

UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA "DR. WITREMUNDO TORREALBA",  
SEDE ARAGUA  
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

**Salud y Calidad de vida en estudiantes de 2do. Año de Medicina, de la  
Universidad de Carabobo - Sede Aragua. Año 2012.**

**Trabajo presentado como requisito de mérito para ascender a la categoría de Profesor  
Agregado**

Autor: Eliana Anduze Nogueira

La Morita, Diciembre 2014

## RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo estudiar el Perfil de Salud y su relación con la percepción de la Calidad de vida, en los estudiantes de segundo año de la Escuela de Medicina, sede Aragua, de la Universidad de Carabobo en el periodo académico 2012. **Materiales y método:** Fue un estudio descriptivo, de corte transversal. La población estuvo constituida por 270 estudiantes y la muestra por 80, determinada de forma intencional. **Las variables e instrumentos** del estudio fueron: Variables sociodemográficas, el Perfil de Salud y la Calidad de vida. Los **instrumentos** empleados fueron tres: El Perfil de Salud de Nottigham (PSN) de Alonso y cols. 1994. Cuestionario de Calidad de Vida (CDV) de Ruiz y Baca, 1993, **Resultados:** La muestra estuvo conformada por 87.5% de estudiantes provenientes de la región local, el 65% del grupo estudiado, estuvo conformado por mujeres. La condición socioeconómica con mayor porcentaje fue la categoría alta con un 51,25%. Se observó una percepción moderada de la Salud, reportándose tres de seis dimensiones con afección: Energía, Sueño y Reacciones emocionales. En relación a las limitaciones reportadas por la salud, la frecuencia resultó ser baja, sin embargo las actividades más afectadas fueron: aficiones o pasatiempos, vida social y uso del tiempo libre. La interrelación entre la Salud y la Calidad de vida, estuvo moderada por la condición. Tres dimensiones de la Calidad de vida se relacionaron con el Perfil de Salud: Apoyo Social(-) Bienestar Físico-Psicológico (+) y Satisfacción (-).

**Descriptor:** Perfil de Salud, Calidad de Vida, Condición socioeconómica, Medicina.

## ABSTRACT

The present study aimed to investigate the profile of health and its relation to the perception of quality of life, in the second year students of the School of Medicine, located Aragua, Carabobo University in the academic year 2012. **Supplies Methods:** It was a descriptive, cross-sectional. The population consisted of 270 students and 80 sample, given intentionally. Variables and instruments of the study were: Sociodemographic, Health Profile and Quality of Life. The instruments used were three: The Nottigham Health Profile (NHP) and Alonso cols. 1994 Quality of Life Questionnaire (QOL) of Ruiz and Baca, 1993. **Results:** The sample consisted of 87.5% of students from the local region, 65% of the studied group consisted of women. Socioeconomic status with the highest percentage was the highest category with 51.25%. Moderate perception of health was observed, reporting three of six dimensions with condition: Energy, Dream and emotional reactions. Regarding the limitations reported by health, often found to be low, however the activities most affected were: hobbies or pastimes, social life and leisure time use. The interrelationship between the Health and Quality of Life, was moderated by condition. Three dimensions of quality of life were related to the Health Profile: Social Support (-) Psychological and Physical Wellbeing (+) and satisfaction (-).

**Descriptors:** Health Profile, Quality of Life, Socioeconomic Status, Medicine.

## INTRODUCCION

Junto a la experiencia docente y al trabajo de investigación anterior, nació la inquietud de revisar el Perfil de Salud de los estudiantes de segundo año de la carrera de Medicina y su vinculación con la Calidad de vida percibida.

Se observó en el trabajo anterior, resultados significativos en relación a una alta satisfacción de la Calidad de vida percibida por la muestra de estudiantes, sin embargo, se hallaron dos dimensiones, con puntuaciones bajas. Dichas dimensiones fueron: **Bienestar físico - psicológico y Tiempo libre - ausencia de sobrecarga laboral** <sup>(1)</sup>.

Esta baja puntuación en las dos dimensiones mencionadas, coincidió con la experiencia cotidiana derivada de la docencia, al detallar frecuentemente expresiones de quejas en cuanto al cansancio, poca calidad y cantidad de sueño, cuadros de salud asociados al estrés, el estilo de vida llevado y poco tiempo para la recreación en los estudiantes de segundo año de la carrera de Medicina, en comparación a los estudiantes de primer y tercer año. Por ello la necesidad de estudiar con mayor detalle el Perfil de Salud en esta muestra.

El concepto de salud en esta investigación, parte de un enfoque multidimensional, abordando la salud en relación a las diversas funciones que desarrolla un ser humano durante su vida. <sup>(2)</sup>

Históricamente, han coincidido el proceso de definición del constructo de Calidad de vida, con la revisión y ampliación del concepto de salud, iniciados en la década de los años setenta, cobrando mayor fuerza en la década de los años ochenta, del siglo pasado. La concepción de la salud basada anteriormente en la determinación del estado de salud o enfermedad de los individuos, se concentraba principalmente en ubicar medidas específicas como marcadores bioquímicos, fisiológicos y anatómicos o indicadores epidemiológicos, desde el enfoque biomédico. <sup>(3)</sup>

Sin embargo, en ese momento histórico comienza a generarse una nueva perspectiva biopsicosocial, para estudiar la salud de manera multidimensional, asociada a la Calidad de vida, coincidiendo con la definición de salud planteada

por la Organización Mundial de la Salud en 1985: “la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente” concibiendo así a la salud, no como un fin, sino como un recurso para la vida (4).

Se asumió finalmente la salud, en este trabajo, como una construcción compleja que puede ser entendida no sólo como un estado, sino también como una concepción dinámica, que ha ido cambiando con los procesos históricos y culturales de la humanidad, pasando su definición por diversas perspectivas: mágico – religiosa, naturalista, organicista, individualista, comunitaria y contextual. Si bien se comprendía antes, que tener salud era estar exento de enfermedades, hoy en día la salud es valorada en relación a la dimensión fenomenológica, abordando la percepción de satisfacción y autonomía en las diversas áreas inherentes a la vida del ser humano: física, emocional, cognitiva, social y espiritual (5). La salud actualmente comprende en su construcción, la esfera subjetiva, la interacción con el contexto y los hábitos del ser humano (6). Se trata en definitiva, de ir más allá del substrato fisiológico, para incorporar la manera de interpretar, sentir y responder a las demandas que le plantea la vida a un ser humano, destacando el papel activo y de responsabilidad que tiene cada persona para desarrollar y establecer su salud. (7)

En relación a la concepción de Calidad de vida, al igual que la salud, responden a construcciones multifactoriales. Y ambos constructos se relacionan directamente con la dimensión subjetiva del ser humano. (6)

