



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO
Programa de Doctorado Ciencias Sociales y de la Salud

Estilos de vida, personalidad y emocionalidad
negativa en estudiantes universitarios

Autor:

Raquel Xandri Martínez

Directores:

Dr. D. Francisco José Moya y Faz

Dra. Dña. Juana Mulero Cánovas

Murcia, mayo de 2017



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO
Programa de Doctorado Ciencias Sociales y de la Salud

Estilos de vida, personalidad y emocionalidad
negativa en estudiantes universitarios

Autor:

Raquel Xandri Martínez

Directores:

Dr. D. Francisco José Moya y Faz

Dra. Dña. Juana Mulero Cánovas

Murcia, mayo de 2017



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR DE LA TESIS PARA SU PRESENTACIÓN

El Dr. D. Francisco José Moya y Faz y la Dra. Dña. Juana Mulero Cánovas como Directores⁽¹⁾ de la Tesis Doctoral titulada “Estilos de vida, personalidad y emocionalidad negativa en estudiantes universitarios” realizada por Dña. Raquel Xandri Martínez en el Departamento de Ciencias Sociales y de la Salud, **autoriza su presentación a trámite** dado que reúne las condiciones necesarias para su defensa.

Lo que firmo, para dar cumplimiento a los Reales Decretos 99/2011, 1393/2007, 56/2005 y 778/98, en Murcia a 25 de mayo de 2017.

Dr. D. Francisco José
Moya y Faz

Dra. Dña. Juana Mulero
Cánovas

(1) Si la Tesis está dirigida por más de un Director tienen que constar y firmar ambos.

UCAM



EIDUCAM
Escuela Internacional
de Doctorado

AGRADECIMIENTOS

El desarrollo de este trabajo de investigación ha supuesto para mí un proceso largo, complicado, y que en muchas ocasiones, me ha exigido mantener unos elevados niveles de motivación sin caer en la apatía o la frustración. Todo ello, hubiera sido mucho más difícil sin la ayuda de determinadas personas que siempre han estado a mi lado. En primer lugar, mi mayor agradecimiento va dirigido a mis padres, José María y María Dolores, quienes se han mantenido en todo momento muy pendientes de mi estado tanto físico como emocional, y han sabido transmitirme la energía y la positividad suficiente como para alimentar mi motivación en los momentos que más los necesitaba, actuando siempre desde la cercanía con la capacidad de escucha y la empatía que sólo unos padres pueden dar, así como una expresividad de afecto y cariño de valor incalculables.

Por otro lado, quiero agradecer a mis compañeras de trabajo y amigas, Mari Carmen Fernández y Marisa Rodes, la paciencia, disposición y el afecto tan importante que me han demostrado en los momentos que más las necesitaba, y que es cuando más se valora su cercanía y su amistad, teniendo siempre palabras de aliento, de refuerzo y de comprensión hacia mi persona. Así como a mi gran amiga, Loida, porque sin ella, ya no sólo la realización de esta tesis, sino mi día a día, sería menos alegre y sonriente, y Mari Carmen P., quien siempre ha estado pendiente de mí a pesar de la distancia, consiguiendo unir todavía más nuestros lazos de amistad y demostrándome que esté donde esté, estará a mi lado cuando la necesite.

Agradecer también a mi compañera de trabajo Irene por ayudarme y dar respuesta a todas mis dudas siempre que lo he necesitado, así como el apoyo moral que sólo la persona que tienes junto a tu mesa de trabajo sabe dar. De la misma manera, a mi compañero y amigo Arturo, que ha conocido desde el principio lo difícil que han resultado algunos procesos de la elaboración de esta tesis, y ha sido consciente de momentos complicados para mí, intentando siempre rebajar mi ansiedad y ayudarme en todo aquello que estaba al alcance de sus posibilidades.

Cuando se elabora un trabajo de estas características con rigor y disciplina, las personas más cercanas son las que más sufren tu ausencia, tus malos momentos, y, en definitiva, cargan con un gran peso sobre sus espaldas. En este sentido, tengo que agradecerle a mi pareja, a Pedro, su gran comprensión y apoyo que me ha transmitido a lo largo de estos dos últimos años, entendiendo siempre mis necesidades desde el plano más afectivo posible.

Por último, y no por ello menos importante, agradecer su trabajo, sus aportaciones y palabras de ánimo constantes a mis directores de tesis, Francisco José Moya y Juana Mulero, quienes siendo conscientes de lo complicado que es compaginar todas las áreas de la vida que me rodean, siempre han creído en mí y así me lo han transmitido, significando un pilar fundamental durante todo este proceso.

