los trabajos en curso y las propuestas de mejora en la metodología y coordinación entre los diversos grupos europeos. Una de las conclusiones consistió en plantear instrumentos de evaluación que recogieran información genérica a compartir por todos los grupos y otra serie de cuestiones específicas de interés para contextos nacionales específicos. Asimismo, se decidió que la lengua de intercambio de los instrumentos generados sería el inglés.

La versión final nuestra distingue, por lo tanto, dos tipos de cuestiones, aquellas que pueden ser eliminadas o modificadas en estudios nacionales, y aquellas otras que deben formar parte del cuerpo común de todas las versiones (core). Además, se recomienda qué tipo de cuestiones deben ser contextualmente adaptadas en las versiones nacionales.

La versión original (primero en alemán y posteriormente en inglés) fue traducida del alemán al castellano de forma independiente por dos traductores bilingües, nativos de

Alemania y vinculados laboralmente a la universidad española en el área de filología alemana (una profesora de la Universidad de Navarra, y la otra de la Universidad de Alicante). Ambas versiones fueron analizadas y traducidas de nuevo por otra persona de la Universidad de Alicante con conocimientos de alemán y de investigaciones en encuestas de salud. Esta primera versión castellana fue revisada por varios expertos en el área y el propio equipo del proyecto español introdujo ya las primeras modificaciones. Posteriormente, se aplicó a una pequeña muestra de conveniencia de 20 estudiantes universitarios. Se realizaron modificaciones relacionadas con la interpretabilidad de las preguntas y de las opciones de respuesta. Esta segunda versión se aplicó a una muestra de 175 estudiantes del último curso de enfermería durante el curso académico 1998-1999. Se realizaron los primeros análisis estadísticos y psicométricos, y se recabó, de nuevo, la opinión de los encuestados sobre la interpretabilidad del cuestionario. De ambas fuentes de datos se derivó una tercera versión, que también se aplicó a una muestra de estudiantes de enfermería de similar tamaño a la anterior durante el curso académico 1999-2000. Se procedió del mismo modo que en la ocasión anterior, pero en este caso el equipo del [27] proyecto decidió hacer modificaciones sustanciales apoyadas en criterios conceptuales y técnicos. De índole conceptual fue la decisión de incorporar nuevas medidas -cuestionarios- que de forma más diáfana valorasen aspectos cardinales de los objetivos del estudio, principalmente en lo referente a la calidad de vida ligada a la salud y la satisfacción vital, pero también en la depuración de otras cuestiones de contenido complejo e impreciso. Y de índole técnica fue la decisión de incorporar medidas de calidad métrica suficientemente contrastadas por la literatura internacional y nacional. Esta nueva versión fue aplicada, además, a doce estudiantes de doctorado en el seno de las actividades de un curso de doctorado sobre construcción de instrumentos de medida de salud y calidad de vida. Con las observaciones de estos jueces y la revisión del equipo de investigación se depuró la versión que ha sido finalmente empleada en este estudio.

Otras fuentes utilizadas para incluir nuevas cuestiones han sido la Encuesta Nacional de Salud, la Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana, la Encuesta de Salud Municipal de Barcelona, el informe CIRES, y cuestionarios ya empleados en otras investigaciones por los autores de este proyecto. Además, a lo largo del proceso de depuración del cuestionario final se ha recurrido a la colaboración de otros expertos que han hecho aportaciones en algunos apartados. Así, por ejemplo, se ha consultado con miembros destacados de esta Universidad para elaborar la parrilla de evaluación de servicios, actividades y otras ofertas para el estudiante de la Universidad de Alicante. Sería muy prolijo, por tanto, detallar todas las colaboraciones esporádicas.

Respecto a los aspectos formales, la mayoría de las 103 cuestiones que plantea el cuestionario tienen un formato de respuesta cerrada, con escalas de respuesta varia: intensidad, frecuencia, tiempo, grado de acuerdo, verificación, etc. Cinco cuestiones tienen un formato de respuesta abierto. El cuestionario se presenta en un cuadernillo de 38 páginas, impreso en imprenta, con un tamaño algo superior a la cuartilla. La portada está estampada en tonos azules con la imagen de una escultura sita en el campus, y que en la actualidad es un icono especialmente representativo de la Universidad de Alicante. El título abreviado del estudio «Calidad de Vida y Salud» rotula la portada. La primera página del cuestionario contiene las instrucciones generales, y para algunas de las cuestiones se dan también brevísimas instrucciones específicas. Los dominios del cuestionario aparecen

resaltados encabezando las cuestiones que le siguen. El cuestionario es autorrellenable en su totalidad, y la experiencia con las dos últimas versiones piloto permite estimar un tiempo de cumplimentación inferior a 45 minutos. [28]

3.3. El cuestionario final

El cuestionario está dividido en varios apartados o facetas. Estas facetas son:

A) Cuestiones sociodemográficas y físicas: edad, género, altura, peso, nacionalidad, estado civil, hijos, lugar y tipo de residencia, renta, nacionalidad, nivel de estudios de los padres, etc.

B) Estudios. Se examinan aquí cuestiones relacionadas con el tipo de estudios que se cursan, nivel de exigencia percibido, asistencia a clase, tiempo dedicado a actividades de aprendizaje, rendimiento subjetivo y objetivo, satisfacción con los estudios, forma de acceso a la universidad, nivel de estrés experimentado, etc.

C) Uso y valoración de recursos universitarios. Se indica la frecuencia del uso y la valoración en relación a diversos aspectos universitarios: actividades culturales y deportivas, servicios de restauración, servicios de alumnado, servicios generales, aulas, formación y otros servicios del Campus (bancarios, de esparcimiento, aparcamiento, etc.). Asimismo, se pregunta por una valoración subjetiva acerca tanto del diseño, la ubicación y el acceso a la universidad como de otros aspectos de interés: la oferta de carreras o estudios, la calidad de las clases, la atención y el trato por parte del profesorado y del personal de administración y de servicios, y la valoración global de la Universidad de Alicante.

D) Cuestiones generales sobre salud. Son una serie de preguntas genéricas sobre salud (estado de salud, cuidado de la salud, días de enfermedad, etc.), incluyéndose cuestiones sobre hábitos sedentarios.

E) Actividad física y prácticas de relajación. Comprende cinco cuestiones sobre prácticas de ejercicio físico y deportes, principales motivos para la práctica deportiva, así como actividades con la finalidad de relajación.

F) Molestias psicósomáticas y somáticas. Son nueve preguntas, de las que dos de ellas son un listado de molestias físicas y psicósomáticas, y otro de enfermedades. Se incluyen también preguntas sobre uso y valoración de servicios médicos y consumo de medicamentos.

G) La Escala de Satisfacción con la Vida (adaptación española del original de Diener et al., 1985). Esta escala consiste en la presentación de cinco ítems de satisfacción con la vida a los que se contesta con una de las cinco posibles alternativas de respuesta desde muy de acuerdo a muy en desacuerdo.

H) El cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud COOP-WONCA (Lizán y Reig, 1999). Consiste en la presentación de la versión completa, consistente en 9 láminas que valoran la forma física, los sentimientos, las actividades cotidianas, las actividades sociales, [29] el cambio en el estado de salud, el estado de salud, el dolor, el apoyo social, y la calidad de vida, a lo largo de las dos últimas semanas.

I) Un Inventario de Estrés consistente en la presentación de 14 situaciones potencialmente estresantes: estudios, competitividad, vivienda, situación económica, grupo de compañeros, enfermedad, etc.

J) Alimentación y salud bucal. Consta de cuatro preguntas sobre percepción del cuerpo, hábitos alimenticios, e higiene bucal.

K) Otros hábitos y comportamientos relacionados con la salud. Consta de diecisiete preguntas en las que se indaga sobre el consumo de bebidas alcohólicas, comportamiento de fumar, consumo de otros tipos de drogas, medidas de seguridad viaria, protección solar, hábitos de sueño, y hábitos de higiene personal.

L) Promoción de salud. Un conjunto miscelánea de seis preguntas. Cuatro con formato cerrado de aspectos relacionados con la cultura, valores y promoción de la salud en la universidad, actividades habituales de tiempo de ocio, o comportamiento de hemodonación, y dos con formato abierto sobre posibles medidas tendentes a mejorar la calidad de vida en la universidad y otras medidas que pudieran contribuir a fomentar la salud desde la propia universidad.

M) Sexualidad y comportamiento sexual. Es el último apartado del cuestionario y consta de un bloque de 11 preguntas que indagan sobre el comportamiento sexual, prácticas de riesgo o seguridad sexual, y enfermedades de transmisión sexual. Debido a su componente más íntimo, se hace hincapié sobre el carácter totalmente anónimo y confidencial de los datos y mencionando que si, a pesar de ello, no se quiere proporcionar este tipo de información, deje el estudiante esta sección sin contestar.

El cuestionario viene precedido por unas indicaciones en las que se anima a leer con atención y responder de manera exhaustiva y sincera las preguntas que se van a formular. Se señala, así mismo, que los datos obtenidos se registrarán de manera anónima según las disposiciones de protección de datos y se informa que, para tener acceso a los resultados del estudio, se facilita un código con 6 dígitos que debe cumplimentar el propio estudiante a partir de la primera y última letra de su nombre de pila, la primera y última letra del nombre de pila de su madre, y el mes de su nacimiento en dos dígitos.

3.4. Diseño muestral

Una de nuestras metas metodológicas ha sido que las respuestas a los objetivos y preguntas de este estudio deberían ser generalizables a toda la población, es decir, a todos los estudiantes de la Universidad de Alicante; de [30] ahí que se optara por un procedimiento muestral probabilístico, aleatorio. Quedaba por dilucidar el tipo específico de muestreo. La disponibilidad de información adecuada sobre el marco muestral, a través del Centro de Procesamiento de Datos (CPD) de la Universidad de Alicante, y la elección del procedimiento de administración del cuestionario mediante correo postal, y por tanto autoaplicación individual y anónima, desembocaba en dos opciones: muestreo al azar simple (el muestreo sistemático es una alternativa descartable, ya que no suponía ninguna simplificación en el proceso de selección de unidades muestrales y, por contra, podría introducir algún sesgo inespecífico perfectamente evitable con el muestreo aleatorio simple) y el muestreo estratificado. Las ventajas de este último, en cuanto a una mayor precisión y disminución de los errores de muestreo, están a expensas de que las variables de

estratificación, necesariamente pocas y en nuestro caso quizás el género y el tipo de estudios, estén moderada o altamente correlacionadas con las variables fundamentales del estudio. Y dado que son múltiples las variables que se estudian para responder a las preguntas planteadas (piénsese sólo en las facetas del cuestionario), y que difícilmente pueden ordenarse en rangos de importancia, entre otras cosas porque la literatura existente, escasa, no permite predecir con confianza la intensidad de las relaciones entre las posibles variables de estratificación y el resto, y no es sostenible la uniformidad de estas relaciones estadísticas a lo largo de los diferentes grupos de variables y facetas del cuestionario; se decide consecuentemente descartar este tipo de muestreo porque su potencial de mejora sobre el muestreo simple es incierto, pero su complejidad añadida es segura. Finalmente, una ventaja añadida del muestreo estratificado, la posibilidad de desagregar el universo en dominios, por ejemplo, por estudios o escuelas, hubiera implicado un gran tamaño muestral debido al número de estratos y a la necesidad de una afijación mínima suficiente para cada dominio.

Por tanto, se ha optado por el muestreo aleatorio simple. Esto supondrá que las afirmaciones más firmes, en términos de representatividad muestral, se referirán al conjunto de la muestra, y por tanto de la población. Las conclusiones particularizadas por dominios serán siempre menos precisas.

El marco muestral queda constituido por el listado de alumnos de la Universidad de Alicante del curso académico 1999/2000. De este listado, informatizado por el CPD, se extrajo una muestra aleatoria simple de 845 alumnos, ordenada por titulaciones y con la siguiente información: nombre y apellidos, dirección, teléfono y titulación. El proceso de extracción muestral fue realizado por el CPD. Previamente se cursó la pertinente solicitud a la Secretaría General de la Universidad, indicándose la finalidad del estudio, la necesidad de la información solicitada, y el compromiso de confidencialidad y reserva. [31]

3.4.1. Tamaño muestral

Se recuerda que para calcular el tamaño muestral hay que considerar los siguientes factores: tamaño de la población o universo, varianza poblacional, error de muestreo tolerado, nivel de confianza, nivel escalar de las variables y tipo de muestreo. De estos factores, unos son dispuestos por el investigador: tipo de muestreo, nivel de confianza y error de muestreo. Y otros vienen impuestos: tamaño de la población, escalación de los variables (aunque puede alterarse, reducirse) y varianza poblacional (muchas veces desconocida, si bien puede estimarse). En nuestro estudio estos factores se concretan de la siguiente manera:

Muestreo aleatorio simple.

Tamaño del universo: 30.000.

Nivel de confianza: 0,9544 (dos sigmas)

Escalación de las variables: cualitativas y cuantitativas

Error de muestreo: 0,05.

Varianza poblacional: $p=q=0,5$; entonces 0,52 (Este supuesto conservador de varianza máxima es razonable cuando son múltiples las cuestiones a estudiar y lógicamente de homogeneidad variable en la población).

El tamaño muestral resultante es de 395 elementos (estudiantes en nuestro caso). Este valor debe aumentarse en atención a la tasa de participación esperable. Consideramos como tasa de participación mínima aceptable el 50% (por debajo de este valor el sesgo de selección es intolerable), por lo que se opta por multiplicar por dos el tamaño inicial, esto es, 790 (395×2). Se estima, además, un 5% de errores atribuibles al proceso postal (errores del censo, del servicio de correos, etc.), por lo que se redondea finalmente a 845 el tamaño muestral.

3.5. Procedimiento

La elección del procedimiento de recogida de datos presentaba dos opciones básicas: (i) administrar el cuestionario en el campus, y por tanto el marco muestral no estaría definido, alejándose la población accesible de la población diana (estudiantes que asisten con cierta regularidad en determinada época del año frente a todos los estudiantes); o (ii) partir del marco muestral del listado de alumnos del CPD de la Universidad de Alicante (teóricamente todos los estudiantes matriculados). Esta segunda opción es la elegida ya que nos permite una muestra representativa de toda la población, una de las finalidades fundamentales de este estudio. Con esta opción se abren tres alternativas: entrevista personal (en el domicilio o en el campus, con cita previa), entrevista telefónica y cuestionario autocumplimentado, a través del Correo Postal, en el domicilio. La entrevista personal es descartable porque encarece mucho el proyecto: reclutamiento y entrenamiento [32] de entrevistadores, remuneración, viajes y dietas, etc. La entrevista telefónica es también descartable, parcialmente por algunas de las razones anteriores y también porque el cuestionario es excesivamente largo y demasiado complejo para este modo de administración. Por defecto, la alternativa restante es la elegida: administración vía postal del cuestionario. Es ésta una estrategia relativamente económica y que bien implementada puede ser muy eficiente. A priori el mayor problema radica en la probable baja tasa de participación. Para intentar superar este problema se han seguido las pautas propuestas por Bosch y Torrent (1993), que a su vez están basadas en las conclusiones actuales de la literatura al respecto, y en gran medida, también, en Dillman (1977).

Lograr una adecuada tasa de participación exige atender al contenido del cuestionario (ya comentado previamente), a su presentación formal, que veremos a continuación, y otras cuestiones, que veremos finalmente.

El cuestionario debe presentarse preferentemente en formato de pliego o cuadernillo, cosido o grapado. El tamaño de la letra debe ser adecuado al tamaño del papel, que ha de

ser blanco. Su aspecto debe distinguirse de la de un folleto publicitario. En la cubierta debe aparecer el título del estudio, si le acompaña una figura ésta debe ser abstracta o simple, etc. Existen también recomendaciones sobre la tipografía a emplear, el ordenamiento de las preguntas, la presentación de los formatos de respuesta, el empleo de la letra negrita y normal en distintos apartados del cuestionario, etc. Sólo añadir que se ha intentado seguir la mayor parte de las recomendaciones (se recomienda al lector más curioso que acuda a las fuentes citadas, especialmente a Dillman (1977)).

Otras cuestiones conciernen al franqueo, el tamaño de los sobres, el ensobramiento, la carta de presentación, etc. Mencionaremos ya sólo dos cuestiones especialmente relevantes sobre la tasa de participación: el uso de incentivos y el seguimiento.