El estudio de la Calidad de vida surgió en el campo de la Psicología y de las Ciencias Sociales, en ese mismo momento histórico mencionado anteriormente. Se enfocó en el bienestar y promoción de la salud, como una corriente distinta, dado que anteriormente las investigaciones estuvieron dirigidas mayoritariamente, hacia el conocimiento de la patología, principalmente en el área de la Psicología (8)

La Calidad de vida, se puede considerar un constructo vinculado al bienestar social y a la satisfacción de las necesidades y de los derechos humanos. Es considerada indispensable para el desarrollo del individuo y de la población. (6)

Hace referencia a la evaluación global y subjetiva que realiza una persona, sobre su posición de vida, considerando el estado de salud física, psicológica, el nivel de independencia, así como elementos materiales y sociales que contribuyen al bienestar biopsicosocial, con respecto al sistema cultural, de creencias y valores a los que está vinculada la persona. (4)

Las diversas concepciones acerca de la Calidad de vida, refieren dos elementos: uno vinculado con la realidad externa, que se asocia a las condiciones socioeconómicas y otro que tiene que ver con el bienestar que percibe cada persona sobre la vida que lleva. (9)

En la década de los años ochenta y noventa del siglo pasado, surgió la necesidad de crear medidas de calidad de la vida relacionada con la salud (CVRS) para evaluar el impacto de la satisfacción de vida sobre la salud. Con ello se buscaba ofrecer una medición de una variable subjetiva y poder expresarla con un valor cuantitativo que represente el estado de salud para valorar poblaciones, estados de salud y programas de intervención (2). Para los fines de esta investigación, la salud fue estudiada como una construcción plural desde un instrumento de Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), como lo es el Perfil de Salud de Nottingham, conformado por 6 dimensiones que fueron evaluadas: Energía, Dolor, Movilidad Física, Reacciones Emocionales, Sueño y Aislamiento Social. Así como la existencia o no de limitaciones en cuanto a la salud, para desarrollar las actividades funcionales de la vida diaria: trabajar, labores domésticas, vida social, vida familiar, vida sexual, aficiones y tiempo libre. (10)

Es importante destacar, como la construcción que elabora la persona sobre la satisfacción de vida, cobra un papel importante, partiendo de una aproximación fenomenológica, en la que la dimensión subjetiva del ser humano entra en escena para valorar las distintas áreas que tiene en su vida y tomar consciencia de su agrado o desagrado de la vida que desarrolla, así como del estado de salud que siente tener. La relación entre salud y Calidad de vida, por ende, se apoya en el modelo biopsicosocial para comprender así, el proceso de salud-enfermedad. Se refleja una interacción significativa en cuanto a la salud como un recurso que

puede ayudar a vivir mejor y sentir que la vida es satisfactoria, así como percibir una vida satisfactoria se vincula con una mejor salud. (6).

No menos importante, al paradigma fenomenológico, se encuentra también el paradigma holístico, que complementa la visión reduccionista. Desde el holismo se considera la interpretación fenomenológica del ser humano, desde la totalidad de las dimensiones que conforman la vida del mismo. Asimismo, otra corriente que sustenta el concepto, es la humanista positivista, desde la cual se parte a mirar la satisfacción, la alegría, la felicidad como componentes importantes en la vida de cada persona. (8)

La Calidad de vida estudiada se apoyó en el paradigma holístico, concentrándose en 4 dimensiones para describir la percepción de dicha variable, según el Cuestionario de Calidad de vida (CDV) de Ruiz y Baca, 1993 (10,11). Las dimensiones son: **Bienestar físico - psicológico, Tiempo libre -ausencia de sobrecarga laboral, Apoyo social y Satisfacción general**. Se partió de la premisa que no sólo la interpretación de la persona es importante, sino que la interacción con el contexto en el que se encuentra la misma, tiene relevancia para la construcción de la Calidad de vida, por lo que se estudiaron las condiciones socioeconómicas de la muestra.

Dentro de los antecedentes, se cuenta con un estudio descriptivo y transversal realizado en España en el año 2004, cuyo objetivo fue conocer el significado de salud en 4 grupos sociales diferentes con la finalidad de identificar los factores socioculturales que determinan la percepción del concepto de salud. Se tomó una muestra de 100 estudiantes de Medicina y Enfermería de la Universidad de Barcelona, 206 estudiantes de tres institutos de Bachillerato, 123 amas de casa y 105 ancianos de tres residencias. Se encontró que los estudiantes de enfermería tienen un concepto holístico de la salud, mientras que los estudiantes de medicina se centran más en la enfermedad. En el adolescente la salud aparece como un concepto ligado a sus necesidades de independencia y búsqueda de identidad y a la necesidad de identificarse con un modelo de referencia fuerte, atlética, independiente, con buen físico y con éxito social. Para el anciano, la salud es no tener enfermedades, ni invalidez, pero la salud es también

tener dinero, dado que pueden satisfacer muchas necesidades y mejorar la Calidad de vida y la salud. Las mujeres amas de casa tienen un concepto positivo de la salud asociado a brindar una buena alimentación a la descendencia. Se concluyó que la salud es un concepto multidimensional, en el que están implicados elementos: físicos, psicológicos, sociales, educativos, económicos, políticos, religiosos, filosóficos y el cual varió según los grupos estudiados. La salud es un concepto cambiante que depende de variables como la edad y el sexo, así como también se observó que es una construcción cultural ligada a las necesidades del ser humano y de su entorno, al igual que influye su forma de percibirla y afrontarla. (3)

En Colombia en la Universidad Pontificia Javeriana en el año 2008, se realizó una investigación cuyo objetivo fue describir los comportamientos que conforman los estilos de vida de los jóvenes universitarios, en diez dimensiones: ejercicio y actividad física, tiempo de ocio, autocuidado y cuidado médico, alimentación, consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales, sueño, sexualidad, relaciones interpersonales, afrontamiento y estado emocional percibido, y su correspondiente grado de satisfacción con dichas prácticas. Participaron 598 estudiantes (44,7% hombres y 55,3% mujeres), quienes respondieron el “Cuestionario de estilos de vida en jóvenes universitarios” (Cevju). Los resultados obtenidos muestran un predominio de prácticas saludables en todas las dimensiones, con excepción de ejercicio y actividad física y alta satisfacción con el estilo de vida y el estado general de salud. Hubo coherencia entre el nivel de satisfacción en relación al tipo de prácticas realizadas. Finalmente, se propusieron algunos aspectos relevantes para la creación de programas de intervención que se orienten a la promoción de un mayor número de conductas positivas para la salud y la disminución de aquellas que puedan deteriorarla. (12)