Estilos de vida, personalidad y emocionalidad negativa en estudiantes universitarios

RESUMEN

La presente investigación titulada estilos de vida, personalidad y emocionalidad negativa en estudiantes universitarios, se ha llevado a cabo a partir de una motivación e interés intrínseco que se generó tras las observaciones y experiencias vividas en primera persona debido a mi trabajo como docente en el ámbito universitario, donde he podido ser testigo, y sigo haciéndolo, de las múltiples y variadas situaciones que se generan en los estudiantes debido a los comportamientos hacia su salud, sus rasgos de personalidad y la carga de afectividad negativa que presentan. Por otro lado, la realización de una investigación previa que constituyó mi trabajo fin de máster, me alentó a seguir trabajando sobre mis interrogantes de una manera mucho más amplia, exhaustiva y personalizada. En este sentido, la investigación aquí presentada, tiene como objetivo el estudio de las relaciones entre los estilos de vida saludables y no saludables llevados a cabo por los estudiantes, las dimensiones de personalidad evaluadas siguiendo el modelo de evaluación simplificado de Costa y McCrae y el efecto que pueden tener ambas variables sobre la presencia de sintomatología negativa en dicha población. Además, trabajamos aspectos socio-demográficos sobre la dimensión de personalidad neuroticismo, ya que, según la literatura científica revisada, es aquella cuyas características parecen tener un mayor impacto sobre el resto de variables objeto de estudio.

Tras la realización del trabajo empírico sobre una muestra compuesta por 547 estudiantes, de los grados de Educación Infantil y Primaria que han cursado sus estudios en la Universidad San Antonio de Murcia, y, en base a los interrogantes y objetivos propuestos para esta investigación, y la discusión de los resultados en función de la literatura científica exhaustivamente revisada, se desprende la existencia de relaciones entre algunas de las dimensiones de personalidad estudiadas, fundamentalmente la extraversión y el neuroticismo, con la adopción de determinados estilos de vida que desembocan en conductas de

salud poco saludables o de riesgo, así como la influencia que ejercen éstos comportamientos sobre la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en los estudiantes encuestados. Por otro lado, se concluye que el género es una variable que afecta específicamente y de forma acusada al neuroticismo, así como el hecho de la presencia de elevados puntajes de esta dimensión en los estudiantes de ambos grados, y con mayor relevancia en Educación Infantil. A partir de las conclusiones presentadas tras el trabajo empírico y el diseño metodológico, donde damos respuesta a nuestros objetivos de investigación, procedemos a exponer las dificultades o limitaciones que nos han surgido a lo largo de todo el proceso.

Una vez desarrollados los apartados anteriores, exponemos todas las líneas de investigación futuras cuyo abordaje consideramos que implica diversos elementos novedosos no tenidos en cuenta hasta el momento actual por los investigadores relacionados con la temática que nos ocupa, presentando, concretamente, cinco itinerarios que versan sobre las diferentes variables trabajadas en esta tesis.

Finalmente, procedemos a presentar las referencias bibliográficas consultadas en relación a la literatura científica de la temática que nos ocupa y, que nos ha servido de base tanto para la aportación teórica como para la aproximación empírica de nuestro trabajo de investigación.

Palabras clave: *estilos de vida, personalidad, emociones, ansiedad, depresión, universitarios, neuroticismo.*

Lifestyles, personality and negative emotionality in university students

ABSTRAC

The present research entitled lifestyles, personality and negative emotionality in university students, has been carried out from a motivation and intrinsic interest that was generated after the observations and experiences lived in first person due to my work as a teacher in the field. Where. I have been able to witness, the multiple and varied situations that are generated in students due to the behaviors towards their health, their personality traits and the negative affective load they present. On the other one hand, conducting a previous research that constituted my final master's degree, encouraged me to continue working on my questions in a much broader, exhaustive and personalized way. In this sense, the research presented here, aims to study the relationships between healthy and unhealthy lifestyles carried out by students, the personality dimensions evaluated following the simplified evaluation model of Costa and McCrae and the effect that both variables can have on the presence of negative symptomatology in this population. In addition, we work on socio-demographic aspects on the dimension of personality neuroticism, since, according to the revised scientific literature, it is one whose characteristics seem to have a greater impact on the rest of the variables under study.

After carrying out the empirical work on a sample composed of 547 students, and considering the objectives proposed for this research, and the discussion of the results according to the exhaustively revised scientific literature reveals the existence of relationships between some of the dimensions of personality studied, fundamentally extraversion and neuroticism, with the adoption of certain lifestyles that lead to unhealthy or risky behaviors, as well as the influence of these behaviors on the presence of symptoms of anxiety and depression in the students surveyed. On the other hand, it is concluded that gender is a variable that specifically and markedly affects neuroticism, as well as the fact of the presence of high scores of this dimension in students of both grades, and with greater relevance in Early Childhood Education. Based on the

conclusions presented after the empirical work and the methodological design, where we respond to our research objectives, we proceed to expose the difficulties or limitations that have arisen throughout the entire process.