Como incentivo, se obsequió con un bolígrafo que llevaba estampado el título abreviado del estudio y el logo de la Universidad de Alicante. El obsequio, que se presentaba como tal y no como una retribución en especie, iba dentro del primer sobre de envío del cuestionario y se le mencionaba en la carta de presentación acompañante.

En cuanto al seguimiento, en primer lugar, se enviaron 845 cuestionarios (que fueron el total de etiquetas facilitadas) el día 20 de marzo de 2000. En este primer envío, iba una carta de presentación, el obsequio, el cuestionario y un sobre de devolución de color distinto, con las señas de destino y franqueado. Una semana después, el 27 de marzo, se remitió una carta a 740 de los 845 cuestionarios del primer envío. Tres semanas después del primer envío, entre los días 10 y 11 de abril, se dirigió un tercer y último envío, en este caso con un nuevo cuestionario y una breve carta animándole a contestar el cuestionario y enfatizando la importancia de su colaboración, [33] y agradeciendo en cualquier caso su atención, hubiese ya respondido o no. Debido al carácter anónimo de la participación, ya que no se pedía ningún tipo de identificación ni en sobre de devolución ni en el cuestionario, el tercer envío se hizo de forma indiscriminada, de ahí que el menor número de cuestionarios enviados en esa ocasión obedeciese a exclusiones por motivos postales (devoluciones previas de Correos) o porque algunos respondientes previos se hubiesen identificado voluntariamente (muchas veces, para solicitar información sobre los resultados del estudio).

3.6. Análisis de datos

El objetivo de este informe ha sido presentar una descripción detallada de la calidad de vida y de la salud del estudiante universitario; por tanto, el análisis de los datos se ha limitado, fundamentalmente, a la descripción cuantitativa de las respuestas: distribuciones de frecuencias o medidas de tendencia central y dispersión, según la naturaleza escalar de las variables. Se han realizado, además, pruebas de contraste de hipótesis (Chi cuadrado, t de Student, o U de Mann-Whitney, según los casos) para comparar el comportamiento de las variables según la variable género. Se ha estudiado la asociación entre algunas variables mediante los coeficientes de correlación de Pearson o Spearman, o el coeficiente kappa ponderado, lógicamente unos u otros según la naturaleza de los datos. Con algunas de las variables más importantes (calidad de vida, satisfacción con la vida, o estado de salud) se

ha completado su estudio mediante análisis de regresión múltiple sobre determinadas variables independientes. Se han desarrollado algunas medidas índice que han sido analizadas a un nivel sólo exploratorio mediante procedimientos psicométricos sencillos, incluido el cálculo de la consistencia interna y, también, con el análisis de componentes principales. Por último, se ha usado el análisis de contenido (elementalmente) para categorizar las respuestas a dos preguntas con formato abierto.

Los datos se han analizado con el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS 9.0) en un ordenador PC con procesador Pentium II de 650 Mhz.

[35]

4. Resultados

4.1. Tasa de participación

Han contestado y remitido el cuestionario de Calidad de Vida y Salud un total de 527 estudiantes de la Universidad de Alicante. La pérdida muestral por errores de dirección, cambios en la misma, etc., parece haber sido pequeña, ya que únicamente nos han sido remitidas por el Servicio de Correos un total de 21 sobres por diversos motivos de devolución. Es probable, sin embargo, que el número final de errores achacables a direcciones incorrectas y a otras fallas relacionadas con la correspondencia supere sensiblemente los 21 identificados (cf., Armstrong, White, y Saracci, 1992), y consiguientemente la tasa de respuesta estimada sea inferior a la potencialmente real. Además de ello, 6 familiares, en todos los casos alguno de los padres, de los titulares de la dirección se han puesto en contacto con el departamento de Psicología de la Salud para informar de la imposibilidad de contestación del instrumento por ausencia del país de su hijo. Ello hace un total de sólo 27 devoluciones informadas.

Teniendo presente esto, hemos conseguido finalmente una tasa de respuesta sobre la muestra representativa inicial del 64,5%. La tasa de participación ha sido del 62,5%, 527 participantes de entre los 845 elegibles. Entiéndase aquí la tasa de participación como el número de participantes en el estudio dividido por el número de sujetos elegibles, mientras que la tasa de respuesta sería un componente de la tasa de participación y es igual al número de participantes en el estudio dividido por el número de sujetos elegibles que son identificados, contactados, y a los que se les solicita su participación (Elwood, 1988).

En ambos casos, la tasa de respuesta y de participación son muy satisfactorias. [36]

4.2. Comparabilidad de la muestra con respecto a la población de estudiantes de la Universidad de Alicante

Observar que una muestra y su población presentan valores similares en algunas variables sociodemográficas, como son la edad y el género, no asegura la ausencia de

sesgos de selección más sutiles. En este estudio, además de cotejar el grado en que ambas variables se distribuyen de modo semejante en la muestra y en la población, hemos podido examinar otras variables [38] especialmente relevantes para el caso de una población de estudiantes universitarios: la distribución por cursos, el modo de acceso a la universidad, la distribución por estudios y una aproximación normativa al rendimiento académico.

Tabla 4.2.1. Distribución por edades

[37]

[38]

Respecto a las dos variables sociodemográficas comparadas, edad y sexo, la representatividad de la muestra es satisfactoria (tabla 4.2.1, y tabla 4.2.2), y lo mismo sucede con las variables modo de acceso a la universidad (tabla 4.2.3), curso que se está realizando (tabla 4.2.4) y tipo de estudios que se cursan (tabla 4.2.5).

La variable «comparación de tus notas con las de tus compañeros» presenta una distribución simétrica y esquemáticamente es una distribución normal (figura 4.2.1), lo que permite deducir que en cuanto a rendimiento la muestra representa con fidelidad la población (el ítem en cuestión requiere que el estudiante valore su rendimiento con respecto al de sus compañeros, sobre una escala de 5 puntos, tipificada, de rangos percentiles y correspondientes, aproximadamente, a las puntuaciones típicas -2, -1, 0, 1 y 2 normalizadas. La distribución resultante, si la muestra es representativa de una población, debe ser simétrica y esquemáticamente conforme a la distribución normal. Y así sucede con la muestra estudiada, de ahí que pueda deducirse que la muestra representa adecuadamente a la población en la variable rendimiento académico).

Analizado el ajuste de la muestra a la población en estas seis variables, puede deducirse que el potencial sesgo de selección derivado del porcentaje de no respuesta (36%) es muy

improbable que esté presente en este estudio. Máxime si tenemos en cuenta el esfuerzo por reducir la no respuesta (principalmente, a través de la carta y cuestionarios recordatorios e incentivo) [39] que ha reducido ampliamente la no respuesta voluntaria. Es razonable afirmar, por tanto, que la muestra estudiada representa adecuadamente a la población.

4.3. Identificación biosociodemográfica

4.3.1. Variables biofísicas

La mediana de edad es de 22 años y la media es un año superior (debido a la asimetría positiva de la distribución, fundamentalmente por el grupo de mayores de 25 años). El estudiante promedio tiene una altura de casi 171 cm, y existen, como es esperable, diferencias notables entre varones, casi 178 cm, y mujeres, 165 cm (tabla 4.3.1.1). En el mismo sentido sucede con la variable peso, 65,7 kg. como promedio global, y 75 kg para varones y 58,5 para mujeres. Por último, hay más estudiantes mujeres que varones (tabla 4.2.2).

4.3.2. Hábitat y convivencia

La gran mayoría de los estudiantes son solteros, pero casi la mitad mantiene relaciones de pareja (tabla 4.3.2.1). Menos del 5% tiene algún hijo, existiendo diferencias entre varones y mujeres: este hecho es más frecuente entre las mujeres que entre los varones (tabla 4.3.2.2). La mayoría vive con sus padres y menos del 7% vive con su pareja; se observan [40] diferencias entre varones y mujeres: éstas comparten con mayor frecuencia un piso con compañeras o con su pareja y menos con sus padres que los varones (tabla 4.3.2.3).

4.3.3. Clase social: ocupación y renta

El grado académico más frecuente de los padres de los estudiantes es el de estudios de EGB o primarios, siendo más elevado el de los padres que el de las madres (tabla 4.3.3.1). El 16% de los padres tiene estudios universitarios terminados, frente al 11% de las madres (tabla 4.3.3.2).

[41]

Algo más de la mitad de las familias de los estudiantes tiene unos ingresos económicos totales anuales superiores a los dos millones de pesetas (téngase en cuenta que es característico de las personas infradeclarar su nivel de ingresos, y que los estudiantes no son informantes de primera mano del nivel de ingresos familiar. Cautela, entonces).

Muy diferente es la cantidad de dinero disponible mensual y personalmente para gastos: la media es de 43.000 ptas mensuales, pero la mediana es de 20.000 ptas. (tabla 4.3.3.4). El 40% considera que su dinero disponible es insuficiente (tabla 4.3.3.5).

[42]

La forma más frecuente de financiar los estudios es a través de la manutención de los padres; el 17% dispone de alguna beca de estudios (tabla 4.3.3.6).

4.3.4. Nacionalidad y religión

La inmensa mayoría de los estudiantes son de nacionalidad española; poco más del 1% son de otras nacionalidades (tabla 4.3.4.1).

La religión católica es la mayoritaria, el 78%, y menos del 2% otras religiones. Es notable que el 20% declare no tener ninguna religión (lo que pensamos que sugiere una confusión entre algunos estudiantes entre pertenecer a un credo y el grado de religiosidad). Al preguntar explícitamente sobre esta cuestión, grado de religiosidad, el 75% se declara poco o nada religioso. Existen diferencias por género: las mujeres tienen un mayor grado de religiosidad que los varones. [43]

4.4. Estudios

4.4.1. Acceso y elección de carrera

La forma principal de acceso a la universidad es a través de las pruebas de selectividad (tabla 4.4.1.1); un 3% accede a través de la vía de mayores de 25 años.

La nota media en la prueba de acceso es de 6,27 puntos (tabla 4.4.1.2).

Algo más del 70% están cursando la carrera que han elegido como primera opción (tabla 4.4.1.3). Esta cuestión es notable pues la motivación y el rendimiento debería relacionarse con el hecho de estar estudiando lo que se desea estudiar; sin embargo, esto finalmente no ha resultado así: la correlación entre ambas variables ha sido próxima a cero. [44]

[45]

4.4.2. Estudios que se cursan

La Universidad de Alicante tiene casi 30.000 alumnos en el curso académico 1999-2000. Una vez constatado el excelente ajuste entre los valores de la muestra estudiada y los de la población (tabla 4.2.5), en este aspecto, podemos dirigir nuestra mirada a la distribución por estudios del alumnado, según la información del Centro de procesamiento de datos de la Universidad de Alicante. Como es común a la población universitaria española (INE. Alumnado que terminó sus estudios en el curso 1995-96), los estudios de ciencias sociales y jurídicas reúnen a la mayoría de los alumnos.

4.4.3. Asistencia a la universidad

Este aspecto se ha examinado mediante dos cuestiones: asistencia a clase en la última semana lectiva a la de la encuesta (tabla 4.4.3.1), y asistencia, en general, a la universidad (tabla 4.4.3.2). La primera pregunta debe aportar información más fiable, pero no necesariamente representativa, de la asistencia regular; la segunda pregunta resuelve a la inversa ambos extremos. Casi el 70% afirma haber asistido a la mayoría de las clases en la última semana, y el 75% dice asistir la mayoría de los días a la universidad. La información de ambos ítems es convergente. Un 5% acude menos de una vez al mes a la universidad.

[46]

4.4.4. Rendimiento académico

La gran mayoría de los estudiantes (el 90%) considera muy importante o bastante importante el hecho de obtener buenos resultados académicos (tabla 4.4.4.1). Y también la mayoría, más del 80%, opina que el nivel de exigencia de su especialidad es elevado (tabla 4.4.4.2). Al indagar sobre el rendimiento académico personal, los estudiantes parecen tener una imagen realista de su situación con respecto a la de los demás (tabla 4.4.4.3). La nota media de los estudiantes (véase tabla 4.4.4.4), excluidos los de primer curso (que en gran parte proceden de estudios no universitarios), es de 5,88. Descartando también a los alumnos de primer curso (por la misma razón), [47] 3 de cada 4 estudiantes tiene una o más asignaturas pendientes de cursos anteriores. En ambos indicadores el rendimiento de las mujeres, frente a los varones, es mejor (tabla 4.4.4.5).

4.4.5. Planes profesionales

Son mayoría los estudiantes que dicen tener planes profesionales para el futuro (tabla 4.4.4.1); pero sólo la mitad de éstos tiene un grado de seguridad razonable de que podrán llevarlos a la práctica, y en esta cuestión los varones muestran mayor confianza que las mujeres (tabla 4.4.5.2). [48]

4.4.6. Tiempo dedicado al aprendizaje

Es una tarea exigente pedirle al encuestado que estime cuanto tiempo dedica semanalmente a nueve actividades diversas de aprendizaje. Las respuestas, a pesar de venir reflejadas con precisión numérica, sólo pueden considerarse aproximadas, tentativas. Las respuestas dadas son, sin embargo, muy aleccionadoras. En estos tiempos de internet y de revolución en las tecnologías de la información resulta inesperado que los estudiantes dediquen 25 horas a la semana (más de la mitad del tiempo dedicado al [49] aprendizaje) en el aprendizaje a través de clases magistrales y estudio a solas (tabla 4.4.6.1); de lo que puede responsabilizarse al sistema docente todavía imperante. Las únicas diferencias en cuanto a género se dan en relación al tiempo dedicado a las prácticas en empresas, hospitales u otros centros: las mujeres triplican en tiempo a los varones, pero muy probablemente se explique por el tipo de estudios, esto es, las mujeres estudiarían con más frecuencia carreras donde existe una oferta reglada de prácticas laborales. Los varones dedican, en total, algo más de 44 horas a actividades de aprendizaje, frente a 51 horas y media las mujeres.

4.4.7. Calidad de vida ligada a los estudios

Se han empleado indicadores positivos y negativos para medir esta cuestión. Veamos en primer lugar las respuestas a un conjunto de preguntas englobadas bajo el epígrafe de «satisfacción con los estudios» y que permite tanto un análisis a nivel de ítem como a nivel de escala.

Existe un 25% de alumnos que tiene dudas de haber escogido la carrera adecuada, y un 36% que se encuentra desorientado frecuentemente en sus estudios. A pesar de ello a más del 90% les gusta los estudios que cursan, pero también, como contrapunto, casi la mitad percibe que la organización de sus estudios es caótica, y un 60% se queja de que tienen muy pocas posibilidades de aportar ideas y propuestas en sus estudios. Los estudiantes se sienten mayoritariamente apoyados por sus compañeros y se llevan en general bien con los profesores. En cuanto al género, son más las mujeres que los varones las que se sienten más desorientadas en sus estudios, pero los varones se sienten menos apoyados por sus compañeros.

Un análisis preliminar de la escalabilidad de los 8 ítems mediante la técnica de análisis de componentes principales y la determinación de la consistencia interna muestra que siete de los ocho ítems (el ítem que se destaca se refiere a la asistencia a eventos culturales) pueden constituir una escala unitaria de satisfacción del estudiante o satisfacción con los estudios. En efecto, la consistencia interna (fiabilidad) de los siete ítems logra un coeficiente alfa de Cronbach de 0,72, y la estructura factorial presenta un primer factor no rotado que da cuenta de un tercio del total de la varianza. Estos datos son coherentes con una interpretación unitaria del inventario (la rotación de los factores, ortogonal, permite, a su vez, una interpretación tridimensional: satisfacción con los estudios, apoyo de los profesores y compañeros y participación en los estudios. Pero en este informe no desarrollaremos estas ideas y sus posibilidades analíticas).

Globalmente, los estudiantes de la Universidad de Alicante se muestran moderadamente satisfechos con su rol de estudiantes (la puntuación media en la escala es de 21 puntos, que equivale a una puntuación de 3 sobre una [51] escala transformada con un recorrido de 1 a 4). No existen diferencias por género en este importante aspecto (tabla 4.4.7.1).