En Perú, un estudio realizado en la Universidad Cayetano Heredia en el año 2005 con los estudiantes de Medicina de 6to año, mostró que los estudiantes de medicina están más cansados y somnolientos en relación a la población estudiantil general. Realizaron una comparación de la calidad del sueño, así como de la tendencia a quedarse dormidos, en dos períodos: durante las actividades

clínicas y durante las vacaciones. Se observó que 3 de cada 5 estudiantes, tienen mala calidad de sueño durante las prácticas hospitalarias. Dicha cifra disminuye cuando los estudiantes entran al período de vacaciones, sin embargo las proporciones de estudiantes con pocas horas de sueño, siguen siendo más altas cuando las compararon con estudios anteriores, realizados con la población estudiantil general. Encontraron que más del 40% de los estudiantes de medicina, duermen poco, comparado con el 15% - 35% de la población general. (13)

En Venezuela, un estudio comparativo realizado en la Universidad Simón Bolívar, en el año 2008, con 321 estudiantes cursantes del primer año de las diversas carreras, fue evaluado el estrés académico, el apoyo social y su relación con la salud mental y el rendimiento académico. Los resultados indicaron que las condiciones favorables de salud mental están asociadas con un mayor apoyo social y un menor estrés académico. En relación a las mujeres, la mayor intensidad del estrés se asoció al menor apoyo social de los amigos, mientras que en los hombres se relacionó con un menor apoyo social por parte de personas cercanas, y un menor apoyo en general. En ambos grupos se observó, un mejor rendimiento cuando el estrés académico percibido fue mayor, siempre y cuando el apoyo social de las personas cercanas fuese moderado. Dicha investigación destaca la importancia del apoyo social, dimensión que se encuentra en la variable Calidad de vida, cuando se trata de afrontar situaciones estresantes, y en este caso particular, las demandas y actividades académicas relacionadas con el estudio universitario. (14)

En la localidad, específicamente en la Universidad de Carabobo, el estudio realizado por Zurita en el año 2009, en la Escuela de Medicina, Sede Aragua, comparó la variable bienestar psicológico, entendido como el sentir hacia su propio estado interno. Abordó el bienestar psicológico en estudiantes cursantes de 1er, 3er y 5to año. Halló en la muestra general, malestar psicológico. El estudiante de primer año mostró una menor satisfacción consigo mismo, con respecto al estudiante de tercer año. Mientras que los estudiantes de 5to año, manifestaron el mayor bienestar psicológico en relación a los tres grupos. Se concluyó que estos hallazgos reflejan el riesgo para la salud del estudiante de



Medicina, dado que el bienestar psicológico constituye un indicador favorable de la salud mental, así como constituye un mecanismo protector para afrontar las demandas del medio ambiente. (15)

En cuanto a los estudiantes de posgrado, un estudio realizado por Ovalles en el Hospital Central de Maracay en el año 2010, encontró una alta incidencia de estrés laboral (100% de la muestra), el cual se manifestó significativamente en dos tipos de reacciones emocionales, como lo fueron la ansiedad (63%) y la depresión (58%). Dichos hallazgos se observaron en los residentes de Medicina Interna y Cirugía General. (16)

Y la investigación precedente, realizada en la Universidad de Carabobo-Sede Aragua, con 80 estudiantes de segundo año de la carrera de Medicina, para estudiar la Calidad de vida y el desempeño académico en el año 2012, se halló una tendencia general positiva, en torno a la satisfacción percibida en sus vidas, sin embargo se observó que de las 4 dimensiones estudiadas de la variable Calidad de vida, sólo la satisfacción general y el apoyo social, arrojaron promedios altas. Mientras que las dimensiones de bienestar físico y psicológico, y el uso del tiempo libre, obtuvieron promedios bajos. Se encontró una relación significativa entre la Calidad de vida y el desempeño académico y una relación significativa pero inversa entre la Calidad de vida y la condición socioeconómica. También fue significativa pero inversa, la relación entre el desempeño académico y la condición socioeconómica (1).

Considerando los antecedentes y la inquietud que dieron origen a la investigación, **el problema** se centró en describir el Perfil de Salud de los estudiantes de segundo año de la carrera de Medicina y conocer si existe una asociación entre la salud y la Calidad de vida percibida por los estudiantes.

Se justifica el presente trabajo de investigación, por ser pertinente para contribuir y revisar programas y situaciones vinculadas al bienestar biopsicosocial del estudiante durante su formación académica en la carrera de Medicina, en la Universidad de Carabobo, así como apoyar condiciones que favorezcan la promoción de la salud del estudiante y el apoyo social requerido, para incidir en una mejor Calidad de vida para esta población estudiantil. Este trabajo es vigente,

al encontrarse enmarcado en el estudio de la salud, desde un punto de vista positivo e integral.

Por ende la presente investigación se planteó como **Objetivo General:** Estudiar el Perfil de Salud y su relación con la percepción de la Calidad de vida, en los estudiantes de segundo año de la Escuela de Medicina, sede Aragua, de la Universidad de Carabobo. Y como **Objetivos específicos se tienen:** Describir las 6 dimensiones del Perfil de Salud: Energía, Dolor, Movilidad Física, Reacciones Emocionales, Sueño y Aislamiento Social en la muestra estudiada, considerando las variables sociodemográficas: Zona de procedencia y sexo. Describir las limitaciones en relación a la salud, para el desarrollo de las actividades funcionales de la vida diaria, como lo son: estudiar o trabajar, labores domésticas, vida social, vida familiar, vida sexual, aficiones y tiempo libre. Estudiar la relación entre el Perfil de Salud y la percepción de la Calidad de vida presente en la muestra, considerando la variable sociodemográfica: Zona de procedencia, condición socioeconómica y sexo.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

La presente **investigación es de tipo** descriptivo, de corte transversal. La población quedó constituida por 270 estudiantes cursantes activos del segundo año de la carrera de Medicina, durante el año académico 2012, en la Universidad de Carabobo – Sede Aragua. La muestra, estuvo integrada por ochenta estudiantes (80) los cuales representaron el treinta (30%), de la población. Dicho tamaño muestral fue calculado con un error muestral de 9.5%, siendo el 3%, el mínimo recomendado (17). La muestra estuvo integrada por aquellos estudiantes que decidieron participar de forma voluntaria. Se empleó un muestro no probabilístico, de tipo accidental.

**Las variables e instrumentos** del estudio comprenden: El Perfil de Salud, la percepción de la Calidad de vida y las variables sociodemográficas: Zona de procedencia, condición socioeconómica y sexo. En cuanto a los instrumentos, se empleó: el Perfil de Salud de Nottingham (10) y se retomaron los datos arrojados por el Cuestionario de Calidad de vida (CDV) de Ruiz y Baca, 1993 y el Cuestionario de

Condición Socioeconómica (CCSE) de Bauce y Córdoba, 2005, empleados en la investigación precedente, así como los datos sociodemográficos (zona de procedencia y sexo) (1).