Once we have developed the previous sections, we present all the lines of future research whose approach we consider that involve several novel elements not taken into account until the current moment by the researchers related to the subject matter, presenting, in particular, five itineraries that deal with the different variables worked on this thesis.

Finally, we present the bibliographical references consulted in relation to the scientific literature of the subject that occupies us and which has served as a basis for both the theoretical contribution and the empirical approximation of our research work.

Key words: *lifestyles, personality, emotions, anxiety, depression, university, neurotic*

ÍNDICE

ÍNDICE	15
INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	23
OBJETIVOS	27
PARTE I.MARCO TEÓRICO.....	29
CAPÍTULO 1. ESTILO DE VIDA	31
INTRODUCCIÓN	31
1. RESEÑA HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE ESTILO DE VIDA.....	31
2. PRIMEROS ACERCAMIENTOS DEL CONCEPTO DE ESTILO DE VIDA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD.....	34
3. MODELOS Y TEORÍAS EN EL ESTUDIO DEL ESTILO DE VIDA.....	44
3.1. Modelos de socialización del estilo de vida	45
3.2. Modelos sociocognitivos	47
3.2.1. Teoría de la Acción Razonada / Teoría de la Acción Planificada	47
3.2.2. Teoría de la Autoeficacia de Bandura	47
3.2.3. Locus de Control de la Salud.....	48
3.2.4. Modelo de Creencias sobre la Salud.....	48
3.2.5. Teoría de la Motivación de Protección.....	49
3.2.6. Modelo de Promoción de la Salud.....	49
CAPÍTULO 2. EMOCIONES, ESTILO DE VIDA Y SALUD	51
INTRODUCCIÓN	51
2. CONCEPTUALIZACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LAS EMOCIONES	52
2.1. Características de las emociones	54
2.1.1. Funciones de las emociones.....	54
2.1.2. Tipos de emociones.....	57

2.1.3. Componentes de la emoción.....	58
2.1.4. El proceso emocional	59
2.1.5. Valoración cognitiva de la emoción.....	60
2.2. Estilo de vida aplicado a la salud.....	62
2.2.1. Aproximación teórica al concepto de salud	62
2.3. Componentes y determinantes del estilo de vida relacionado con la salud	66
2.3.1. Los determinantes de salud	66
2.3.2. Variables que constituyen el estilo de vida relacionado con la salud o estilo de vida saludable	73
2.3.3. Variables que constituyen el estilo de vida saludable en población universitaria	75
2.4. Estilo de vida y emociones negativas: ansiedad y depresión	77
2.4.1. Consumo de alcohol, tabaco y emociones negativas	78
2.4.2. Deporte y emociones negativas.....	79
2.4.3. Hábitos alimenticios y emociones negativas.....	80
2.4.4. Descanso y emociones negativas	81
2.5. Salud y emociones negativas en población universitaria: ansiedad y depresión.....	83
CAPÍTULO 3. ESTILO DE VIDA Y PERSONALIDAD	91
INTRODUCCIÓN	91
3. CONCEPTUALIZACIÓN DE PERSONALIDAD	92
3.1. Descripción y análisis de la personalidad desde la perspectiva de los modelos factoriales: Modelo de los 3 factores de personalidad de Eysenck	94
3.2. El Neuroticismo y la emocionalidad negativa	97
3.3. ANÁLISIS LINGÜÍSTICO CONTEMPORÁNEO DE LA PERSONALIDAD: MODELO DE LOS 5 GRANDES FACTORES.....	100
3.3.1. Antecedentes del modelo lingüístico contemporáneo de la personalidad: tradición factorial y rasgos.....	100
3.3.2. El modelo de los cinco grandes factores de personalidad.....	102

3.3.3. La evaluación de la personalidad desde el del modelo de los cinco grandes	104
3.4. Estilos de vida y rasgos de personalidad.....	107
3.5. VARIABLES OBJETO DE ESTUDIO Y PERSONALIDAD	108
3.5.1. Variable demográfica: género.....	108
3.5.2. Variable socio–demográfica: nivel de neuroticismo en población universitaria	110
3.5.1. Variables psico–gráficas: consumo de sustancias de alcohol y tabaco	111
3.6. Consumo de sustancias de alcohol y tabaco y su relación con la personalidad	114
3.6.1. Deporte y personalidad.....	116
3.6.2. Hábitos alimenticios y personalidad	117
3.6.3. Descanso y personalidad.....	119
3.7 PERSONALIDAD Y EMOCIONALIDAD NEGATIVA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.....	119
CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA.....	125
INTRODUCCIÓN	125
4.1. Interrogantes de la investigación	125
4.3. MÉTODO.....	127
4.3.1. Diseño metodológico	127
4.3.2. Proceso muestral	128
4.4. INSTRUMENTOS	133
4.4.1. Aplicación de cuestionarios.....	133
4.5. Procedimiento y análisis de datos	142
CAPÍTULO 5. ANÁLISIS DE DATOS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	147
INTRODUCCIÓN	147
5.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO	147
5.1.1. Variables demográficas	147