Como indicadores negativos, dos cuestiones relativas al nivel de estrés ligado a los estudios. Por una parte, el nivel de estrés experimentado en las dos últimas semanas y por otra, si se ha observado con el paso del tiempo un cambio en el grado de estrés experimentado. Así, más de la mitad de los estudiantes informan de un nivel de estrés moderado o de mucho estrés (tabla 4.4.7.2); siendo las mujeres las que más estrés perciben: 68% frente al 46% de los varones. Con el paso del tiempo, los estudiantes perciben un mayor grado de estrés, siendo mayor este cambio a peor en las mujeres que en los varones (tabla 4.4.7.3). Una tercera pregunta relativa al estrés indagaba sobre la creencia en que el estrés ligado a los estudios podría haber afectado a la salud. Dos tercios de la muestra cree

que entre algo y mucho. Esta creencia es más intensa en las mujeres que en los varones (tabla 4.4.7.4).

[52]

4.5. Uso y valoración de servicios y otros aspectos de la Universidad de Alicante

El cuestionario incluye una parrilla sobre el uso y valoración (en algunos casos sólo procedía la valoración) de 29 aspectos de la Universidad de Alicante. Se han agrupado en nueve apartados: actividades culturales y deportivas, restauración, servicios de alumnado, servicios generales, aulas, formación, campus: servicios, campus: ubicación y acceso, y valoración general.

Como pensamos que puede ser tedioso para el lector hacer comentarios sobre las 29 cuestiones, sólo haremos aquellas anotaciones que nos parezcan más relevantes, pero expondremos en todos los casos las tablas estadísticas que reflejan las respuestas de los estudiantes a todas estas cuestiones.

4.5.1. Actividades culturales y deportivas

Las actividades culturales y deportivas son escasamente usadas o realizadas, pero la valoración es claramente positiva entre sus usuarios (tabla 4.5.1.1). Los varones hacen un mayor uso de los servicios y actividades deportivas frente a las mujeres, pero no de las culturales.

4.5.2. Restauración

En cuanto a la restauración, el 38% de los encuestados hace uso de la oferta de comidas (por tanto come en el campus) entre bastante y muchas veces, y entre los usuarios la mayoría la valora como buena o muy buena. Apenas hay diferencias por género en todas las cuestiones de este subapartado (tabla 4.5.2.1). Una cuestión relacionada, ubicada en otra parte del cuestionario, pedía la valoración sobre la oferta de comida sana en el campus: el 65% está de acuerdo en que ésta es adecuada, lo que supone una información convergente con la anterior (tabla 4.5.2.2). [55]

4.5.3. Servicios de alumnado

Entre los diferentes servicios de alumnado valorados, el «acceso a internet y el correo electrónico desde la universidad» no ha sido usado nunca o casi nunca por menos de la cuarta parte; y las mujeres hacen un menor uso de este servicio que los varones. El «campus virtual» es usado en menor medida que el anterior servicio, y aquí también las mujeres utilizan menos este recurso que los varones. Las cuatro cuestiones referidas a servicios de información: sobre becas, programas de intercambio, matriculación y la información proporcionada por el centro en que se estudia, muestran que la gran mayoría de los estudiantes no hace uso, o no requiere o carece de la información sobre estas materias. Hay diferencias por género: el uso es mayor entre las mujeres en lo relativo a los programas de intercambio y a matriculación. La valoración de estos servicios no es mayoritariamente positiva (tabla 4.5.3.1).

4.5.4. Servicios generales

De entre los servicios generales, la gran mayoría hace uso de la Biblioteca General, y es valorada muy positivamente; pero, los estudiantes usan escasamente los fondos bibliográficos y los recursos documentales, por lo que deducimos que las bibliotecas se usan más como salas de estudio que como centros de consulta y documentación (tabla 4.5.4.1).

4.5.5. Aulas

Las aulas para clases teóricas son muy frecuentadas, pero menos de la mitad de los estudiantes hacen uso de las aulas de prácticas, laboratorios o seminarios (bien sea porque hay menos aulas, o menos actividades o clases planificadas o por un mayor absentismo), y menos todavía las de informática [56] de libre acceso (tabla 4.5.5.1). En otra parte del cuestionario se indaga más detalladamente sobre este capítulo con cuatro preguntas que abordan los siguientes aspectos: comodidad de mesas y asientos, climatización, ambiente físico y relación número de estudiantes/aula. Las mesas y asientos, y la climatización son los aspectos peor valorados, y el ambiente físico (ruido, luz, limpieza, etc.) el mejor, y la relación número de estudiantes/aulas es valorada, ligeramente, de forma positiva. Hay dos diferencias por género: las mujeres no valoran tan positivamente el ambiente físico, pero sucede lo contrario en cuanto a la comodidad de mesas y asientos del aula (tabla 4.5.5.2).

[57]

[58]

[59]

4.5.6. Formación

La formación sobre cursos de idiomas, de informática y las prácticas en empresas, hospitales, etcétera, ofrecen un patrón de respuesta muy similar: casi 3 de cada 4 estudiantes no usa o recibe este tipo de formación, y la mayoría de los pocos usuarios valora bien o muy bien esta formación. Téngase presente que no todas las titulaciones ofertan prácticas regladas y que aquellas que las ofertan suelen concentrarlas en los últimos cursos (tabla 4.5.6.1).

4.5.7. Servicios relativos al Campus

De entre los servicios del campus, tanto las zonas peatonales como las zonas verdes resultan extraordinariamente bien valoradas. No sucede lo mismo con los aparcamientos y las fotocopiadoras; frecuentemente usados por los estudiantes, reciben una valoración que sin ser abiertamente negativa es mediocre, nítidamente en el caso de los servicios de fotocopias, y mejor en el caso de los aparcamientos, pero sin llegar a ser claramente positiva (tabla 4.5.7.1).

4.5.8. Campus: Ubicación y Acceso

De los aspectos examinados en el subapartado de «campus: ubicación y acceso», tanto el diseño arquitectónico de los edificios como la ubicación del campus son valorados muy positivamente; en menor medida pero también positivamente, los accesos viales al campus. No sucede lo mismo con «las salidas del campus» que obtienen sólo una calificación de regular. Las mujeres tienden a valorar más positivamente todos estos aspectos, frente a los varones (tabla 4.5.8.1).

4.5.9. Universidad: Valoración global

Por último, se solicitó la valoración general de la universidad y de los aspectos, a nuestro juicio, cardinales de ésta. La oferta de estudios y carreras de la Universidad de Alicante se valora como bien o muy bien por la mayoría de los estudiantes. Se han formulado dos cuestiones en relación al profesorado: la calidad de sus clases y la atención y trato humano que dispensan; las respuestas a ambas cuestiones van muy parejas, aunque ligeramente peor valorada la calidad de la docencia: aproximadamente cuatro de cada cinco estudiantes las juzga como regular o buena, casi a partes iguales, y alrededor del 15% las valora mal o muy mal. El juicio sobre el personal de administración y servicios es ligeramente mejor que el del profesorado. La última cuestión aludía a la Universidad de

Alicante en [65] general: la valoración es sobresaliente, pues más del 80% la califica como bien o muy bien, y menos del 2% como mal o muy mal (tabla 4.5.9.1).

4.6. El estado de salud de los estudiantes universitarios

4.6.1. El estado de salud durante el último año

Más de dos tercios (el 74%) de los estudiantes universitarios refieren haber tenido un estado de salud bueno o muy bueno durante los últimos doce meses. Menos del 4% informa de un estado de salud malo o muy malo. Son las mujeres estudiantes las que afirman haber tenido un estado de salud algo peor que los varones durante el último año.

La relación que se establece entre el estado de salud referido al último año y el estado de salud durante las dos últimas semanas (a través de la lámina del instrumento COOP) es de $r=0,562$. Otras relaciones de interés para con cada una de las láminas del COOP oscilan entre una r de 0,189 (apoyo social) y $r=0,438$ (dolor) (véase anexo).

La edad aparece como variable independientemente relacionada con la valoración del estado de salud. Podemos señalar, en resumen, una asociación moderada entre el estado de salud y las escalas de malestar físico ($r=0,452$) y malestar psicológico ($r=0,403$), que trataremos en el apartado 4.6.4. La relación entre el estado de salud percibido tanto con la variable calidad de vida general ($r=0,312$) como con la Escala de Satisfacción con la Vida ($r=-0,267$), aunque con valores significativos estadísticamente, son coeficientes de correlación más bien modestos. De menor fuerza asociativa aparece, también, la relación de esta variable con otras de interés: satisfacción con los estudios, y diversos indicadores de estrés.

No obstante, hemos querido explorar algo más esta cuestión relacional a través de análisis de regresión lineal múltiple. Para ello, hemos seleccionado sólo algunas variables predictoras de interés (entre ellas algunos índices nuevos que trataremos en los apartados correspondientes) y las hemos [66] incorporado en la ecuación de regresión de la variable dependiente, en este caso, estado de salud durante el último año. Lo mismo haremos, más adelante, para con otras dos variables: valoración de la calidad de vida general, y grado de satisfacción con la vida. Estas variables predictoras han sido: la edad, el género, los ingresos familiares anuales, el grado de suficiencia con el dinero personal disponible, el hecho de disponer de una habitación sólo para uno, el grado de religiosidad, tener o no planes profesionales concretos para el futuro, un índice de comportamiento saludable, la frecuencia de consumo de alcohol, la frecuencia de uso de tabaco, las horas de sueño, tener o no relaciones sexuales, el grado de estrés en los estudios, el grado de estrés en otras áreas de la vida, escala de malestar físico, escala de malestar psicológico, el índice COOP de calidad de vida relacionada con la salud, la escala de satisfacción con la vida, y la valoración de la calidad de vida. En la siguiente tabla 4.6.1.2 presentamos los coeficientes

de regresión estandarizados (Beta) de aquellas variables predictores que aparecen con niveles de significación. Estos predictores significativos del estado de salud son, según grado de importancia, el índice COOP de calidad de vida relacionada con la salud, la escala de molestias somáticas (o malestar físico), el índice de comportamiento saludable, el grado de religiosidad, el grado de estrés en los estudios, la satisfacción con los estudios, y la valoración de la calidad de vida general. La R resultante es de 0,64, con un coeficiente de determinación de 0,41. Por tanto, la proporción de variación en la variable estado de salud explicada por estas variables predictoras es del 41%.

[67]

4.6.2. El cuidado de la salud

Algo más del 62% de los estudiantes opina que suele cuidar bastante o mucho su salud, no apareciendo diferencias por género.

4.6.3. El estado de salud reciente y la calidad de vida relacionada con la salud

Para evaluar el estado de salud reciente así como otros aspectos de la calidad de vida relacionada con la salud hemos utilizado la versión española de las Láminas o Viñetas COOP (Lizán y Reig, 1999). Los resultados más interesantes los referimos a continuación. A grandes rasgos, el estado de salud reciente de los estudiantes universitarios es satisfactorio. Gran parte de los estudiantes, un 85% aproximadamente, califica su salud durante las últimas dos semanas como buena, muy buena o excelente (tabla 4.6.3.1).

Existen, como sucedía en la pregunta referida al estado de salud durante el último año, diferencias por género. Consistentemente, son las mujeres las que en mayor medida afirman, frente a los varones, presentar un estado de salud menos óptimo así como un mayor número de problemas de salud, como posteriormente comprobaremos.

En esta misma línea observamos en la tabla 4.6.3.1 que la calidad de vida relacionada con la salud, medida a través de las restantes Láminas COOP, muestra un perfil caracterizado por diferencias de género. Las estudiantes universitarias refieren más problemas en una serie de áreas limitadas en mayor o menor medida por el estado de salud reciente: Forma física, Sentimientos, Actividades cotidianas, Actividades sociales, Cambio en el estado de salud, Estado de salud, Dolor, y Calidad de vida. Únicamente en la lámina de Apoyo social no aparecen diferencias por género.

Un estudio más pormenorizado de este instrumento de medida de calidad de vida relacionada con la salud será objeto de otro trabajo. Señalaremos aquí únicamente que para algunos análisis hemos considerado este instrumento como índice, en base al trabajo de Lizán y Reig (1999), obteniendo [69] una puntuación sumativa a partir de las ocho láminas del instrumento (eliminando la lámina de cambio en el estado de salud). La consistencia interna (alfa de Cronbach) de este índice COOP de 8 láminas es de 0,79.

[70]

4.6.4. Molestias somáticas y psicossomáticas

En la siguiente tabla que presentamos (tabla 4.6.4.1) podemos comprobar que las mujeres refieren una frecuencia superior a los varones en todas las molestias y síntomas preguntados, a excepción únicamente de la «diarrea». En comparación con los varones, las estudiantes manifiestan una problemática significativamente más frecuente en cuanto al dolor (de cabeza, [73] de espalda o de columna, nuca y hombros), una mayor dificultad de concentración y para respirar, molestias gastrointestinales (estómago, bajo vientre, y estreñimiento), y otra sintomatología de humor disfórico (nerviosismo, miedos, cambios de humor y humor depresivo).

Las molestias más frecuentes son, por orden de mayor a menor frecuencia, el nerviosismo/intranquilidad, dificultades de concentración, dolores de cabeza, cambios de humor o estado de ánimo, dolores de espalda/columna, y dolores nuca/hombros. Toda esta sintomatología presenta medias superiores a 2,5, valor que indicaría una frecuencia de molestias de relativo trastorno personal.

Los 17 ítems referidos a las molestias somáticas y psicossomáticas los hemos agrupado en dos: uno sobre molestias psicossomáticas y compuesto de siete ítems: dificultades de concentración, nerviosismo/intranquilidad, trastornos del sueño, pesadillas, miedos/fobias, cambios de humor (ánimo), y humor o estado depresivo; y el otro sobre las molestias somáticas y compuesto de los 10 ítems restantes. A continuación hemos creado un índice global para cada una de las dos agrupaciones mediante el sumatorio de las respuestas a los ítems de cada uno de los dos compuestos, según la siguiente escala: 1= nunca, 2= rara vez, 3= algunas veces y 4= con frecuencia. De esta forma, disponemos de dos nuevos índices o escalas: una de malestar psicológico y otra de malestar físico. En ambos índices las mujeres puntúan más alto (mayor malestar) que los varones. La elaboración de estas dos escalas o índices no es una forma novedosa de proceder (cf. Blaxter, 1991) y, como se verá más adelante, la evidencia sobre la validez de estas escalas es más que satisfactoria.

La consistencia interna (alfa de Cronbach) para la escala de malestar psicológico es de 0,81, mientras que la fiabilidad de la escala de malestar físico es de 0,80. La correlación entre ambas escalas es de $r=0,64$.

4.6.5. Problemas de salud: Enfermedades autoinformadas

Durante el último año, el problema de salud más frecuente, del listado de 16 enfermedades o trastornos preguntados es el relativo a la jaqueca/migraña. Sólo el 56% de la muestra no ha presentado este problema de salud. El acné y las alergias son otros dos problemas de salud con una prevalencia notable. Algo más del 20 % de la muestra refiere estas enfermedades.

En la línea apuntada de diferencias por género ligadas a estado de salud, encontramos que las mujeres informan de un mayor número de enfermedades padecidas a lo largo del último año y acuden con mayor frecuencia al médico.

De los 16 problemas de salud planteados en la tabla 4.6.5.1, aparecen diferencias significativas por género en 9. Ocho de ellos aparecen con mayor frecuencia en mujeres y sólo uno muestra una mayor frecuencia en varones. [76] Así mismo, en la pregunta abierta relativa a «Otra enfermedad» son también las estudiantes las que refieren una mayor frecuencia de otros problemas de salud. Las enfermedades del aparato locomotor, los problemas de anorexia/bulimia, problemas de gastritis o de úlceras gastroduodenales, y otras enfermedades del riñón o vejiga, son los problemas de salud que, comparativamente con los varones, refieren más las mujeres. Los accidentes, de cualquier tipo, parecen tener una mayor prevalencia en los varones.

El 35% de los estudiantes universitarios no ha tenido ningún resfriado a lo largo del último año. Los resfriados parecen ser, a lo largo del año, algo más frecuentes en las mujeres (tabla 4.6.5.2).

4.6.6. Días de enfermedad durante el último año

La media de días de enfermedad de los estudiantes universitarios a lo largo de un año es de algo más de 9 días (tabla 4.6.6.1). Las mujeres afirman haber estado más días enfermas ($M=10,8$) en comparación con los varones ($M=8,2$).