**Descripción de los Instrumentos:** El Perfil de Salud de Nottingham creado originalmente en Gran Bretaña en la década de los años 80, constituyó un instrumento genérico para la medida del estrés físico, psicológico y social asociado a dificultades médicas, sociales y emocionales en atención primaria. Luego de su revisión, constituye un instrumento centrado en la valoración subjetiva de la salud, considerando sentimientos y pensamientos en torno a la salud. Actualmente se compone de dos partes. Una primera parte, contiene 38 ítems auto administrados distribuidos en seis dimensiones: **Energía:** Se centra en la fortaleza percibida para asumir las responsabilidades diarias. **Dolor:** Describe la sensación de malestar físico, de manera independiente, así como asociado a la movilidad. **Movilidad:** Evalúa la capacidad que tiene la persona para desenvolverse en la motricidad gruesa (desplazarse, agacharse, subir y bajar escaleras, estar de pie, levantar objetos). **Reacciones emocionales:** Hace referencia a la percepción sobre la existencia de diversos estados emocionales y sentimientos: Tristeza, angustia, irritabilidad, depresión. Contempla la sensación de pérdida del autocontrol en la expresión emocional. **Sueño:** Evalúa la cantidad y continuidad del sueño, así como la condición para contraerlo. **Aislamiento:** Hace mención a la habilidad que siente la persona para relacionarse con los de su alrededor. Evalúa la presencia de sentimientos de soledad y de sentirse una “carga para otros”. La segunda parte, se refiere a siete preguntas en torno a la existencia de limitaciones de salud para la realización de actividades funcionales de la vida diaria, como lo son: **trabajar, labores domésticas, vida social, vida familiar, vida sexual, aficiones y tiempo libre.** El formato de respuestas es dicotómico para ambas partes del perfil, se puede escoger entre las opciones SI o NO para las respuestas. La adaptación de la versión española se inició en 1985. En este trabajo se empleó la versión definitiva de Alonso y cols. 1994 (10). En relación a la validez del instrumento, se realizó una evaluación cuantitativa en el año 2005 sobre los estudios realizados hasta la fecha, empleándose una base de

datos común que incluyó 45 estudios diferentes (n=9.419 personas), con diferentes grupos poblacionales y diversas variables como: el diseño del estudio, la edad, el sexo, el nivel socioeconómico, la localidad, el problema de salud principal. Los resultados confirmaron las cualidades psicométricas de la versión original. La validez resultó similar en los diversos grupos poblacionales estudiados (19). En cuanto a la confiabilidad reportada, utilizando el método test-retest, con dos poblaciones diferentes, los resultados de los coeficientes de correlación de Spearman, mostraron que las seis dimensiones se encontraron entre valores desde 0.70 a 0.85, en ambos grupos poblacionales (10). Y para la presente investigación, se calculó el coeficiente Kuder - Richardson, arrojando un nivel de confiabilidad muy alta ( $KR_{20} = 0,981$ ).

**Procedimiento:** La investigación se inició con la revisión bibliográfica sobre la problemática a estudiar. Posteriormente se decidió la selección de los instrumentos. Previa a la aplicación de los mismos, se realizó un estudio piloto con un grupo de 15 estudiantes para detectar si las instrucciones para el llenado de los instrumentos estaban claras.

Para la aplicación de dichos instrumentos, se solicitó voluntariamente a los docentes de la asignatura de Psicología Evolutiva II, su colaboración. Se les dio las instrucciones, de modo que al finalizar la clase pautada para ese momento y previa una explicación acerca del objetivo de la investigación, solicitaran la colaboración de los estudiantes. Se tomaron cuatro grupos para la aplicación voluntaria de los tres cuestionarios: El Perfil de Salud de Nottingham (PSN), el Cuestionario de Calidad de vida (CDV), el Cuestionario Condición Socioeconómica (CCSE) y la captación de los datos sociodemográficos: Zona de procedencia y sexo.

No existió un tiempo límite para la aplicación de los tres instrumentos, sin embargo la prueba piloto arrojó un promedio de 30 minutos. Antes de contestar los cuestionarios, se le solicitó a cada estudiante que leyera y firmara el consentimiento de participación para el presente estudio.

**Técnica y análisis de datos:** Se utilizó la técnica de encuesta para estudiar la muestra. Las características sociodemográficas se analizaron por medio de una

distribución de frecuencias y porcentajes, tanto para la zona de procedencia como para el sexo. Para el análisis del Perfil de Salud de Nottingham, se empleó para la primera parte del cuestionario, un valor ponderal obtenido por el método de comparación de parejas de Thurstone, para multiplicar las respuestas afirmativas dadas a cada dimensión, obteniéndose así, 6 puntuaciones, tal como lo recomiendan los autores originales, con las cuales se realiza un perfil del estado de salud percibida por los estudiantes. En cuanto a la segunda parte del perfil, se realizó un análisis descriptivo de la distribución de frecuencias y porcentajes de las respuestas afirmativas dadas en torno a la existencia de limitaciones de la salud para las actividades funcionales de la vida diaria: **trabajar, labores domésticas, vida social, vida familiar, vida sexual, aficiones y tiempo libre**. Estas siete preguntas, se manejan como variables categóricas, tal como lo refieren los autores originales. Se trabajó con las medias para comparar el Perfil de Salud según las variables sociodemográficas: Zona de procedencia y sexo

Y por último se empleó un análisis de los componentes principales de la varianza, para estudiar la relación entre las variables Perfil de Salud y Calidad de vida percibida, moderada por las variables sociodemográficas: Zona de procedencia, condición socioeconómica y sexo. Para el procesamiento de los datos se empleó Microsoft Office Excel 2010.

En relación a las **limitaciones y alcance** de la investigación, se condicionan a la población estudiada, es decir a los estudiantes del segundo año de la Escuela de Medicina, de la Universidad de Carabobo - sede Aragua y no a la totalidad de los estudiantes de la carrera de Medicina. Así también, se limita a las variables estudiadas. Pudiéndose considerar para otros estudios otras variables y enfoques que podrían influir en mayor o menor grado en la salud y la Calidad de vida. Su alcance se centra en que los hallazgos, pueden ser empleados para reforzar la atención del bienestar biopsicosocial de los estudiantes cursantes de los dos primeros años de la carrera de Medicina.

## **RESULTADOS**

En la investigación participaron voluntariamente 80 estudiantes cursantes del segundo año de la carrera de Medicina.