4.6.7. Atención sanitaria

Independientemente de los resultados de esta tabla anterior, observamos una vez más que las mujeres acuden con mayor frecuencia que los varones a la consulta médica (tabla 4.6.7.1)

Los motivos más frecuentes de consulta médica o sanitaria son: por razón de enfermedad (31%), consulta e intervención odontológicas (20%), y por prescripción de píldora anticonceptiva (10%).

Pocos estudiantes parecen mostrarse insatisfechos con la atención sanitaria recibida, no siendo este porcentaje superior al 10%. No existen diferencias por género en cuanto al grado de satisfacción con la atención sanitaria recibida.

[78]

No existen tampoco diferencias por género en la frecuencia de tratamiento psicoterapéutico recibido. Alrededor del 9% de los estudiantes universitarios afirman haber recibido atención psicoterapéutica.

Los resultados de este estudio muestran, además, una utilización de medicamentos sin prescripción facultativa muy elevada. Más del 53% de los estudiantes afirman haber tomado medicamentos sin prescripción médica. No aparecen diferencias de género en relación a este comportamiento.

4.7. Comportamientos cotidianos y hábitos relacionados con la salud

En este apartado se examinan las siguientes cuestiones: consumo de bebidas alcohólicas, conducta de fumar, consumo de drogas, sedentarismo, sueño, conductas de seguridad viaria, higiene y protección del sol fuerte. Ninguna de estas cuestiones ha sido encuestada con detalle y exhaustividad (el cuestionario hubiese sido desmedidamente grande y no viable), por lo que la información recogida, valiosa por sí misma, sirve más como aproximación y cedazo que como un estudio perfilado y acabado. Además, debe considerarse que las cuestiones relativas al consumo de bebidas alcohólicas y de drogas son para muchas personas delicadas, sensibles y susceptibles a la no respuesta o a la subestimación del comportamiento real, por lo que la interpretación de las respuestas observadas debe ser cautelosa. [79]

4.7.1. Consumo de bebidas alcohólicas

El 68% de los estudiantes universitarios son consumidores habituales de bebidas alcohólicas, siendo la prevalencia entre los varones del 74%, superior significativamente a la de las mujeres, 63%. Además, los varones consumen también más cantidad de bebidas alcohólicas que las mujeres (tabla 4.7.1.1). Estos valores hallados son próximos a los observados en la Encuesta Domiciliaria sobre el Consumo de Drogas (ENCD, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1997) para estudiantes universitarios, donde se observa que el consumo aumenta a medida que crece el nivel de estudios de la población.

No es fácil interpretar las respuestas dadas a las preguntas que pretenden caracterizar el consumo de alcohol: cerveza, vino y bebidas de alta graduación, debido al elevado porcentaje de no respuesta a estas preguntas: 16,3, 25,2, 7,6 respectivamente. Probablemente la mayoría de las no respuestas podrían asimilarse al grupo que responde explícitamente a la cuestión indicando consumo cero, pero también es posible que una parte de los no respondientes simplemente no quieran contestar. Una lectura literal de las tablas nos indica que el 40% consume cerveza habitualmente (el marco temporal es una semana normal), siendo mayor la prevalencia y la cantidad de consumo en los varones.

[80]

El consumo de vino y similares es menor que el de cerveza, con una prevalencia del 22%. El patrón de resultados por género es similar al del consumo de cerveza: mayor prevalencia y cantidad de consumo entre los varones.

El mayor consumo de bebidas alcohólicas se da con las bebidas de alta graduación: su prevalencia es próxima al 60%. El consumo es también más prevalente e intenso entre los varones, como sucedía con los otros tipos de bebidas anteriores.

De la Escala de Dependencia Alcohólica (CAGE) (Ewing, 1984), es destacable, a nivel de ítem, que el 25% de los estudiantes ha tenido alguna vez la sensación de que debería reducir su consumo de alcohol, y en esta cuestión no hay diferencias por género. [81]

Los estudios existentes sobre la sensibilidad (y especificidad) de la Escala de Dependencia Alcohólica (CAGE) señalan que aquellas personas que contestan

afirmativamente a dos o más ítems (la escala tiene cuatro ítems) son, muy probablemente, consumidores excesivos de bebidas alcohólicas (Bernardt, Mumford, y Taylor, 1982; Bush, Shaw, y Cleary, 1987; King, 1986). De hecho, un punto de corte de 2 respuestas afirmativas indica que el 75% de los consumidores de alcohol y el 96% de los no consumidores son identificados correctamente por este test (Bruguera et al., 1994). En esta línea, se deduce que algo más del 8% de los estudiantes son consumidores que tienen problemas con las bebidas alcohólicas.

[82]

Una última cuestión relacionada con el consumo de alcohol, situada en otra parte del cuestionario, solicitaba la opinión sobre aumentar la actual restricción sobre la venta de bebidas alcohólicas en el campus (sólo se permite la venta de bebidas de baja graduación), y han sido mayoría, 53 frente a 46, aquellos que están en contra de dicha posibilidad. Esta opción es franca entre los varones, pero no entre las mujeres.

4.7.2. Conducta de fumar

El 34% de los estudiantes es fumador habitual (diariamente) y un 14% fuma ocasionalmente (tabla 4.7.2.1). Son más las mujeres que fuman, 40%, que los varones, 27%. Al establecer las siguientes categorías de consumo: fumador moderado (entre 1 y 5 cigarrillos), medio (entre 6 y 19) y elevado (veinte o más cigarrillos), resulta que el 26% de los estudiantes son fumadores moderados, el 53% son fumadores medios y el 21% fumadores elevados (tabla 4.7.2.2).

[83]

Teniendo en cuenta que el 3,8% se declara ex-fumador desde hace al menos 3 meses, que el 1,4% ha dejado de fumar en los últimos tres meses, se sigue que algo más del 5% de la muestra es ex-fumador. Hay más mujeres ex-fumadoras que varones. Además, el 11% de la muestra, es decir, alrededor del 30% de los fumadores tiene intenciones serias de dejar de fumar en los próximos seis meses, y un 2% del total (aproximadamente el 6% de los fumadores) declara la intención de dejar de fumar en los próximos 30 días (tablas 4.7.2.3, 4.7.2.4 y 4.7.2.5).

[84]

Las edades más frecuentes de iniciación al consumo de tabaco son entre los 15 y los 18 años, tanto para varones como para mujeres. En la muestra la edad más temprana de inicio es a los 12 años y la más tardía a los 26 años.

Una pregunta de carácter actitudinal sobre el tabaco, ubicada en otro apartado del cuestionario, solicitaba la opinión sobre el grado de favorabilidad hacia una universidad en la que no se fume: el 52% frente al 46% está en contra de dicha afirmación. [85]

4.7.3. Consumo de drogas

Como se ha dicho ya, se da cierto grado de renuencia a admitir que se consumen o han consumido drogas distintas al tabaco y alcohol. Es probable, entonces, que los valores de consumo observado en la encuesta supongan una estimación a la baja del consumo real de estas sustancias. Sin embargo, el porcentaje de no respuesta ha sido inferior al 10% en los 8 ítems referidos al consumo de distintos tipos de drogas. La droga de mayor consumo admitido es el cannabis: el 46% la ha consumido en alguna ocasión, valor superior al 36,1% observado entre los jóvenes españoles de 19 a [87] 28 años (ENCD, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1997); a continuación la cocaína, el éxtasis y los tranquilizantes, con valores próximos al 15% (entiéndase por consumo el que lo haya sido al menos en alguna ocasión). Anfetaminas y LSD son las siguientes drogas en orden decreciente de consumo, con valores próximos al 5%. La heroína figura en penúltimo lugar, menos del 1%, y no hay casos de consumo de crack.

El cannabis es consumido por un 10% de la muestra con cierta periodicidad, y en menor medida la cocaína, el éxtasis y los tranquilizantes. No existe consumo regular de los restantes tipos de drogas. En cuanto al género, las mujeres consumen más tranquilizantes que los varones, pero en los demás casos sucede lo contrario (tabla 4.7.3.1).

4.7.4. Sueño

Los estudiantes duermen aproximadamente 7 horas y media entre semana (tabla 4.7.4.1), y algo más de 8 horas los fines de semana (tabla 4.7.4.2). Las mujeres duermen algo más que los varones únicamente durante los fines de semana.

[88]

4.7.5. Conductas viarias

La gran mayoría de los estudiantes accede al campus en vehículos a motor, y es destacable que más del 40% lo haga en vehículo privado y un 28% individualmente (tabla 4.7.5.1).

Cuatro preguntas de este apartado abordan cuestiones de seguridad vial: uso del cinturón de seguridad, uso del casco en motocicletas, respeto de los límites de seguridad y conducción tras consumo excesivo de bebidas alcohólicas. El 58% de los estudiantes utiliza siempre el cinturón de seguridad y un 28% adicional la mayoría de las veces. No hay diferencias de género en esta conducta preventiva.

Entre los usuarios de motocicletas, alrededor del 66% usa siempre el casco protector, y un 15% no lo usa nunca o casi nunca (tampoco hay diferencias de género en este caso). [89]

Menos de la mitad de los respondientes respeta los límites de velocidad, aunque la mayoría de los infractores no exceden en 20km/h la velocidad permitida.

Por último, la conducción tras haber bebido en exceso o el acompañamiento de alguien que conduce que haya bebido en exceso en las últimas cuatro semanas se ha dado en el 38% de los estudiantes. Este comportamiento de alto riesgo es más frecuente en los varones.

[90]

4.7.6. Protección solar e higiene personal

El 48% de la muestra toma medidas de protección siempre o a menudo contra el sol fuerte. Las mujeres lo hacen en mayor medida que los varones.

El estudiante promedio se ducha o baña más de 5 veces por semana. No hay diferencias por género.

4.7.7. Inventario de estresores cotidianos del estudiante

Las fuentes de estrés en la vida cotidiana del estudiante se han evaluado con un inventario de 14 ítems, de los cuales 7 están relacionados con los estudios, 6 con otros

aspectos de la vida y el último se refiere al estrés en general. Los estudios en general y las exigencias de la carrera son las principales fuentes de estrés. Las mujeres en ambos casos se ven más afectadas que los varones. Otras fuentes de estrés, más moderadas, son la falta de relación de los estudios con la realidad, el hecho de trabajar y estudiar a la vez y la situación económica. La competitividad en la universidad (en el grado que exista) es un estresor menor. Más del 35% de la muestra considera que está siempre o a menudo estresado. Esta percepción es más intensa en las mujeres que en los varones. [91]

[92]

[93]

Los 14 ítems sobre estresores cotidianos los hemos agrupado en dos bloques: uno referido a estresores relacionados con los estudios (seis ítems) y el otro referido a estresores en los diferentes ámbitos de la vida (ocho ítems, en el que hemos incluido uno que alude a la compatibilidad entre los estudios y el trabajo; ítem éste que podría localizarse también en el otro bloque, pero que nos ha parecido más genérico). Esta estructura racional en dos bloques o factores tiene un moderado apoyo estadístico, a partir del análisis de componentes principales, aunque sería más apropiado estudiar la viabilidad de dicha estructura mediante técnicas confirmatorias (estos datos no se presentan en este informe). El primer factor racional lo hemos denominado «estresores relacionados con la vida universitaria» -ERVA- (o estrés en los estudios) y el segundo «estresores vitales» -EVI- (o estrés en otras áreas de la vida). Se observan diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres en ambas subescalas: las mujeres informan de un mayor grado de estrés que los varones. El tamaño de estas diferencias, sin embargo, no es grande.

4.7.8. Ejercicio físico y deporte

En varios apartados del cuestionario se abordan cuestiones relacionadas con el ejercicio físico y la práctica deportiva. Comentamos en primer lugar las respuestas a dos cuestiones referidas a la actividad física regular: horas al día de trabajo sedentario y tiempo empleado en caminar en un día normal no festivo. Cerca del 60% de los estudiantes trabaja (estudia) entre 6 y diez horas al día sentado y alrededor del 75% camina tres o menos km. al día. Ambas cuestiones nos informan de un estilo de vida laboral (estudiantil) marcadamente sedentario; por tanto, la actividad física y deportiva sólo puede satisfacerse o encontrarse fuera del estilo de vida ligado a la ocupación principal, como algo extraordinario o del tiempo de ocio.

[94]

Dos cuestiones adicionales solicitaban una información más detallada: número de horas semanales ocupadas en actividades físicas como andar o juegos o actividades deportivas, y número de veces a la semana que se realiza un esfuerzo físico de al menos 20 minutos y que suponga un aumento considerable de las pulsaciones y del esfuerzo respiratorio. Respecto a la primera, un 11% de los estudiantes no dedica nada de su tiempo a la actividad física, hasta un 15 % en el caso de las mujeres y un 7% en el de los varones, y algo más de la mitad de los estudiantes dedica 5 o menos horas. Globalmente los varones dedican más tiempo que las mujeres a actividades físicas. Con la segunda pregunta se pretende averiguar en qué grado los estudiantes realizan ejercicio físico de acuerdo a las recomendaciones de ejercicio físico que los expertos consideran apropiadas para los adolescentes y jóvenes (Serra et al., 1994), y que aproximadamente caen en la categoría de respuesta «al menos 3 veces por semana» del ítem en cuestión (estrictamente, la recomendación para este tramo de edad es algo más exigente). Atendiendo a este criterio, sólo el 37% de los estudiantes realiza la cantidad de ejercicio físico adecuada para su edad (y por la razón ya aducida este dato es una sobrestimación). También en este caso las mujeres informan significativamente de una menor práctica de ejercicio físico. Es congruente, entonces, la opinión manifestada (en otra parte del cuestionario) por la mitad de los estudiantes de que no procuran hacer el suficiente ejercicio, y aunque la otra mitad manifieste que sí procura hacer el suficiente ejercicio, ello no significa, como hemos podido ver, que efectivamente lo hagan.

Dos cuestiones más indagaban sobre aspectos motivacionales ligados a la práctica deportiva. Por un lado, a aquellos estudiantes que sí realizan ejercicio físico o deporte se les preguntaba por las razones de su práctica, y los dos motivos más sobresalientes han sido el deseo de mantenerse en forma y el gusto y diversión que aporta. La segunda cuestión de este tipo se dirigía a aquellos estudiantes que no practican deporte y les interpellaba por las razones para no hacerlo. La falta de tiempo ha sido la razón más aducida. [95]

Por último, aunque se comentará más adelante con detalle, el cuestionario incluía dos preguntas con formato abierto en las que se pedía la opinión sobre el modo en que se podría mejorar la calidad de vida y promocionar la salud en la Universidad. Es destacable aquí que el fomento de la práctica deportiva ha sido una de las medidas más reivindicadas, tanto por su potencial para mejorar la calidad de vida como la salud.

Los hechos revelados en este epígrafe de que el ejercicio y la práctica deportiva no se den en grado satisfactorio o adecuado entre los estudiantes, que su práctica sea percibida como agradable y placentera, que pueda contribuir a mejorar la salud y la calidad de vida, y que su fomento y extensión es demandada por una gran parte de los estudiantes, debería animar a un mayor esfuerzo por una cultura del deporte más extendida en la universidad.

4.7.9. Actividades de ocio

De un conjunto de once actividades, «salir con los amigos», y «ver la televisión» son las más realizadas; a continuación, «escuchar música» (tabla 4.7.9.1).

En ninguna de las tres se dan diferencias de género. En otro apartado del cuestionario, se pregunta sobre las actividades que los estudiantes realizan regularmente para relajarse. [96]

Resulta sobresaliente comprobar que las tres actividades más realizadas para relajarse son, también, las actividades principales de ocio, lo que habla a favor, de nuevo, acerca de la consistencia del estudiante a la hora de contestar el cuestionario. Volviendo a las actividades de ocio, los varones dedican más tiempo que las mujeres a practicar deporte, navegar por internet o jugar con el ordenador y leer periódicos y revistas. En total, de las actividades de ocio propuestas, los varones dedican 52 horas y media a la semana, y casi 45 horas las mujeres. Casi los mismos valores, pero a la inversa de lo que sucede, como ya se vio, con el tiempo dedicado a las actividades de aprendizaje.

Figura 4.7.9.1. Número de horas semanales dedicadas a actividades de ocio y estudio.

[97]

4.7.10. Otras cuestiones generales sobre aspectos y comportamientos relacionados con la salud y la calidad de vida

A través de siete enunciados, hemos evaluado diversas actitudes en relación con la salud y, concretamente, el aspecto físico, ejercicio físico, descanso, alimentación adecuada, y actitud hacia el riesgo de enfermar y frente a la prevención de la enfermedad.

[98]

La actitud general de cara a los comportamientos ligados a la salud es positiva y favorable. Los universitarios, en general, están satisfechos con su aspecto físico (84%), procuran alimentarse de manera sana y equilibrada, duermen y descansan bien (a pesar de que un tercio declara no descansar o dormir adecuadamente), no tienen miedo a enfermar (60,6%), y algo más del 50% considera que deben preocuparse más por la prevención de las enfermedades. Únicamente un 50%, sin embargo, procura hacer el suficiente ejercicio físico, y el 30,6% declara haber sido poco deportista en el colegio.

Las mujeres, frente a los varones, están menos satisfechas de su aspecto físico, duermen y descansan algo peor, han hecho o realizan menos ejercicio físico, declaran tener más miedo a enfermar, y creen que deben preocuparse más por la prevención de las enfermedades. No existen diferencias por género únicamente en la actitud a alimentarse de manera sana y equilibrada.

La satisfacción con el aspecto físico de uno, procurar alimentarse de manera sana, dormir y descansar adecuadamente, y procurar hacer el suficiente ejercicio físico, pueden ser agrupados racionalmente en un nuevo índice que podemos denominar

exploratoriamente «comportamiento saludable». Este nuevo índice, de sólo cuatro elementos, presenta una media de 11,44 puntos, y una desviación típica de 2,44. La consistencia interna (alfa de Cronbach) es de 0,60.

4.7.10.1. Trabajo diario con ordenador

Los estudiantes universitarios dicen trabajar una media de algo más de 2 horas diarias con el ordenador, siendo este tiempo algo superior en los varones frente a las mujeres.

[99]

4.7.10.2. Alimentación y salud bucal

4.7.10.2.1. Peso e imagen corporal

Cerca del 50% del colectivo de estudiantes asegura que su peso es el adecuado. No obstante, las estudiantes refieren tener un peso algo superior que el de los varones y se consideran algo más gordas. Recordemos que el peso declarado de los varones es de 75 kilos de media frente a los 58,5 de las mujeres. Por lo tanto, la pregunta incide sobre la imagen corporal más que sobre el peso real.

A grandes rasgos, también, los estudiantes declaran sentirse más bien gordos (38%) que delgados (16%), aunque sólo un 3,6% se considera demasiado gordo/a o demasiado delgado/a.

El Índice de masa corporal (IMC) supone la definición más simple y aceptada de peso ideal (Serra et al., 1994), y permite clasificar las alteraciones de peso en categorías: peso ideal o saludable, y diferentes grados de sobrepeso y bajo peso. El IMC se calcula a partir del peso y la altura ($IMC = \text{peso en kg.} / \text{altura en metros al cuadrado}$; cf. Mataix, 1998). En nuestro estudio, ambas variables han sido evaluadas mediante autoinforme.

En la tabla 4.7.10.2.1.2 puede observarse el IMC agrupado en tres categorías: <20 = bajo peso; entre 20 y 24,9 = peso ideal o saludable; y 25 ó más = sobrepeso.

[100]

Podemos comprobar que existen claras diferencias por género: notablemente son más los varones en la categoría de sobrepeso, y también notablemente son más las mujeres en la categoría de bajo peso. Esto, de entrada, no es sorprendente, ya que en la literatura científica se observa que las mujeres presentan menos sobrepeso que los varones en el grupo de edad de entre 15 y 34 años (en todos los demás tramos de edad sucede lo contrario), grupo de edad en el que se sitúa la gran mayoría de estudiantes universitarios. En conjunto, el 20% de los estudiantes tiene bajo peso, y algo más del 16% sobrepeso.

Es interesante examinar si existe relación o concordancia entre este indicador sólido, válido de peso (teniendo en cuenta la altura) que es el índice de masa corporal, y otro necesariamente subjetivo y muy relevante para la persona como es la propia imagen corporal relativa al peso. Recuérdese aquí que no siempre lo objetivo es el objetivo.

La relación observada (calculada según el coeficiente Kappa ponderado) para el conjunto de estudiantes es de 0,42; 0,39 para las mujeres, y 0,54 para los varones. En primer lugar, cabe decir que ambas variables miden aspectos claramente distintos aunque relacionados; y en segundo lugar, que el género modifica esta relación, siendo más tenue para el caso de las mujeres y mayor para el de los varones. En otras palabras: puesto que el IMC es un indicador válido del peso saludable y sus variaciones, puede deducirse que las estudiantes tienen una percepción de su cuerpo más alejada que la de los varones de lo real, equiparando aquí realidad a salud.

4.7.10.2.2. Frecuencia de consumo de determinados alimentos

La comida sana (fruta fresca, ensaladas, verduras, y pescado) presenta un patrón de consumo algo heterogéneo. La fruta fresca se consume con frecuencia, y son los varones los que declaran consumirla más a menudo que las mujeres. Las ensaladas o verduras no cocidas se consumen también con frecuencia semanal y parece que son las mujeres las que presentan más frecuentemente este hábito alimentario. Algo similar sucede con las verduras hervidas, aunque no aparecen diferencias significativas en relación al consumo de pescado. Semanalmente, más del 70% de los estudiantes consume pescado.

La carne o los fiambres son consumidos semanalmente por más del 93% de los estudiantes. Los varones declaran consumir más carne que las mujeres. Diariamente, consume carne el 45%, frente al 10% que consume pescado.

Las bebidas gaseosas o colas presentan un patrón de consumo diario en el 16% de los estudiantes, apareciendo una clara diferencia significativa indicativa de su mayor consumo habitual en varones. [101]

En cuanto a las golosinas, pasteles, bollería y productos salados no existen diferencias significativas por género. La frecuencia de consumo diario es similar para las golosinas (14%), y pasteles/bollería (14,3%), siendo algo inferior para los salados (patatas, cacahuetes, etc.) (13,5%).

La ingesta de comida rápida suele ser algo más frecuente en las mujeres, presentando un patrón de consumo diario o semanal como mínimo en el 35,5% de los estudiantes. Sólo el 15% afirma no comerla nunca o casi nunca. [103]

4.7.10.2.3. Consumo de café

Algo más del 44% de los estudiantes universitarios no consume café a diario. En cuanto a género, las mujeres declaran un consumo a diario de café superior al de los varones. Entre los que toman café (arco de variación entre 1 y 10 tazas al día), la mediana es de 2 tazas. No obstante, no existe diferencia significativa en cuanto a la media de tazas de café entre los consumidores por género.

4.7.10.2.4. Higiene dental

Las mujeres universitarias se cepillan los dientes con mayor asiduidad que sus compañeros varones. Al menos una vez al día o más es un comportamiento de higiene dental que aparece con una prevalencia del 94% en las mujeres, frente al 83% de los varones. Resulta llamativo, desde el punto de vista de la salud bucal, que el 3% de los varones afirme no cepillarse nunca los dientes.

A pesar de ello, no aparece una diferencia significativa por razón de género en la valoración de la salud dental. Para el 72% de los estudiantes, su salud dental es satisfactoria, buena o muy buena. [104]

4.7.10.3. Sexualidad y comportamiento sexual

La última sección del cuestionario aborda el tema de la sexualidad, del comportamiento sexual y de algunas otras cuestiones relacionadas con problemas de salud y prácticas de seguridad. En el cuestionario se insiste por escrito que debido a su componente más íntimo se desea hacer hincapié de nuevo sobre el carácter totalmente anónimo y confidencial de los datos. Y que a pesar de ello, puede ser que algunas personas no quieran proporcionar información sobre este tipo de preguntas. En este caso, se indica al estudiante que deje esta sección sin contestar. A continuación presentaremos los resultados de mayor interés.

4.7.10.3.1. Relación sexual

A la pregunta acerca de si se ha tenido alguna vez relaciones sexuales, el 9% del colectivo de estudiantes no responde, el 64% afirma haberlas tenido, y el 27% declara no haber tenido relaciones sexuales. Estudios pilotos previos con este cuestionario nos confirman que los estudiantes entienden por relación sexual la relación de tipo coital entre dos personas, y no las caricias u otros comportamientos que no requieran la penetración (el denominado en la literatura comportamiento de petting).

Tener o no haber tenido relación sexual hasta el momento actual presenta el mismo patrón de prevalencia en mujeres que en varones, por lo que no existe diferencia significativa en este comportamiento.

[105]

Del total de estudiantes que responde a esta pregunta, el 70% declara haber tenido relaciones sexuales frente al 30% que afirma no haberlas tenido.

4.7.10.3.2. Edad de la primera relación sexual

La primera relación sexual (de tipo coital) suele tenerse a los 18 años, con un arco de variación de 11 hasta los 28 años de edad. Esta información se deriva de la proporcionada por los 335 estudiantes que contestan esta pregunta. No existe diferencia significativa entre mujeres y varones.

4.7.10.3.3. Frecuencia de relaciones sexuales

En cuanto a la frecuencia de las relaciones sexuales en los últimos tres meses, encontramos que tampoco existen diferencias por género. A lo largo de los últimos tres meses, cerca del 20% de los estudiantes que contestan esta pregunta no ha mantenido

ninguna relación sexual. Una vez al mes suele ser una práctica en el 13,7%, el 18% dos o tres veces al mes; el 22% una vez a la semana; el 3% casi diariamente, y cerca del 1% mantiene relaciones sexuales a diario.

[106]

4.7.10.3.4. Número de parejas sexuales durante el último año

La mayoría de las 333 personas que responden esta cuestión afirma que únicamente han mantenido relaciones sexuales durante el último año con 1 pareja. El arco de variación oscila entre 0 parejas y 54. Tanto la media aritmética, como la moda y la mediana es de 1. Los varones refieren haber tenido más parejas sexuales distintas en comparación con las mujeres, si bien la diferencia es pequeña.

4.7.10.3.5. Número de parejas sexuales a lo largo de la vida

De las respuestas de 336 personas que responden esta cuestión podemos encontrar que la media de parejas sexuales distintas habidas a lo largo de su vida es de 3,40, con una amplitud entre 0 y 50 parejas distintas. La mediana es de 2, y la moda (recuérdese, el valor que más se repite) es de 1. De nuevo aquí aparece una diferencia significativa en cuanto al número de parejas sexuales distintas a lo largo de la vida en función del género. Los varones, como ocurría en la pregunta anterior pero de manera más acentuada, manifiestan haber tenido un número de parejas sexuales distintas superior que las mujeres.

[107]

4.7.10.3.6. Uso del preservativo en primeros contactos sexuales

El uso del preservativo en un primer contacto sexual con una nueva pareja es una práctica frecuente entre las personas que mantienen relaciones sexuales. Los resultados muestran que son los varones los que hacen un mayor uso de este método cuando mantienen un primer contacto sexual.

4.7.10.3.7. Prueba del SIDA (VIH)

Gran parte del colectivo de los estudiantes, más del 80%, nunca se ha hecho la prueba de detección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH). La donación de sangre constituye el momento más frecuente de tener información y resultados sobre la misma. Menos del 3% se ha realizado la prueba del SIDA por otros motivos. No existen diferencias por género.

4.7.10.3.8. Análisis citológicos

Casi el 60% de las mujeres nunca se ha hecho un análisis citológico, y sólo el 15% lo solicita o requiere con regularidad, tal como puede observarse en la tabla que presentamos a continuación. [108]

4.7.10.3.9. Problemas de salud relacionados con la sexualidad

Alrededor del 15% de los estudiantes no contesta estas preguntas. Las infecciones por hongos y por clamidias, tricomonas, etc., suelen presentar una prevalencia del 5% en el colectivo de estudiantes, siendo su declaración mucho más frecuente por las mujeres (tabla 4.7.10.3.9.1).

[109]

Otros problemas de salud, como la presencia de parásitos en la zona púbica, gonorrea, herpes, o hepatitis de tipo B, presentan una prevalencia inferior al 1%.

4.8. La calidad de vida y la satisfacción con la vida de los estudiantes universitarios

4.8.1. El grado de satisfacción con la vida del estudiante

Para evaluar la satisfacción con la vida en general, hemos utilizado la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985), en la versión adaptada al castellano por Arce (1994), y por nosotros mismos. Como ya hemos comentado anteriormente, esta escala mide la satisfacción general con la vida a través de 5 ítems.

Un análisis descriptivo de los mismos nos permite descubrir, en primer lugar, que no existen diferencias por género en ninguna de las cinco cuestiones planteadas. Tampoco aparece una diferencia significativa en las puntuaciones medias totales de la escala entre varones ($M=16,96$; $dt=3,80$) y mujeres ($M=16,42$; $dt=3,98$) ($t=1,487$; $p=0,138$).

La puntuación media de la escala para el total de la muestra de estudiantes universitarios es de 16,63 con una desviación típica de 3,91. La consistencia interna de la escala, analizada a través de la alfa de Cronbach, es de 0,83.

Resulta interesante señalar el porcentaje de estudiantes que están de acuerdo, o muy de acuerdo, con el contenido de cada una de las cinco afirmaciones que integra la escala. En este sentido, el 69,7% de los estudiantes está satisfecho con su vida; el 56% afirma que hasta ahora ha obtenido las cosas importantes que quiere de la vida; el 55,2% dice que las condiciones de su vida son excelentes; el 41,5% señala que el tipo de vida que lleva se parece al tipo de vida que siempre soñó llevar; y, por último, otro 41% refiere que si

podiera vivir de nuevo su vida, le gustaría que todo volviese a ser igual. Parece evidente que aquellos elementos ligados más a la satisfacción de metas todavía no conseguidas sean los que registren en porcentaje menor de respuestas de satisfacción.

El grado de satisfacción con la vida no guarda relación con las variables edad y género, al menos en esta muestra representativa de estudiantes universitarios. El comportamiento relacional con otras variables de interés, y que mostramos en el anexo a este estudio, nos indica la presencia de asociaciones significativas (todas ellas superiores al uno por mil) con el índice de satisfacción con los estudios ($r=0,28$), con el estado de salud durante el último año ($r=0,26$), con las escalas de malestar físico ($r=0,20$) y de malestar psicológico ($r=0,36$) (a puntuaciones más altas en satisfacción, puntuaciones más bajas en malestar), estrés reciente ($r=0,21$), estrés asociado a los estudios ($r=0,27$), y con el estrés en otros dominios de [110] la vida ($r=0,34$) (estrés inversamente proporcional a niveles de satisfacción). La escala de satisfacción con la vida presenta asociaciones de mayor fuerza, sin embargo, con las variables de calidad de vida, bien sea con calidad de vida general ($r=0,48$) como con la calidad de vida reciente (según lámina del COOP) ($r=0,43$).

A título exploratorio, y tal como hicimos con la valoración del estado de salud durante el último año, hemos realizado un análisis de regresión lineal múltiple de la variable «sumatorio de la escala satisfacción con la vida» considerando como variables predictoras de la satisfacción las mismas que para el estado de salud. Como se puede comprobar en la siguiente tabla, de las 20 variables predictoras de interés únicamente 6 de ellas presentan coeficientes de regresión estandarizados significativos.

Variables predictoras no significativas: edad, género, ingresos familiares, grado de suficiencia de dinero de gasto personal, disponer de habitación de sólo para uno, grado de religiosidad, tener planes profesionales concretos para el futuro, frecuencia de consumo de alcohol, frecuencia de uso de tabaco, horas de sueño, tener relaciones sexuales, estrés en los estudios, estrés en otras áreas, estado de salud, malestar físico.

Estas variables predictoras que presentan una $R=0,630$ explicarían prácticamente el 40% de la varianza de satisfacción. La valoración de la calidad de vida general, el grado de satisfacción con los estudios, la escala de malestar psicológico, el índice de comportamiento saludable, el índice de las láminas COOP, y la escala de malestar físico conformaría el grupo de variables más comprometidas en la explicación de la variación de respuestas en la escala de satisfacción con la vida.