**Tabla 1: Caracterización sociodemográfica de la muestra**

<b>Variables sociodemográficas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Zona de procedencia:</b>		
Aragua (Local)	70	87.5
Otros (Foránea)	10	12.5
<b>Sexo:</b>		
Femenino	52	65.0
Masculino	28	35.0
<b>Condición Socioeconómica:</b>		
Alta	41	51.25
Media Alta	37	46.25
Media	0	0
Media baja	1	10.0
Baja	0	0

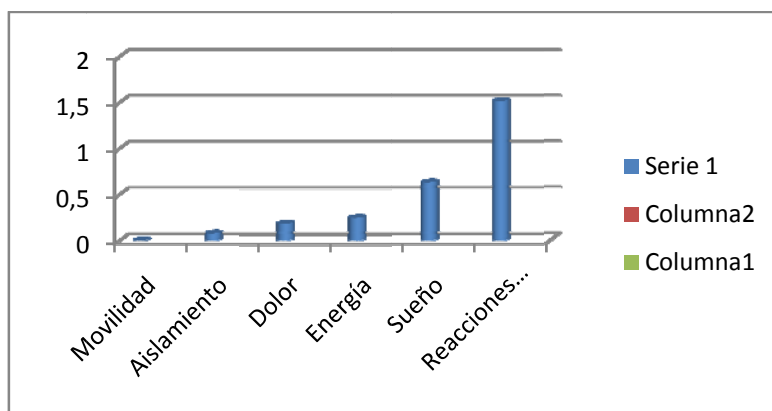
Como se observa en la tabla 1, el mayor porcentaje de estudiantes provienen de la región aragüeña y la menor frecuencia corresponde a estudiantes de zonas foráneas, como lo fueron los estados: Anzoátegui, Carabobo, Caracas, Guárico y Mérida. El sexo que predominó en la muestra, fue el femenino. Y en relación a la condición socioeconómica, se detalló que la categoría alta, concentró el mayor número de estudiantes.

**Tabla 2: Valores de Z para las dimensiones del Perfil de Salud de Nottingham (PSN) (método de comparación de parejas de Thurstone)**

<b>Dimensiones</b>	<b>Energía</b>	<b>Dolor</b>	<b>Reacciones Emocionales</b>	<b>Sueño</b>	<b>Aislamiento</b>	<b>Movilidad</b>
<b>Energía</b>	<b>0,000</b>	-0,164	1,434	0,524	-0,263	-0,349
<b>Dolor</b>	0,164	<b>0,000</b>	1,169	0,514	-0,023	-0,267
<b>Reacciones emocionales</b>	-1,434	-1,169	<b>0,000</b>	-0,945	-1,542	-1,344
<b>Sueño</b>	-0,524	-0,514	0,945	<b>0,000</b>	-0,413	-0,634
<b>Aislamiento</b>	0,263	0,023	1,542	0,413	<b>0,000</b>	-0,052
<b>Movilidad</b>	0,349	0,267	1,344	0,634	0,052	<b>0,000</b>
$\Sigma(Z)$	-1,183	-1,558	6,433	6,433	1,141	-2,189
<b>media (Z)</b>	-0,197	-0,260	1,072	1,072	0,190	-0,365
<b>(Z)reajustada</b>	<b>0,244</b>	<b>0,181</b>	<b>1,513</b>	<b>0,631</b>	<b>0,076</b>	<b>0,000</b>

En la tabla 2, se detalla que la dimensión que obtuvo la mayor puntuación Z (reajustada), fue la dimensión **Reacciones emocionales**, seguida por la dimensión **Sueño** y el último valor de Z (reajustada) más elevado, correspondió a la dimensión **Energía**.

**Gráfico 1: Comportamiento de las dimensiones del Perfil de Salud de Nottigham estudiadas en la muestra.**



El gráfico 1, describe la percepción de los estudiantes en cuanto a la salud. La dimensión Movilidad, concentró el mayor número de respuestas negativas, mientras que las dimensiones Energía, Sueño y Reacciones emocionales fueron reportadas en ese mismo orden, como las dimensiones que están afectadas para el momento de la evaluación.

**Tabla 3: Comparación de las medias obtenidas en las dimensiones del Perfil de Salud de Nottigham (PSN), según la variable zona de procedencia.**

Zona Proced.	Dimensión	Media	Zona Proced.	Dimensión	Media
Local	Energía	36,18	Foránea	Reacciones Emocionales	28,88
Local	Reacciones Emocionales	33,65	Foránea	Sueño	28,00
Local	Sueño	29,71	Foránea	Energía	26,66

En la tabla 3, se detallan las dimensiones del Perfil de Salud, más afectadas reportadas por el lugar de origen. En relación a los estudiantes procedentes del Estado Aragua (Local), la dimensión más afectada fue la Energía, luego las Reacciones emocionales seguida del Sueño. Mientras que los estudiantes provenientes de regiones foráneas, manifestaron estar más afectada en primer lugar, la dimensión Reacciones emocionales, seguida del Sueño y posteriormente la Energía.

**Tabla 4: Comparación de las medias obtenidas en las dimensiones del Perfil de Salud de Nottigham (PSN), según la variable sexo.**

Sexo	Dimensión	Media	Sexo	Dimensión	Media
Femenino	Energía	40,38	Masculino	Reacciones Emocionales	27,38
Femenino	Reacciones Emocionales	36,11	Masculino	Energía	25
Femenino	Sueño	32	Masculino	Sueño	24,29

En la tabla 4, se detallan las dimensiones del Perfil de Salud, más afectadas reportadas por Mujeres y Hombres. En relación al sexo femenino, la más afectada fue la Energía, luego las Reacciones emocionales seguida del Sueño. Mientras que en los hombres manifiestan estar más afectada en primer lugar la dimensión Reacciones emocionales, seguida de la Energía y posteriormente el Sueño.

**Tabla 5: Estadísticos descriptivos de la variable Perfil de Salud de Nottigham: Actividades funcionales de la vida diaria.**

Actividades funcionales	N	fi	%
Trabajo	80	5	6
Labor doméstica	80	7	9
Vida Social	80	9	11
Vida familiar	80	6	8
Vida sexual	80	4	5
Aficiones	80	16	20
Tiempo libre	80	8	10



En relación a las actividades funcionales de la vida diaria limitadas a causa de la salud, se muestra en general una baja frecuencia de limitaciones manifestadas. Sin embargo, los estudiantes reportaron que las **aficiones o pasatiempos**, son los primeros que se ven afectados por su estado de salud actual, seguidamente **la vida social** y en tercer lugar el **uso del tiempo libre**.

**Tabla 6: Tabla de correlación entre las dimensiones del Perfil de Salud (PSN) y las variables sociodemográficas: Zona de procedencia y sexo.**

Dimensiones (PSN)	p
ENERGIA/SUEÑO	0,0170
DOLOR/REACCIONES EMOCIONALES	0,0399
ENERGIA/MOVILIDAD	0,0690

(p significativa =  $\alpha < 0,05$ )

En las relaciones estudiadas entre las seis dimensiones del Perfil de Salud (PSN), se detallaron dos relaciones significativas en el Perfil de Salud, (empleando el análisis de los componentes principales de la varianza para las variables: Zona de procedencia y sexo). Las relaciones significativas, fueron entre las dimensiones Energía y Sueño, así como la dimensión Dolor y Reacciones emocionales. Una tercera relación moderadamente significativa, la constituyó la vinculación entre las dimensiones Energía y Movilidad.

**Tabla 7: Matriz de correlación entre las dimensiones de Calidad de Vida y el perfil de Salud, considerando las variables sociodemográficas: Zona de origen, condición socioeconómica y sexo**

	<i>Satisfac</i>	<i>Tiemp L</i>	<i>Bienest</i>	<i>Apoyo S</i>	ENERG	DOLOR	REMOC	SUEÑO	AISL
<i>Tiemp L</i>	0,0251								
<i>Bienest</i>	0,0775	0,2214							
<i>Apoyo S</i>	0,0001	0,0440	0,0069						
ENERG	0,2187	0,0040	0,0761	0,0001					
DOLOR	0,2323	0,1910	0,1549	0,0183	0,0170				
REMOC	0,0015	0,0003	0,0100	0,0009	<0,0001	0,0460			
SUEÑO	0,2347	0,4035	0,0631	0,0061	<0,0001	0,0113	0,0002		
	<i>Satisfac</i>	<i>Tiemp L</i>	<i>Bienest</i>	<i>Apoyo S</i>	ENERG	DOLOR	REMOC	SUEÑO	AISL
AISL	0,0022	0,2769	0,0027	<0,0001	0,0003	0,5017	<0,0001	0,0082	
MOV	0,0005	0,0097	0,0646	<0,0001	<0,0001	0,0001	0,0001	0,0028	0,0001

Dimensiones: *Satisfacción, Tiempo Libre, Bienestar, Apoyo Social* (CDV) (p sig. = ó < 0,05)

Dimensiones: *Energía, Dolor, Reacciones Emocionales, Sueño, Aislamiento, Movilidad* (PSN)

Positiva:      Negativa:     

Al considerar en el análisis de los componentes principales de la varianza (ACP), la variable condición socioeconómica junto a la zona de procedencia y el sexo, se encontraron relaciones significativas internas, entre las dimensiones del Perfil de Salud (PSN), así como en las dimensiones de Calidad de vida. Igualmente se destacaron relaciones importantes entre estas dos variables. Se tiene que la dimensión Satisfacción (CDV) se relaciona de manera significativa e inversa con las dimensiones Reacciones emocionales, Aislamiento y Movilidad (PSN). La dimensión Bienestar Físico-Psicológico (CDV) se asocia significativamente y positivamente con las dimensiones Reacciones emocionales y Aislamiento (PSN). Mientras que el Apoyo Social (CDV) se vincula inversa y significativamente con las dimensiones: Energía, Reacciones emocionales, Sueño, Aislamiento y Movilidad.

## DISCUSIÓN

Es importante iniciar la discusión describiendo las características **sociodemográficas** de la muestra estudiada. Se encontraron resultados similares a otros estudios previos realizados en la Universidad de Carabobo (15, 20) siendo

un mayor porcentaje procedente del Estado Aragua, y el sexo femenino el mayoritario. La condición socioeconómica hallada, obtuvo un mayor porcentaje en la categoría alta, dato que discrepa con otros estudios realizados en la misma Institución Universitaria, tanto en la Facultad de Ciencias de la salud, como en la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, en los que la muestra se ubicó con mayor porcentaje en niveles medios para el año 2005 y 2009 (21,22).

En relación al Perfil de Salud, al estudiar el comportamiento general de las dimensiones, es relevante destacar que tres de las seis dimensiones fueron percibidas como afectadas: **Energía, Sueño y Reacciones emocionales**, lo cual coincide con la experiencia cotidiana que motivó la presente investigación, al vivir la experiencia con los estudiantes de segundo año de la carrera de Medicina desde hace 9 años, escuchando frecuentes expresiones de quejas en cuanto al cansancio, desmotivación, poca calidad y cantidad de sueño.

Al comparar las dimensiones del Perfil de Salud más afectadas, en relación a las variables sociodemográficas: Zona de procedencia y sexo, se destacó que la muestra más vulnerable fue la de los hombres y la de los jóvenes que viven fuera de la localidad, quienes reportaron que la dimensión **Reacciones emocionales** fue la más afectada. En cambio las mujeres se aquejan más de la **Energía**, al igual que los estudiantes provenientes de la localidad. Al detallar las tres afecciones manifestadas por la muestra, se destaca mayor afectación en el eje biopsicológico, en comparación al eje fisiológico por sí sólo, el cual se hizo presente con la alteración del **Sueño**, sin embargo, no deja de estar relacionado con el área emocional. Este resultado, coincide con otras investigaciones en las que se reportan alteraciones del sueño como una de las afecciones de salud más significativas encontradas en los estudiantes de Medicina y universitarios (12,15). Es importante destacar que la dimensión **Reacciones emocionales**, tiene que ver con los mecanismos de autocontrol frente a las expresiones y vivencias emocionales, así como la vivencia de sentimientos desagradables de cierta intensidad, como lo son: La tristeza, la ansiedad, la depresión, la irritabilidad. Mientras que la **Energía** tiene que ver con el afrontamiento diario. En la muestra estudiada, tanto los hombres como las mujeres, provenientes de la localidad y de

áreas foráneas, coinciden en una percepción similar en cuanto al **Apoyo Social** recibido (Calidad de vida), factor que se destaca dentro de las condiciones favorables para mantener la salud mental (14). Al percibir la muestra un buen respaldo por parte del entorno, sería oportuno, realizar una ampliación del estudio para conocer el aporte que puede estar ejerciendo el “locus de control” (interno vs. externo) que han desarrollado hasta ahora los estudiantes, así como su capacidad de resiliencia y el papel de los perfiles de personalidad, en relación a la percepción de la salud y de la Calidad de vida, dado que la construcción de salud, como proceso fenomenológico y social, está teñido de la satisfacción de vida según el ciclo evolutivo en el que se encuentre la persona. La salud se ve intervenida por las necesidades principales que le toca asumir al ser humano (3), y considerando que la muestra se encuentra finalizando la etapa de la adolescencia, sería de gran utilidad conocer con detalle el aporte de estas otras variables, para realizar atenciones biopsicosociales dirigidas al bienestar y autonomía personal que amerite el estudiante. Pero por otra parte, estos resultados también permiten reflexionar sobre el papel de promoción para la salud al que están llamadas las universidades dentro de sus funciones como entorno social en el que se encuentran los estudiantes. Significaría detenerse a revisar el aporte del qué hacer universitario en relación a la contribución y potenciación de valores y prácticas que permitan el bienestar y el desarrollo humano, como se espera que lo realicen hoy en día, las instituciones universitarias (23).

En relación a las **limitaciones dadas por la salud**, se encontró en general, una muestra con pocas restricciones en la relación con su entorno y con el desarrollo de hábitos, sin embargo vuelve a relucir una dinámica interesante con respecto a la construcción social y fenomenológica de la salud, mediada por el ciclo evolutivo en el que se encuentra la muestra, pues las pocas limitaciones se concentraron en tono a diversas necesidades propias de los jóvenes (3,24) como lo fueron las **aficiones o pasatiempos**, seguida de **la vida social** y en tercer lugar el **uso del tiempo libre**. Dinámica que coincidió con la investigación precedente, en la cual, la dimensión tiempo libre-ausencia de sobrecarga como parte de la Calidad de vida, fue reportado dentro de las dimensiones más bajas.