4.8.2. Calidad de vida general

Hemos construido un ítem para medir la calidad de vida general percibida y los resultados de las respuestas los presentamos en la siguiente tabla. [112]

Se puede afirmar que la mayor parte de los estudiantes (el 80%) informan de una calidad de vida buena o muy buena. Podemos comprobar en la tabla precedente, además, que no existen diferencias significativas por género en la percepción de la calidad de vida general, al igual que sucedía con la valoración del grado de satisfacción con la vida.

Un análisis relacional entre esta importante pregunta criterial de calidad de vida y otras variables de interés del cuestionario nos permite entresacar una serie de consideraciones (véase anexo). Aunque este análisis será objeto de estudio pormenorizado en otro trabajo, señalemos aquí que la variable calidad de vida general muestra su asociación estadística más alta con la puntuación total en la escala de satisfacción con la vida ($r=0.478$, $p<0,001$), y con la lámina calidad de vida reciente del COOP ($r=0.358$, $p<0,001$). La calidad de vida muestra una relación importante y significativa con el estado de salud de 0.311 ($p<0,001$). La relación entre calidad de vida y el sumatorio del Inventario de estresores del estudiante es de 0.352 ($r=0.262$ con el índice de estrés en los estudios, y $r=0.325$ con el índice de estrés en otros ámbitos de la vida), correlaciones todas ellas con probabilidad asociada inferior al 1 por mil. En la misma línea de malestar psicológico, la asociación con estado de ánimo depresivo es relativamente baja ($r=0.254$, $p<0,001$). Como medida de afecto positivo, encontramos una correlación entre calidad de vida y la lámina de sentimientos del COOP de 0.250 ($p<0,001$). Las asociaciones con las variables de estudios, ingresos u otras variables de identificación biosociodemográfica y comportamentales son inferiores a las aquí presentadas.

Al objeto de clarificar algo más este entramado relacional, hemos llevado a cabo también, como hicimos con las otras dos variables de interés (estado de salud y satisfacción con la vida) un análisis de regresión lineal múltiple considerando la variable calidad de vida general como variable dependiente y como variables independientes o predictoras las 20 seleccionadas anteriormente y que aparecen en la tabla 4.8.2.2. [113]

De manera clara podemos observar la contribución singular en la explicación de la variación de la estimación de la calidad de vida de cuatro únicas variables con coeficientes beta significativos: la satisfacción con la vida, los ingresos económicos familiares, el grado de suficiencia percibida en relación al dinero mensual disponible para uso personal, y el estado de salud. Bienestar psicológico, dinero y salud constituyen los tres ingredientes nucleares de la calidad de vida de los estudiantes universitarios, con una R de 0,633 y un coeficiente de determinación de 0,40. Ni el grado de satisfacción con los estudios, el nivel de estrés, las escalas de malestar, los comportamientos saludables o los comportamiento de riesgo de agrado (tabaco, alcohol), el tener o no relaciones sexuales, o la presencia de planes profesionales concretos para el futuro, contribuyen significativamente en la

explicación de la varianza de calidad de vida. Por supuesto, que la explicación de tan sólo un 40% nos anima a mirar hacia otras variables importantes y que no hemos estudiado aquí (la personalidad del estudiante, por ejemplo). Pero, en cualquier caso, nos señala la multidimensionalidad del concepto calidad de vida. Estas relaciones vienen a corroborar, también, la complejidad y heterogeneidad del concepto calidad de vida en los estudiantes universitarios. Por ello, resulta de interés presentar a continuación una aproximación al contenido de este concepto, en el marco de la comunidad universitaria, a través de las respuestas a la pregunta abierta: ¿Qué medidas podrían, según tu opinión, mejorar la calidad de vida en la Universidad? Seguidamente revisaremos, en la misma línea, las respuestas dadas a las medidas que pueden contribuir en opinión del alumno a fomentar la salud en la Universidad. [114]

4.8.3. Medidas para mejorar la calidad de vida en la Universidad

Tanto esta cuestión como la siguiente se han planteado en el cuestionario como preguntas abiertas, y es sabido que este tipo de preguntas en los cuestionarios autorrellenados (como es el caso de este estudio) son contestadas por una parte minoritaria de la muestra que se estudie. Afortunadamente, en esta ocasión esto no ha sido así, ya que alrededor de la mitad de los estudiantes han respondido a ambas cuestiones.

Específicamente, a la pregunta sobre las medidas para mejorar la calidad de vida en la universidad han contestado 291 personas (55% de la muestra), 173 mujeres y 118 varones, que aportan un total de 475 propuestas. Se ha analizado el contenido de las respuestas y se ha creado un conjunto de categorías para su mejor comprensión y cuantificación. Las respuestas registradas oscilan entre enunciados breves y párrafos de diversa extensión, que incluyen uno o más enunciados que en ocasiones caen en una misma categoría y en otras ocasiones en varias categorías. Por esta razón la suma de frecuencias de las diferentes categorías suma más de 291 ocurrencias (véase tabla 4.8.3.1).

El mayor número de respuestas se concentra en cuestiones relacionadas directamente con la enseñanza: enseñanza, profesorado, y nuevas tecnologías y docencia práctica. La naturaleza de estas respuestas es mayoritariamente de censura, de queja: censura al exceso de carga lectiva, a la planificación de los estudios, a la densidad de los horarios; censura en [115] relación a la calidad docente del profesorado, a la falta de un trato más humano; y una petición sobresaliente de más ordenadores. Otras dos categorías tienen una relación indirecta con la enseñanza: aulas y actividades extra-académicas. En lo relativo a las aulas, es queja muy extendida la incomodidad de las sillas y pupitres, así como la climatización. En cuanto a las actividades extra-académicas, los alumnos demandan más actividades culturales y una mayor oferta deportiva. Dos categorías aluden a conductas de salud: fumar y alimentación. Con respecto a la primera, la mayoría de las respuestas son demandas de

una mayor restricción del comportamiento de fumar: aumentar las zonas de no fumadores, restringir la venta, etc. En relación a la alimentación, los estudiantes solicitan menús más saludables, con mayor oferta de frutas y verduras, de más calidad, etc. La segunda categoría con más respuestas ha sido la de transporte, aparcamiento y accesos: se solicitan más autobuses, mejores aparcamientos, mejora en las salidas del campus, accesos para bicicletas, etc. Una categoría menor pero muy concreta es sobre la restricción de los teléfonos móviles en las aulas. Y por último una categoría residual, miscelánea, donde se sanciona la realización de obras durante el periodo lectivo, la presencia de la cementera (una empresa ubicada cerca de la universidad que produce cemento para la construcción), los servicios de fotocopiadora, etc., o se solicita más servicio psicológico de apoyo al estudiante, taquillas, más máquinas de café, o más teléfonos públicos. Esta última categoría de otras propuestas no sobrepasa la frecuencia de más de 5 ocurrencias por propuesta.

La información aportada por esta cuestión permite refrendar algunas de las cuestiones, que de forma distinta, se planteaban en el apartado de uso y valoración de servicios y otros aspectos de la Universidad de Alicante: la congruencia en las cuestiones relacionadas es clara, a la par que permite una información más ilustrada (ejemplificada). Esta pregunta también nos permite inferir qué entienden los estudiantes por calidad de vida o por una mejor calidad de vida en la universidad. En efecto, la calidad de vida es o puede verse afectada por un abanico amplio de factores: relativos a la ocupación principal o estudios, pero también al ocio (cultura y deporte), la salud (comida, fumar, también deporte), y a las condiciones y oportunidades (transporte, condiciones ambientales, etc.).

4.8.4. Medidas para fomentar la salud en la Universidad

Esta pregunta ha recibido menos respuestas que la anterior: 246, 144 de mujeres y 102 de varones. El porcentaje sigue siendo alto para este tipo de preguntas, más del 46% de los estudiantes encuestados. Como sucediera con la pregunta anterior, las respuestas han oscilado entre una breve sentencia y un párrafo más o menos extenso. Por tanto, también aquí el número de ocurrencias de las diferentes categorías creadas supera al número [116] de respondientes. En este caso, también, el total de propuestas emitidas es menor, contabilizándose un total de 318. Las categorías de respuesta y sus frecuencias pueden observarse en la tabla 4.8.4.1.

Los estudiantes opinan que las iniciativas para mejorar la salud en la universidad descansan, en primer lugar, en actividades de educación sanitaria, y en segundo lugar, en el fomento de tres conductas de salud: más deporte, menos fumar y mejor alimentación. En un lugar mucho más secundario: mejora de las condiciones del aula, más asistencia médica y psicológica y ocio.

En esta pregunta no sólo ha habido menos respuestas que en la anterior, sino que éstas, además, han sido más simples (menos ítems de información por respuesta) y conceptualmente menos abarcadoras. Parece deducirse que los estudiantes tienen un

concepto de salud más nítido que en el caso de la calidad de vida. Asimismo, la salud les parece un concepto más simple, menos abarcador, y en gran parte subsumible en el de calidad de vida. Complementariamente, calidad de vida es un concepto más abarcador, complejo y borroso. La calidad de vida tiene que ver con salud (fumar, alimentación, deporte, etc.), pero lo trasciende: condiciones de vida, oportunidades, ocio y negocio, etcétera. En cualquier caso, ambos conceptos se refieren a realidades muy significativas e importantes para el estudiante universitario.

[117]

5. Conclusiones

5.1. Instrumento de estudio, grado de participación y generalización de los resultados

Se ha elaborado un instrumento de estudio de la calidad de vida y del estado de salud del estudiante universitario, siguiendo las recomendaciones de la metodología de encuesta con aplicación de los principios de diseño cognoscitivo en la redacción y presentación de cuestionarios (véase, por ejemplo, Mullin et al., 2000), que evalúa adecuada y válidamente las cuestiones de interés.

Algunas de las cuestiones planteadas en nuestro instrumento de medida se han formulado en más de una ocasión, pero con formato de pregunta y respuesta diferentes, y en partes distintas del cuestionario. Esto ha ocurrido así con algunos ítems relacionados con la asistencia a la universidad, la restauración, las condiciones de las aulas, las actividades de ocio, y el ejercicio físico o deporte. Las diferentes formas de abordar una cuestión no sólo han variado en los aspectos formales ya aludidos sino que también han supuesto algunas variaciones (ligeras) de contenido. Las respuestas de los estudiantes a estas cuestiones formuladas más de una vez han mostrado un elevado grado de concordancia (a nivel grupal), lo que junto a otros indicadores (elevada tasa de respuesta, cuestionarios completos, escasas respuestas omitidas o en blanco, etc.) nos hace pensar que el grado de colaboración de los estudiantes ha sido elevado, a la par que esforzado y genuino.

Las tasas de respuesta y participación de los estudiantes universitarios en este estudio mediante encuesta por correo son altamente satisfactorias. Podemos afirmar que los resultados derivados de este estudio se pueden generalizar al conjunto de los estudiantes de la Universidad de Alicante.

Los resultados de la comparación de la muestra de estudiantes participantes con los de la población de matriculados confirman una vez más que estamos ante una muestra representativa de la población de estudiantes. [118]

5.2. Perfil biosociodemográfico

Los estudiantes de la Universidad de Alicante presentan el siguiente perfil biosociodemográfico:

El estudiante promedio tiene 22 años de edad y mide 1,71 m, 1,65 las mujeres y 1,78 los varones; pesa 65,7 kg, 58,5 las mujeres y 75 kg los varones. El 54,5% son mujeres y el resto, 45,5, varones (56,5 y 43,5 en la muestra, respectivamente). La gran mayoría son solteros, pero casi la mitad mantiene relaciones de pareja. Menos del 5% tiene algún hijo, hecho éste más frecuente entre las mujeres. La mayoría vive con sus padres. Menos del 1% son de nacionalidad extranjera. La religión católica es, con diferencia, la mayoritaria, aunque el 75% se declara poco o nada religioso; las mujeres declaran un mayor grado de religiosidad que los varones.

El nivel educativo de los padres de los estudiantes es superior al de la población general española (según datos del INE para el año 1997). El nivel de ingresos familiares es también superior al de la población general española. Ambas cuestiones indican que la clase social del estudiante universitario es superior a la de la población general. Téngase presente que, a pesar del fuerte incremento en términos absolutos y relativos de la población universitaria española en los últimos años, para el curso 1996-1997 la población universitaria supone el 40% respecto del total de su grupo de edad -tasa bruta de escolaridad universitaria- (INE, indicadores sociales). La fuente principal de financiación de los estudios es a través de la manutención de los padres. El 17% dispone de alguna beca de estudios.

Aunque no hemos explorado en profundidad la situación económica del estudiante universitario, es de destacar el porcentaje de estudiantes (el 40%) que considera insuficiente el dinero de disposición personal mensual, así como el porcentaje de estudiantes que deben trabajar durante el curso, además de estudiar, como modo de financiación de los estudios (cerca del 25%). Existen investigaciones que han encontrado que las circunstancias económicas, o la situación financiera, de los estudiantes puede tener un impacto negativo sobre su salud (Roberts et al., 2000). Estos autores han encontrado que el 47% de sus estudiantes entrevistados tenía que trabajar además de estudiar, y que otro 43% presentaban deudas en la actualidad. La literatura científica revisada por estos mismos autores registra una problemática económica relativa a insatisfacción de los estudiantes con su situación económica que va del 18,5% al 90%, lo que conllevaría la posibilidad de abandonar los estudios universitarios a causa de estas dificultades económicas. [119]

5.3. Estudios

Los estudios constituyen un elemento nuclear de la vida del estudiante universitario. Los estudios pueden ser tanto una amenaza para la salud, el bienestar y la calidad de vida del estudiante como una oportunidad para vivir una vida de calidad.

La Universidad de Alicante tiene alrededor de 30.000 alumnos. Los estudios de Derecho y los de Economía y Empresa reúnen aproximadamente un tercio de toda la población universitaria. Algo más del 70% de los estudiantes está cursando los estudios que deseaba

cursar (los elegidos en primera opción). La asistencia a clase es mayoritaria: alrededor del 75% acude la mayoría de los días.

El estudiante de la Universidad de Alicante concede gran importancia al hecho de lograr buenos resultados académicos, y cree que el nivel de exigencia de sus estudios es elevado. Tiene una percepción realista de su rendimiento académico, en relación al de sus compañeros. Las mujeres superan a los varones en rendimiento académico: tienen una nota media superior y menos asignaturas pendientes de cursos anteriores; también dedican más tiempo a actividades de aprendizaje que los varones. Las clases magistrales y el estudio a solas son las dos actividades principales de aprendizaje, que a su vez son también las más tradicionales.

Los estudiantes se encuentran satisfechos con los estudios que están cursando, así se deduce de sus respuestas al «Inventario de satisfacción con los estudios»; no se observan diferencias entre varones y mujeres. Un análisis más detallado revela algunas zonas de conflicto: percepción de cierto caos en la organización de los estudios -planes de estudio-, dificultad para expresar ideas y opiniones propias y cierto grado de desorientación. El nivel de satisfacción con los estudios no es óbice para que paralelamente los estudiantes, más de la mitad, se sientan estresados con sus estudios. Y esto es más acusado en el caso de las mujeres. Más específicamente, los estudios en general y las exigencias de la carreras son los estresores más importantes. En ambos casos, las mujeres se ven más afectadas que los varones. La satisfacción con los estudios y el estrés ligado a los estudios tienen entre sí una moderada relación lineal e inversa ($r=-0,43$), es decir, a mayor satisfacción menor estrés y viceversa.

5.4. Imagen de la Universidad de Alicante y valoración de los recursos universitarios

Los estudiantes refieren una imagen positiva y constructiva de la Universidad de Alicante en general, así como de los servicios y de las personas que viven y trabajan en este contexto. Con todo, se observa un uso escaso de la oferta cultural y deportiva, aunque se valora muy positivamente. Paradójicamente, [120] frente al escaso uso de estas ofertas, los estudiantes expresan en otra parte del cuestionario su deseo, ampliamente compartido, por una ampliación de los servicios y ofertas culturales y deportivas. Más de un tercio de los estudiantes come frecuentemente en el campus y la valoración de la restauración y de la oferta de comidas es positiva, pero ello no es óbice para que una importante minoría destaque y critique severamente este aspecto. Respecto a las nuevas tecnologías, menos de la cuarta parte no ha hecho uso de internet y del correo electrónico desde la universidad; el campus virtual es usado en menor medida. Viene al caso señalar una petición de un número significativo de estudiantes: un mayor acceso o disponibilidad de ordenadores. La biblioteca general es la biblioteca más usada de entre las existentes en el campus, pero el estudiante usa más las bibliotecas como salas de estudios que como centros de consulta y documentación. Aunque menos de la cuarta parte de los estudiantes realiza prácticas en empresas, hospitales y otros centros, quienes las realizan las valoran (muy) positivamente. Los estudiantes se quejan de la falta de comodidad de las aulas: pupitres y asientos y de la climatización. Otros motivos de queja son los aparcamientos y los servicios de

fotocopiadoras, especialmente estos últimos, y las salidas viarias del campus. Por el contrario, las zonas verdes y peatonales del campus, el diseño arquitectónico y su ubicación son muy bien valorados. La valoración del profesorado, calidad docente y trato, es positiva, pero cerca del 20% de los estudiantes otorga un suspenso. El personal de administración y servicios es ligeramente mejor valorado. Por último, la Universidad de Alicante recibe una calificación general excelente.

Los resultados de esta sección nos permiten concluir, también, una acentuada lenidad por parte de las mujeres universitarias, en comparación con los varones, en la valoración de los recursos universitarios.

5.5. Comportamiento relacionado con la salud y con el tiempo libre

Resulta interesante detallar algunas cuestiones. El 68% de los estudiantes son consumidores habituales de bebidas alcohólicas. Este hábito es más frecuente entre los varones, que, a su vez, son también mayores consumidores que las mujeres. Esta prevalencia de consumo es inferior en cinco puntos a la de la población española de entre 19 y 28 años con estudios universitarios (EDCD, 1997). Las bebidas de alta graduación son las de mayor consumo. La escala de dependencia alcohólica CAGE (Bruguera et al., 1994) arroja un valor preocupante: más del 8% de los estudiantes son consumidores excesivos de bebidas alcohólicas. En la misma línea de preocupación hay que notar el resultado del alto porcentaje de estudiantes (38%) que admite haber conducido habiendo abusado del alcohol o como acompañante de un conductor que ha bebido excesivamente. [121]

El 34% de los estudiantes son fumadores habituales, aproximadamente el 5% son ex-fumadores y las edades de inicio más frecuentes se sitúan entre los 15 y los 18 años. Hay más mujeres fumadoras (40%) que varones (27%). En la última encuesta nacional sobre consumo de drogas (EDCD, 1997), el único tramo de edad en el que las mujeres superan a los varones en el consumo de tabaco es el comprendido entre 15 y 18 años; sin embargo, entre los estudiantes de la Universidad de Alicante, las mujeres superan en trece puntos (40% frente al 27%) a los varones. Este dato es muy expresivo de la tendencia observada internacionalmente a una gran incorporación de las mujeres al consumo de tabaco y, paralelamente, una disminución en su prevalencia en el caso de los varones.

Casi la mitad de los estudiantes ha consumido en alguna ocasión cannabis (valor que supera en doce puntos al observado para la población española de entre 18 y 29 años de edad (EDCD, 1997)), y, aproximadamente, el 10% lo consume con cierta regularidad. La cocaína, el éxtasis, y los tranquilizantes son las siguientes drogas más consumidas. De nuevo hay que destacar que los valores de consumo son claramente superiores, salvo para el caso de los opiáceos, a los de poblaciones de referencia, en este caso a los de la población española de entre 16 y 25 años (CIRES, 1993) (Los datos de la EDCC de 1997 no están aún desagregados por edades para esta cuestión). Existen, al menos, dos explicaciones posibles: los estudiantes de la Universidad de Alicante consumen más drogas que sus iguales, o sus respuestas han sido más «genuinas». Nos inclinamos más por esta última interpretación debido al inusual bajo nivel de no respuesta para este tipo de

preguntas y al patrón más saludable observado en otros comportamientos: consumo de bebidas alcohólicas y fumar, principalmente.

La mayoría de los estudiantes accede al campus en vehículos a motor. El 50% utiliza siempre el cinturón de seguridad en sus desplazamientos en automóvil, y el 66% usa el casco protector cuando viaja en motocicleta.

Salir con los amigos, ver la televisión y escuchar música son las principales actividades de ocio. El tiempo dedicado a las actividades de ocio propuestas es mayor entre los varones que entre las mujeres; justo al contrario de lo que sucedía con el tiempo dedicado a las actividades de aprendizaje.

El resultado de que sólo el 37% de los estudiantes universitarios realiza el ejercicio físico adecuado para su edad es un serio motivo de preocupación y un marcador claro de que se debe trabajar en la línea de potenciar aun más el ejercicio físico en la población universitaria.

A pesar del consumo saludable de muchos productos alimentarios por parte de la comunidad estudiantil universitaria, conviene notar el dato de que más de un tercio de los estudiantes consume comida rápida con relativa frecuencia.

Los valores del índice de masa corporal (IMC) muestran que casi dos tercios de los estudiantes tienen un peso saludable; un 20% presentaría [122] bajo peso, y un 16% sobrepeso. Las mujeres, en comparación con los varones, tienen una percepción más distorsionada de su cuerpo relativa a la dimensión delgadez-obesidad.

El comportamiento sexual del estudiante universitario se caracteriza por una notoria fidelidad a la pareja y por prácticas de sexualidad segura. Un 70% de estudiantes ha tenido alguna práctica de actividad sexual de tipo coital, con una iniciación alrededor de los 18 años. La utilización del preservativo en los contactos sexuales con nuevas parejas es una práctica frecuente entre los estudiantes universitarios, lo que explicaría, en parte, la escasa presencia de problemas de salud ligados a la sexualidad o la baja petición de pruebas de VIH. Debemos destacar que únicamente el 15% de las estudiantes se realizan con regularidad una prueba citológica (test de Papanicolau), y que el 59,3% no se ha realizado nunca esta prueba.

5.6. El estado de salud y la calidad de vida relacionada con la salud

El estado de salud de los estudiantes universitarios es bueno. Esta valoración positiva del estado de salud reciente (el 85% de los estudiantes) o a lo largo del último año (el 74%) es superior a la cifra de la población adulta de la Encuesta Nacional de Salud de 1997 (el 68%) (cf., Encuesta Nacional de Salud en España 1997). El estado de salud percibido durante el último año y el estado de salud reciente comparten un 31 % de varianza. Los estudiantes presentan unas características sanitarias claramente favorables. Se preocupan por su salud y se ocupan en diversos comportamientos relacionados con la salud. Sus

hábitos de vida son satisfactorios y saludables. Su estado de salud interfiere mínimamente en su faceta sociopersonal a la hora de llevar a cabo sus actividades habituales. La calidad de vida relacionada con la salud, medida a través de las Láminas COOP, muestra un perfil de funcionamiento físico, psicológico y social netamente positivo. Las mujeres, sin embargo, presentan indicadores menos positivos de salud percibida. Consistentemente, las mujeres refieren un mayor nivel de interferencia cotidiano ligado a su estado de salud. El nivel de enfermedad autoinformado es menor que el de las molestias psicósomáticas. El promedio de días de enfermedad al año es inferior a 10 días. La conclusión de todo ello es la siguiente: prevalencia baja de enfermedad grave o importante junto a nivel relativamente alto de sintomatología psicósomática. Una conclusión de gran interés es la constatación de diferencias de género en relación a una mayor declaración de enfermedades, molestias y síntomas por parte de las mujeres.

La gran mayoría de los estudiantes universitarios es consciente de la importancia de la salud como un recurso necesario para una vida de cantidad y de calidad. Los estudiantes presentan un perfil caracterizado por un [123] gran potencial de salud, si bien aparecen también ciertos posibles riesgos específicos que hemos podido identificar como el patrón de uso de cigarrillos, el consumo de alcohol, el notable grado de sedentarismo, y los problemas asociados a un control inadecuado del estrés. Es importante recordar y resaltar el mayor consumo de cigarrillos en las estudiantes frente a sus compañeros varones, así como el excesivo consumo de bebidas alcohólicas de alta graduación. En la misma línea, las estudiantes practican menos deporte que sus compañeros, dedican menos horas a la práctica de ejercicio físico, y presentan una imagen corporal más distorsionada que sus compañeros.

5.7. La satisfacción con la vida del estudiante universitario

Se ha señalado que un indicador de la calidad de vida de una sociedad es el grado de felicidad y de satisfacción con la vida que los ciudadanos de esa sociedad experimentan o refieren (Diener y Lucas, 2000). La satisfacción con la vida de los estudiantes universitarios de nuestro estudio es más baja que la proporcionada (corregida por alternativa de respuesta) en el trabajo original de Diener et al. (1985), así como en comparación con otros grupos con los que hemos trabajado previamente (mujeres embarazadas, por ejemplo). Debemos notar, sin embargo, que la muestra de estudiantes en el trabajo original de Diener y colaboradores no es representativa como la nuestra sino incidental o disponible. La satisfacción con la vida se mide aquí como una valoración actual y retrospectiva que hace la persona acerca del grado en que ha conseguido los objetivos deseados o propuestos (es decir, el grado de congruencia entre aspiraciones y logros como proceso cognoscitivo referido al transcurso de la vida). Por tanto, la satisfacción viene a ser una especie de valoración desapasionada y reflexiva de lo bien que van las cosas y de lo bien que han ido hasta el momento actual. Hay que decir que la muestra de validación original en el trabajo de Diener y colaboradores es incidental o de fácil disposición y no representativa como la de nuestro estudio. Ello puede significar, o bien que esta escala carece de validez de contenido para este grupo de población, o bien que, como cabe esperar, los niveles de satisfacción con la vida no son altos puesto que todavía no se ha conseguido satisfacer algunas de las necesidades, objetivos o metas que pueden estar relacionadas con este

constructo (por ejemplo, terminar una carrera, vivir en pareja y formar una familia, ser autosuficiente económicamente, etc.). No obstante, lo anterior no significa que la satisfacción con la vida sea baja, sino que los estudiantes universitarios presentan un grado moderado de satisfacción con la vida. Si la midiéramos con una escala de puntuación de 1 a 10, la muestra obtendría casi un notable. Nuestros estudiantes se caracterizarían por presentar una tendencia de moral alta.

Los predictores de la satisfacción del estudiante encontrados son: la valoración de la calidad de vida por parte del estudiante, el grado de satisfacción con los estudios, algunos aspectos de salud reciente (ausencia [124] de malestar tanto físico como psicológico, salud como funcionamiento cotidiano medido por las láminas COOP), y la actitud hacia un comportamiento saludable.

5.8. La calidad de vida general

Una línea complementaria aparece con la pregunta referida a la valoración de la calidad de vida en general. Aquí, los resultados son concluyentes: los estudiantes universitarios experimentan, y refieren tener, una buena calidad de vida (el 80%).

Lo mismo que apuntábamos para la variable satisfacción viene a reflejarse para este concepto, aunque con ciertos matices. Comentemos alguna cosa. Notemos que la principal variable asociada a la calidad de vida es el grado de satisfacción con la vida, con una explicación del casi 23% de la varianza conjunta (recordemos, una correlación moderada de cerca de 0,48). Por tanto, bajo el epígrafe calidad de vida nos topamos con un constructo de perfiles y aristas diferente al monolítico de pensar que prácticamente calidad de vida y satisfacción son entidades intercambiables. Pese a que el grado de satisfacción con la vida es el predictor más potente de los aparecidos en nuestro estudio, otras dos variables lo complementan: la situación económica, y el estado de salud. Salud y dinero como recursos poderosos para una vida de calidad, que se traduce también en una experimentación gozosa de la vida (la satisfacción de la vida como un todo).

Nosotros sostenemos que la calidad de vida es preponderantemente funcionamiento individual y bienestar. No es de extrañar, pues, la aparición de la salud y del dinero como poderosos recursos para el funcionamiento personal y la consiguiente satisfacción vital. En este sentido, la ocupación de la vida (lo que uno hace o deja de hacer) cobra un sentido capital en la delimitación conceptual de la calidad de vida. A las buenas condiciones de vida (o habitabilidad de vida), a la competencia personal para la vida, a la utilidad de la vida, y a la valoración de la vida (cuatro «cualidades» diferenciadas y nucleares de la propuesta de calidad de vida de Veenhoven, 2000), habría que completar con la ocupación de vida. En otras palabras, la calidad de vida del estudiante está determinada, básicamente, por su comportamiento, por lo que hace o deja de hacer, y cómo experimenta este funcionamiento.

No podemos olvidar concluir aquí otro aspecto de gran interés relativo a las diferencias por género. La mayor presencia en las mujeres de aspectos y situaciones ligadas a malestar

en comparación con sus compañeros varones (molestias, afectividad negativa, problemas de salud, etc.), queda anulada en las variables relativas a los indicadores positivos de bienestar psicológico (satisfacción con la vida, y calidad de vida general). Tanto en satisfacción con la vida como en calidad de vida no existen diferencias por género. [125]

5.9. La promoción de la calidad de vida y la salud en la universidad desde la perspectiva del estudiante

La calidad de vida y la salud son dos conceptos centrales de este estudio, y han sido examinados con detalle, directamente y a través de su red conceptual de relaciones. La fundamentación se ha asentado en los antecedentes teóricos y empíricos que aporta la literatura especializada. Sin embargo, hemos realizado una aproximación marginal al concepto lego, esto es, del estudiante, sobre lo que éste entiende por calidad de vida y por salud, o al menos así puede deducirse, parcialmente, de las respuestas a las dos preguntas con formato abierto acerca de cómo se puede mejorar la calidad de vida y la salud en la universidad. Los estudiantes atribuyen rasgos distintos a ambos conceptos. La calidad de vida es claramente multidimensional, implica a la salud o se ve afectada por ella, pero abarca además a otras condiciones y conductas de la persona, así como a oportunidades y condiciones socioambientales. La salud es, o se ve afectada por, lo que solemos hacer o dejar de hacer: fumar, comer, hacer deporte; o ciertas condiciones ambientales: ruido, contaminación ambiental, condiciones físicas del estudio, etcétera. La salud, por tanto, es una cuestión primordialmente física. ¿Hasta qué punto la perspectiva del científico y la del lego coinciden? Aunque el examen de la perspectiva lego del estudiante ha sido sólo marginal, sí parece que en lo concerniente a la calidad de vida la convergencia entre el científico y el lego es notable, mientras que no sucede así con el concepto salud, donde el modelo biologicista, físico, ha sido sustituido por un modelo biopsicosocial más integrador, desde muchas disciplinas, pero no tanto desde el punto de vista del estudiante.

Permítasenos que nos preguntemos en este momento acerca de la posible generalización de los resultados y conclusiones de este estudio al conjunto de estudiantes universitarios. Dejando de lado los aspectos más específicamente ligados al diseño y situación concreta de la Universidad de Alicante, podemos señalar que existen trabajos que confirman que el bienestar psicológico subjetivo presenta diferencias más acusadas entre diversas muestras representativas de la población de varios países que entre muestras de estudiantes universitarios (Veenhoven, 1993; cfr. Diener y Lucas, 2000). Estos autores intentan explicar esta conclusión apelando a que los estudiantes universitarios conforman un grupo poblacional de élite que muy probablemente satisface sus necesidades en la mayoría de las sociedades.

Estos son, cuanto menos, los resultados y conclusiones que hemos obtenido en nuestro estudio y que deseamos comunicar al lector interesado. [127]

6. Referencias bibliográficas

Abercrombie, N., Gatrell, T., Thomas, C. (1998). Universities and health in the twenty-first century. En: Tsouros, A.G., Dowding, G., Thompson, J. & Dooris, M. (Eds.) (1998). Health Promoting Universities. Concept, experience and framework for action. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe: 29-34.

Allgöwer, A., Stock, C., y Krämer, A. (2000). Wie gesund leben Studierende? En: U. Sonntag, S. Gräser, C. Stock, A. Krämer (Hrsg.). Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele. Weinheim und München: Juventa Verlag: 105-114.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International, 11: 11-18.

Armstrong, B., White, E., y Saracci, R. (1992). Principles of exposure measurement in Epidemiology. Oxford: Oxford University Press.

Arce, A. (1994). Técnicas de construcción de escalas psicológicas. Madrid: Síntesis.

Ashton, J. (1987). La promoción de la salud, un nuevo concepto para una nueva sanidad. Las ciudades sanas, una iniciativa de la nueva sanidad. Monografies Sanitàries Sèrie D (Salud para todos). Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat i Consum, IVESP.