Al estudiar la relación entre las dimensiones del Perfil de Salud y la Calidad de vida (Tabla 6), parecía en un primer momento, no hallarse diversas relaciones significativas entre sus dimensiones, a pesar de que en la investigación anterior los niveles generales de satisfacción fueron buenos (CDV), este hallazgo llevaría a esperar una adecuada percepción de la salud, así como una interrelación significativa entre ambas variables. Sin embargo a pesar de que la Calidad de vida general percibida fue satisfactoria, al observar con detenimiento sus elementos, dos dimensiones presentaron una satisfacción baja, como lo fueron: **Bienestar** (físico y psicológico) y la dimensión de **Tiempo libre**. Estas dimensiones describen la satisfacción percibida en relación a la salud, la energía vital, el sueño y el afrontamiento del estrés. Y la segunda dimensión, se vincula con la percepción y dedicación de actividades agradables y tiempo para el disfrute y descanso, proporcionando una la relación entre el tiempo de ocio y el trabajo que desempeña habitualmente una persona. Por ello resulta llamativo que en una primera instancia, la poca interacción entre las variables Salud y Calidad de vida, no estuviese dentro de lo esperado con respecto a la revisión teórica, pues las referencias bibliográficas, señalan que al percibir una vida satisfactoria, se vincula con una mejor salud, e igualmente la salud es conocida como un recurso que puede ayudar a sentir que la vida es más satisfactoria (6). Así lo refiere igualmente, una investigación efectuada en Colombia, en la que se halló que la alta satisfacción con el estilo de vida, está relacionada con el estado general de salud en los jóvenes universitarios(12).

La situación fue totalmente distinta, cuando se involucró la variable sociodemográficas: **condición socioeconómica**. Resultó interesante observar la diversidad de relaciones significativas tanto positivas como negativas (Tabla 7) encontradas entre las dimensiones del Perfil de Salud y la Calidad de vida. Estos datos coinciden con la concepción multifactorial de la salud, construida desde el aporte de diversos ejes como lo señalan las referencias bibliográficas (5,6). Así también, resulta congruente, con las observaciones que realizó el autor de la versión española del Perfil de Salud de Nottingham, empleada en esta investigación, quién reportó que el instrumento es sensible a la variable sexo y condición

socioeconómica, hallando puntuaciones medias más altas en las mujeres, así como en los estratos sociales más bajos (19). La dimensión **Apoyo Social** (CDV) fue la que presentó **mayores** interrelaciones con el Perfil de Salud. Su vinculación fue **inversa** y significativa con las dimensiones: **Energía, Reacciones emocionales, Sueño, Aislamiento y Movilidad** (Tabla 7). Ya desde la investigación anterior se había destacado el Apoyo Social como una variable significativa para la Calidad de vida. Ahora con este hallazgo se vuelve a resaltar su aporte para la percepción de la salud. La única dimensión de Calidad de vida que presentó relaciones significativas y **positivas** con el Perfil de Salud, fue **Bienestar Físico-Psicológico**. Se asoció con las dimensiones **Reacciones emocionales y Aislamiento** (Tabla 7). Esta alteración del bienestar físico-psicológico encontrada en la investigación anterior, así como la afección de las Reacciones emocionales, encontrada en el presente trabajo, coincide con los hallazgos aportados por otras investigaciones realizadas con estudiantes de Medicina de la localidad tanto de pregrado como de posgrado. En la primera realizaron una comparación del bienestar psicológico entre los estudiantes de 1ero, 3ero y 5to año. En la muestra en general se halló malestar psicológico, es decir consigo mismo. A medida que se iba avanzando en la carrera se halló un mejor bienestar en la muestra, elemento que habla a favor del aprendizaje personal durante los años universitarios. La otra investigación con estudiantes de posgrado de Medicina Interna y Cirugía General, encontró una alta incidencia de estrés laboral (100% de la muestra), el cual se manifestó significativamente en dos tipos de reacciones emocionales, como lo fueron la ansiedad (63%) y la depresión (58%).

Este hallazgo en cuanto a la afectación de la dimensión Reacciones Emocionales tanto en la presente investigación como en trabajos previos, resulta preocupante, dado que refleja un riesgo para mantenerse saludable, así como para el desarrollo de la práctica médica, y poder por ende, responder ante las demandas que realiza el entorno, al estudiante de Medicina tanto al inicio del pregrado como en el posgrado, pues al parecer son momentos críticos en la formación del estudiante de Medicina. (15,16)

Y la última dimensión de Calidad de vida que presentó menor relación con el Perfil de Salud, fue la dimensión **Satisfacción**. Se asoció de manera significativa e **inversa** con las dimensiones: **Reacciones emocionales, Aislamiento y Movilidad** (Tabla 7).

En **conclusión** se observó una percepción moderada de la Salud, reportándose tres de seis dimensiones con afección: Energía, Sueño y Reacciones emocionales, en los estudiantes de segundo año de la carrera de Medicina de la Universidad de Carabobo-Sede Aragua, año 2012. Dichas afecciones están asociadas mayoritariamente con factores físicos y psicológicos de la salud. Para las mujeres y los estudiantes procedentes de la Localidad, la primera dimensión afectada es la Energía. Para los hombres y los estudiantes procedentes de zonas foráneas, la dimensión afectada es Reacciones emocionales. En relación a las limitaciones reportadas por la salud, la frecuencia resultó ser baja, sin embargo las actividades más afectadas fueron: aficiones o pasatiempos, vida social y uso del tiempo libre. La interrelación entre la Salud y la Calidad de vida, estuvo moderada por la condición socioeconómica, permitiendo que tres dimensiones de la Calidad de vida se relacionaran con el Perfil de Salud: Apoyo Social (CDV) se vinculó de manera negativa con Energía, Reacciones emocionales, Sueño, Aislamiento y Movilidad (PSN). Bienestar Físico-Psicológico (CDV) se asoció de forma positiva con Reacciones emocionales y Aislamiento (PSN) y Satisfacción (CDV) se vinculó de manera negativa con Reacciones emocionales, Aislamiento y Movilidad(PSN).

Se **sugiere** profundizar los estudios por parte de Bienestar Estudiantil, del departamento de Salud Mental y el Servicio Médico, no sólo para afrontar las afecciones reportadas, cuya inclinación se encuentra hacia el área física y psicológica de la población estudiantil, sino para detectar qué otros elementos aportan una explicación a la relación entre Salud y Calidad de vida. Es importante continuar brindando los mecanismos de apoyo económico para los estudiantes que así lo requieran, dado que el factor socioeconómico tuvo un peso significativo para moderar la relación entre la Salud y la Calidad de vida.