Ashton, J. (1998). The historical shift in public health. En: : Tsouros, A.G., Dowding, G., Thompson, J. & Dooris, M. (Eds.) (1998). Health Promoting Universities. Concept, experience and framework for action. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe: 5-9.

Barandiaran, A., y Guerra, J. (1998). Un estudio sobre hábitos de conducta y salud mental en universitarios vascos. Psiquis, 19: 389-396.

Bernadt, M., Mumford, J., y Taylor, C. (1982). Comparison between questionnaire and laboratory test in the detection of excessive drinking and alcoholism. Lancet, 1: 325-328.

Blaxter, M. (1991). Health and Lifestyles. London: Routledge.

Booth, B. & Ritchie, B. (1998). Foreword. En: Tsouros, A.G., Dowding, G., Thompson, J. & Dooris, M. (Eds.) (1998). Health Promoting Universities. Concept, experience and framework for action. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe: iii-iv.

Bosch, J.L., y Torrente, D. (1983). Encuestas telefónicas y por correo. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Bruguera, M., Gual, A., Salleras, L., y Rodés, J. (1994). Cribado del consumo de alcohol. Medicina Clínica, 102 Supl. 1: 85-92.

- Bush, B., Shaw, S., y Cleary, P. (1987). Screening of alcohol abuse using the CAGE questionnaire. *American Journal of Medicine*, 82: 231-235.
- Caruana, A., Martínez, D., Reig, A., Merino, J. (1999). Evaluación del estrés en estudiantes de medicina. *Ansiedad y Estrés*, 5: 79-97.
- Castro, A., y Sánchez, M.P. (2000). Objetivos de vida y satisfacción autopercebida en estudiantes universitarios. *Psicothema*, 12: 87-92.
- Covarrubias, S. de (1611). *Tesoro de la Lengua Castellana o Española*. Edición preparada por Martín de Riquer. Barcelona: S.A. Horta, I.E. 1943.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., y Griffin, Sh. (1985). The Life Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49: 71-75.
- Diener, E., y Lucas, R. (2000). Explaining differences in societal levels of happiness: Relative standars, need fulfillment, culture, and evaluation theory. *Journal of Happiness Studies* 1: 41-78.
- Dillman, D.A. (1978). *Mail and telephone surveys. The total design method*. New York: John Wiley and Sons.
- Dooris, M. (2000). Promoting sustainable health within a university setting: a case study. En: U. Sonntag, S. Gräser, C. Stock, A. Krämer (Hrsg.). *Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele*. Weinheim und München: Juventa Verlag: 163-169.
- Dooris, M., Dowding, G., Thompson, J., Wynne, C. (1998). The settings-based approach to health promotion. En: Tsouros, A.G., Dowding, G., Thompson, J. & Dooris, M. (Eds.) (1998). *Health Promoting Universities. Concept, experience and fremework for action*. Copenhagen: Worl Health Organization. Regional Office for Europe: 18-28.
- Dowding, G., Thompson, J. & Dooris, M. (Eds.) (1998). *Health Promoting Universities. Concept, experience and fremework for action*. Copenhagen: Worl Health Organization. Regional Office for Europe: iii-iv.
- Elwood, J. (1988). *Causal relationships in Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Engelmann M.D., Krupka LR, Verner AM. (1993). Health-related behavior and somatic stress among college students. *College Student Journal*, 27: 274-283.
- Ewing, J.A. (1984). Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *JAMA*, 252: 1905-1907.
- Hays, J., y Spickard W. (1987). Alcoholism: Early diagnosis and intervention. *Journal of General Internal Medicine*, 2: 240-247.

Krämer, A., y Stock, C. (1998). Gesundheitspotentiale von Studierenden fördern: Das Gesundheitslabor der Universität Bielefeld. *Public Health Forum*, 20: 19.

Krämer A., Stock C., Allgöwer A. (1997). Gesundheitsförderung an der Universität: Bewegung und sportliche Aktivität bei Studierenden. En: H-J. Schulke, J. V. Troschke, A. Hoffmann (Hrsg.). *Gesundheitssport und Public Health*. Deutsche Koordinierungstelle für Gesundheitswissenschaften. Freiburg: 96-109, 162-167.

Krämer, A., Prüfer-Krämer, L., Tshiang, J., y Stock, C. (2000). Gesundheitssurvey bei ausländischen Studierenden an der Universität Bielefeld. En: U. Sonntag, S. Gräser, C. Stock, A. Krämer (Hrsg.). *Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele*. Weinheim und München: Juventa Verlag: 115-126.

Lameiras, M., y Frailde, J.M. (1997). Sexualidad y salud en jóvenes universitarios/as: actitudes, actividad sexual y percepción de riesgo de la transmisión heterosexual del V.I.H. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23: 27-63.

Lemos, S., Fidalgo, A. (1993). Conductas de riesgo cardiovascular en población universitaria. *Psicothema*, 5: 337-350.

Lizán, L. y Reig, A. (1999). Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas COOP-WONCA. *Atención Primaria*, 24: 75-82.

Michavila, F. Y Calvo, B. (1998). *La universidad española hoy. Propuestas para una política universitaria*. Madrid: Editorial Síntesis.

Ministerio del Interior (1997). *Encuesta Domiciliaria sobre Uso de Drogas 1997*. Madrid. Consultado en 21 de noviembre de 2000 en: .

Ministerio de Sanidad y Consumo (1997). *Encuesta Nacional de Salud en España 1997*. Madrid. Consultado el 21 de noviembre de 2000 en: .

Mullin, P., Lohr, K., Bresnahan, B., y McNulty, P. (2000). Applying cognitive design principles to formatting HRQOL instruments. *Quality of Life Research*, 9: 13-27.

O'Donnell, T. & Gray, G. (1993). *The health promoting college*. London: Health Education Authority.

Oficina de Comunicación de la Universidad de Alicante. Vicerrectorado de Relaciones Institucionales (1998). *Guía de la Universidad de Alicante*. Universidad de Alicante.

Ortega y Gasset, J. (1930). *Misión de la Universidad y otros ensayos afines*. 3ª edición en castellano. Madrid: Revista de Occidente, 1960.

Pedreño, A. (1998). *Universidad: Utopías y Realidades*. Universidad de Alicante, 1994-1997. Madrid: Editorial Civitas, S.A.

Peterken, C.I. (1996). The health promoting university. A needs assessment: the potential for change. Portsmouth: University of Portsmouth.

Porta, J., y Lladonosa, M. (coords.) (1998). La Universidad en el cambio de siglo. Madrid: Alianza Editorial.

Raphael, D., Steinmetz, B., Renwick, R., Rootman, I., Brown, I., Sehdev, H., Phillips, S., y Smith, T. (1999). The Community Quality of Life Project: a health promotion approach to understanding communities. *Health Promotion International*, 14: 197-210.

Reig, A., Prüfer, I. (1999). Quality of life and health status among the students of the University of Alicante: a research project among an exemplary group. Paper presented at the «Workshop Health Needs in University Students: Identifying Priorities for Intervention». University of Bielefeld (Germany), September 16 and 17.

Roberts, R., Golding, J., Towell, T., Reid, S., Woodford, S., Vetere, A., y Weinreb, I. (2000). Mental and physical health in students: The role of economics circumstances. *British Journal of Health Psychology*, 5: 289-297.

Quintanilla, M.A. (1998). El reto de la calidad en las universidades. En J. Porta y M. Lladonosa (coords.). La Universidad en el cambio de siglo. Madrid: Alianza Editorial, 79-101.

Serra, Ll., de Cambra, S., Saltó, E., Roura, E., Rodríguez, F., Vallbona, C., y Salleras, L. (1994). Consejo y prescripción de ejercicio físico. *Medicina Clínica*, 102 Supl. 1: 100-108.

Seva, A. (1994). Aproximación al conocimiento del estado de salud general y salud mental de una población de estudiantes universitarios. *Psiquis*, 15: 27-39.

Sobhan-Sarbandi, M., Stock, C. y Krämer, A. (2000). Die Rückengesundheit von Studierenden im Rahmen einer gesundheitsfördernden Hochschule. En: U. Sonntag, S. Gräser, C. Stock, A. Krämer (Hrsg.). *Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele*. Weinheim und München: Juventa Verlag: 139-147.

Sonntag, U., Gräser, S., Stock, C., y Krämer, A. (Hrsg.). *Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele*. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Stephoe A. Y Wardle, J. (1996). The European health and behaviour Survey: The development of an international study in health psychology. *Psychology and Health*, 11: 49-73.

Stock, C. y Krämer, A. (1999). Universität Bielefeld Gesundheitssurvey für Studierende. Universität Bielefeld.

Stock, C. y Krämer, A. (2000). Psychosoziale Belastung und psychosomatische Beschwerden von Studierenden. En: U. Sonntag, S. Gräser, C. Stock, A. Krämer (Hrsg.).

Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele. Weinheim und München: Juventa Verlag: 127-138.

Stock C., Allgöwer, Prüfer-Krämer L, Krämer A. (1997) Gibt es einen Bedarf für eine betriebliche Gesundheitsförderung für Studierende? Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 5: 239-256.

Tsouros, A.D. (1998). Preface. En: Tsouros, A.G., Dowding, G., Thompson, J. & Dooris, M. (Eds). Health Promoting Universities. Concept, experience and framework for action. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, i-ii.

Tsouros, A.D. (2000). Health Promoting Universities: concept and strategy. En: U. Sonntag, S. Gräser, C. Stock, A. Krämer (Hrsg.). Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele. Weinheim und München: Juventa Verlag: 15-24.

Tsouros, A.D., Dowding, G., Dooris, G. (1998). Strategic framework for the Health Promoting Universities project. En: Tsouros, A.G., Dowding, G., Thompson, J. & Dooris, M. (Eds.). Health Promoting Universities. Concept, experience and framework for action. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 111-126.

Tsouros, A.D. y Dowding, G. (1998). A Framework for action by a European Network of Health Promoting Universities. En: Tsouros, A.G., Dowding, G., Thompson, J. & Dooris, M. (Eds.). Health Promoting Universities. Concept, experience and framework for action. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 127-135.

Veenhoven, R. (1993). Happiness in nations: Subjective appreciation of life in 56 nations 1946-1992. Rotterdam: RISBO.

Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life. Ordering concepts and measures of the good life. Journal of Happiness Studies, 1: 1-39.

Vizcaya M.F., Fuentes, M., y Fernández, R.M. (1997). Estudio descriptivo de los hábitos alimenticios y del consumo de alcohol en una muestra de estudiantes de la Universidad de Alicante. Enfermería Científica, 178-179: 53-59.

WHO (1996a). Network News: The European Network of Health Promoting Schools, 2nd edn. Copenhagen: WHO Copenhagen.

WHO (1996b). School Health Promotion. Series 5: Regional Guidelines: Development of Health Promoting Schools: A Framework for Action. Manila: WHO, Manila.

7. Anexos

7.1. Cartas de presentación

Alicante, 20 de marzo de 2000

Estimado/a estudiante:

Las personas queremos tener una vida con salud, con bienestar, satisfactoria, incluso plena. Cómo nos sentimos, cómo vivimos, con quién vivimos, dónde trabajamos o estudiamos, son todas ellas circunstancias que definen nuestra vida. Existen muy pocos estudios que describan cómo es la vida de los estudiantes universitarios, de sus hábitos de salud, su bienestar, su percepción de la vida universitaria, su satisfacción con los estudios que cursan. Son estas cuestiones, y otras relacionadas, las que pretendemos examinar con esta investigación.

Para la realización de este estudio sobre la salud y la calidad de vida del estudiante de la Universidad de Alicante necesitamos la colaboración de todas aquellas personas que, como tú, han sido elegidas al azar de entre todos los estudiantes de esta universidad. La colaboración que te pedimos consiste en rellenar el cuestionario que se adjunta a esta carta y que lo remitas, una vez contestado, a la dirección que figura en el sobre de devolución que también te proporcionamos. Para facilitarte esta tarea, el sobre de devolución ya está franqueado y con la dirección de destino de forma que sólo tengas que introducir el cuadernillo ya contestado y remitírnoslo por correo. Queremos insistir en la importancia de tu colaboración para poder obtener una imagen que represente con fidelidad lo que le pasa y opina el estudiante universitario; en caso contrario, los datos obtenidos carecerían de la suficiente validez.

El cuestionario es anónimo, todos los datos son confidenciales y sólo se utilizarán con fines estadísticos de investigación. El tiempo aproximado para rellenar el cuestionario es de 45 minutos.

Conocer cómo son las cosas es un paso previo al intento de mejorarlas. Este estudio aportará información sobre la calidad de vida del estudiante universitario y sus condicionantes. Los resultados se publicarán en revistas especializadas; si estás interesado en recibir una copia de ellos, cuando estén disponibles, te enviaremos gustosamente. Para ello, pon tu dirección en el sobre de respuesta o solicítanoslo por otro medio (por carta o por teléfono a la dirección que figura al pie de esta carta). Como un detalle de agradecimiento por tu participación te ofrecemos este bolígrafo como obsequio y que puedes utilizar para cumplimentar el cuestionario.

Muchas gracias por tu tiempo y dedicación. Recibe un cordial saludo,

Fdo.: Abilio Reig Ferrer
Catedrático de Psicología de la Salud

* * *

Alicante, 27 de marzo de 2000

Estimado/a estudiante:

La semana pasada te enviamos un cuestionario sobre calidad de vida y salud. Como ya te señalábamos en la presentación del estudio, tu nombre fue seleccionado al azar de entre los estudiantes de la Universidad de Alicante.

Si ya nos has remitido el cuestionario recibe nuestro sincero agradecimiento. Si aún no lo has hecho, por favor, hazlo hoy mismo. Ten en cuenta que el cuestionario sólo se ha enviado a una pequeña muestra representativa de estudiantes de la Universidad de Alicante. Pero para que esta muestra sea finalmente representativa es indispensable la máxima colaboración de los estudiantes seleccionados; de esta forma, las opiniones y comportamientos de otras muchas personas que se encuentran en circunstancias similares a las tuyas y a las de los demás estudiantes seleccionados podrán ser tenidas en consideración.

Si fuera el caso que hubieses extraviado el cuestionario, o que no lo hubieras recibido, llámanos al teléfono 965 90 39 90 y hoy mismo te enviaríamos otro cuestionario.

Fdo.: Abilio Reig Ferrer
Catedrático de Psicología de la Salud

* * *

Alicante, 10 de abril de 2000

Estimado estudiante:

Hace aproximadamente tres semanas que nos dirigimos a ti para pedirte tu colaboración en el estudio sobre la calidad de vida y la salud del estudiante universitario. Dado el carácter anónimo de este estudio, no nos es posible saber si nos has remitido ya el cuestionario -y en ese caso muchísimas gracias- o si no lo has remitido. El motivo de esta nueva carta es, precisamente, animarte de nuevo a participar si todavía no lo has hecho.

Como te decíamos en la primera carta, creemos que puede ser muy interesante y útil conocer cómo vive el estudiante su vida universitaria, cómo valora su Universidad, sus servicios, cuál es su nivel de satisfacción con los diferentes aspectos universitarios, cuál es su bienestar y su calidad de vida, etc. Apenas existen datos rigurosos sobre estas cuestiones, y una característica esencial de este estudio es su pretensión de obtener una imagen fiel, representativa y por tanto aplicable a toda la población universitaria; de ahí la necesidad de que la muestra seleccionada al azar participe al máximo, y por tanto nuestra insistencia en tu colaboración.

Por el tiempo transcurrido desde el primer envío, es probable que hayas extraviado el cuestionario que te enviamos en su momento; por tanto, te volvemos a adjuntar el cuestionario y el sobre de devolución. ¡Sería muy útil poder contar con tu opinión a través del cuestionario! Recibe en todo caso nuestro sincero agradecimiento por la atención que nos has dispensado.

Sinceramente, un cordial saludo

Abilio Reig Ferrer
Catedrático de Psicología de la Salud

[Facilitado por la Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes](#)

Súmese como **[voluntario](#)** o **[donante](#)** , para promover el crecimiento y la difusión de la **[Biblioteca Virtual Universal](#)**.

Si se advierte algún tipo de error, o desea realizar alguna sugerencia le solicitamos visite el siguiente **[enlace](#)**.