Igualmente en el Servicio Médico de la Universidad, es importante promover un estudio del Perfil de Salud del estudiante universitario, en otras carreras, con la finalidad de establecer acciones de prevención e intervención tanto para esta población como para otros estudiantes.

Así también es prioritario encuestar a la población para diagnosticar y establecer un programa de actividades recreativas dentro del plan de estudio, que puedan desarrollar dentro del recinto universitario, vinculando las instancias de cultura, deportes, bienestar estudiantil, extensión y salud mental dentro de este programa. Dada que la mayor limitación reportada estuvo vinculada a las aficiones y al uso del tiempo libre, coincidiendo con la investigación precedente.

En el área de Salud mental es vital la oferta de grupos terapéuticos y de talleres de participación estudiantil voluntaria, para el manejo emocional, previa encuesta a la población estudiantil, dado el riesgo de los hallazgos encontrados para mantener la salud de los estudiantes.

A las autoridades universitarias, se les insta a actualizar en una jornada, la concepción de salud vinculada al qué hacer de la Universidad, para accionar los cambios necesarios en la promoción de una política que apunte al bienestar y satisfacción de los integrantes que hacen vida en el recinto universitario, en especial a los estudiantes, quienes constituyeron la base de esta investigación.

**Agradecimientos:** A los estudiantes del segundo año de la Escuela de Medicina, sede Aragua, período académico 2012, por su participación y colaboración en el presente estudio. Un agradecimiento muy especial, al Prof. Carlos Marín por su esmero y dedicación en la asesoría del proceso metodológico de esta investigación. Y a la Profa. Omaira Zurita por sus sabias observaciones y colaboración incondicional para la realización del presente trabajo.



**Referencias Bibliográficas:**

1. Anduze E. Calidad de vida y desempeño académico en estudiantes de 2do. Año de Medicina, de la Universidad de Carabobo - Sede Aragua. Año 2012. Trabajo de ascenso no publicado. Venezuela: Universidad de Carabobo; 2012.
2. Tuesca R. La Calidad de vida, su importancia y cómo medirla. Revista Salud Uninorte. 2005 Abr; 21:76-86.
3. Isla P. ¿Qué es la salud? Percepción comunitaria. Enferm Clin. 2004;14 (3):152-156.
4. Oblitas L. Psicología de la salud y Calidad de vida. 3era ed. México: Cengage Learning Editores; 2010.
5. García A, Sáez J, Escarbajal A. Educación para la salud. La apuesta a la Calidad de vida. 1era ed. España: Ediciones ARAN; 2000.
6. Gari D. Autopercepción de la Calidad de vida: Un estudio comparativo. Universidad de Palermo. Revista Psicología, Cultura y sociedad. Psicodebate 2004 (6): 38-43.
7. Soto M. Función Ejecutiva y Calidad de vida en pacientes con Esquizofrenia de la Clínica Psiquiátrica de Maracay. Trabajo de grado no publicado. Venezuela: Universidad Bicentennial de Aragua; 2013.
8. Gómez-Vela M, Sabeh E. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica.[disertación]. España: Universidad de Salamanca; 2000
9. Román C, Hernández Y. Variables psicosociales y su relación con el desempeño académico de estudiantes de primer año de la Escuela Latinoamericana de Medicina. Revista Iberoamericana de Educación. 2005;37(2): 221-226
10. Badia X, Alonso J. La medida de la salud. 4ta ed. España: Tecnología y ediciones del conocimiento; 2007.
11. Pérez A. Dependencia, cuidado informal y funcionabilidad familiar. Análisis a través del modelo sociocultural de estrés y afrontamiento. España: Universidad de Salamanca; 2008.

12. Lema L, Salazar I, Varela M. Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento Psicológico* [revista en internet] 2009 May [citado 2013 May 07]; 5(12):71-88. Disponible: <http://revistas.javerianacali.edu.co/javevirtualoj/index.php/pensamientopsicologico/article/view/106/316>.
13. Mayor E, Egoavil M, La Cruz C. Somnolencia y calidad de sueño en estudiantes de medicina durante las prácticas hospitalarias y vacaciones. *Acta médica peruana*. [revista en internet] 2008 Dic [citado 2013 Mayo 08];25(4):199-203. Disponible: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172008010000003&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172008010000003&lng=es&nrm=iso).
14. Feldman L, Goncalves L, Puignau J. Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Univ. Psychology* [revista en internet] 2008 Dic [citado 2012 Noviembre09];7(3)198-204. Disponible: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S165792672008000300011&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165792672008000300011&lng=es&nrm=iso).
15. Zurita O. Bienestar psicológico en estudiantes de la Escuela de Medicina, sede Aragua, Universidad de Carabobo 2010. Trabajo de ascenso no publicado. Venezuela: Universidad de Carabobo; 2010.
16. Ovalles M. Relación entre estrés laboral, ansiedad y depresión en Residentes de Medicina Interna y Cirugía General del Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay. Trabajo de grado no publicado. Venezuela: Universidad de Carabobo; 2010.
17. Palella S, Martins F. Metodología de la Investigación Cuantitativa. 3era ed. Venezuela: Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador; 2010.
18. Bauce G, Córdova R. Cuestionario socioeconómico aplicado a grupos familiares del Distrito Capital para investigaciones relacionadas con la salud pública. *Revista del Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel*. 2010; 41:14-24.
19. Alonso J, Anto J, Moreno C. Versión española del Perfil de Salud de Nottingham: Traducción y validez preliminar. *American Journal of Public Health* [revista en internet] 1990 Jun [citado 2013 Jun 02]; 80(6): 704–708. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1404742/>

20. Zurita O. Desempeño académico, salud mental y personalidad, en estudiantes de la escuela de medicina, sede Aragua. Universidad de Carabobo 2009. Trabajo de ascenso no publicado. Venezuela: Universidad de Carabobo; 2010.
21. Álvarez Z y Sánchez J. Relación entre las características psicosociales y el alto desempeño académico de los estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad de Medicina de la Universidad de Carabobo, Sede Aragua. Año 2005. Trabajo de ascenso no publicado. Venezuela: Universidad de Carabobo; 2005.
22. Núñez Y. Satisfacción con la vida, estratificación socioeconómica y rendimiento académico de estudiantes pertenecientes al programa beca académica de la Escuela de Contaduría Pública. Universidad de Carabobo - Sede Aragua. Trabajo de investigación no publicado. Venezuela: Universidad de Carabobo; 2009.
23. Gallardo C, Martínez A y Peñacoba C. Promoción de la salud en la universidad: **una universidad saludable**. [disertación]. España: Universidad Rey Juan Carlos. Madrid; 2000
24. León C. Secuencias del desarrollo infanto-juvenil. 4ta.edición. Publicaciones UCAB. Venezuela; 2003.