5.1.2. Variables sobre estilos de vida	148
5.2. ANÁLISIS CORRELACIONAL	154
5.2.1. Análisis globales de la escala dimensiones de personalidad, variables demográficas, psicográficas y de estilos de vida.	155
5.2.3. Dimensiones de personalidad y estilos de vida.....	162
5.2.4. Análisis globales de la escala de ansiedad y las variables demográficas y de estilos de vida.....	168
5.2.5. Análisis globales de la escala de depresión y las variables demográficas y de hábitos de vida saludables	174
5.2.6. Dimensiones de personalidad y emociones negativas: ansiedad y depresión.....	177
5.2.7. Variables demográficas, estilos de vida, emociones negativas y dimensiones de personalidad.....	179
PARTE III.	187
CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	189
CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES, LIMITACIONES E IMPLICACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	211
7.1. CONCLUSIONES.....	211
7.2. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	213
7.3. IMPLICACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	214

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Aportaciones teóricas al concepto de estilo de vida desde finales del S. XIX hasta mediados del S. XX	33
Tabla 2. Evolución del concepto de estilo de vida desde el ámbito de la salud durante las décadas 70, 80 y 90	38
Tabla 3. Funciones de las emociones	54
Tabla 4. Evolución del concepto de salud.....	63
Tabla 5. Titulación.....	130
Tabla 6. Sexo.....	131
Tabla 7. Edad	132
Tabla 8. Sistema clasificatorio de puntuaciones NEO-FFI.....	135
Tabla 9. Consumo de alcohol.....	148
Tabla 10. Consumo de tabaco.....	149
Tabla 11. Consumo de drogas	150
Tabla 12. Horas de sueño diarias	151
Tabla 13. Número de comidas diarias.....	152
Tabla 14. Hábitos deportivos.....	153
Tabla 15. Dimensiones de personalidad	155
Tabla 16. Homogeneidad varianzas y matriz varianzas-covarianzas según género en dimensiones de personalidad	156
Tabla 17. Media P.D. (DT) y contrastes univariados para hombres y mujeres en dimensiones de personalidad.....	157
Tabla 18. Correlación entre dimensiones de personalidad y edad	158
Tabla 19. Niveles de neuroticismo.....	158
Tabla 20. Niveles de neuroticismo. Tabulación cruzada por titulación	159
Tabla 21. Niveles de neuroticismo en Educación Infantil	160
Tabla 22. Niveles de neuroticismo en Educación Primaria.....	161
Tabla 23. Homogeneidad de varianzas y matriz varianzas-covarianzas según consumo de tabaco en dimensiones de personalidad.....	162

Tabla 24. Homogeneidad varianzas y matriz varianzas-covarianzas según consumo de alcohol en dimensiones de personalidad	163
Tabla 25. Homogeneidad varianzas y matriz varianzas-covarianzas según hábitos deportivos en dimensiones de personalidad	163
Tabla 26. Resultados MANOVAS' s variables de estilos de vida	164
Tabla 27. Medias (DT) y contrastes univariados según consumo de tabaco en dimensiones de personalidad.....	164
Tabla 28. Medias (DT) y contrastes univariados según consumo de alcohol en dimensiones de personalidad.....	166
Tabla 29. Medias (DT) y constrastes univariados según hábitos deportivos en dimensiones de personalidad.....	167
Tabla 30. Coeficiente de correlación entre horas de sueño y dimensiones de personalidad	168
Tabla 31. Coeficiente de correlación entre comidas diarias y dimensiones de personalidad	168
Tabla 32. Descriptivo escala ansiedad.....	168
Tabla 33. Homogeneidad varianzas y matriz varianzas-covarianzas según género y ansiedad estado y rasgo	169
Tabla 34. Medias (DT) y contrastes univariados para hombres y mujeres en ansiedad.....	170
Tabla 35. Correlaciones edad con ansiedad estado y rasgo	170
Tabla 36. Homogeneidad varianzas y matriz varianzas-covarianzas según consumo de tabaco en ansiedad estado y rasgo	171
Tabla 37. Homogeneidad varianzas y matriz varianzas-covarianzas según consumo de alcohol en ansiedad estado y rasgo.....	171
Tabla 38. Homogeneidad varianzas y matriz varianzas-covarianzas según hábitos deportivos en ansiedad estado y rasgo.....	171
Tabla 39. Resultados MANOVA,s variables estilos de vida en ansiedad estado y rasgo.....	172
Tabla 40. Medias (DT) y contrastes univariados según hábitos deportivos en ansiedad estado y rasgo	173

Tabla 41. Coeficiente de correlación entre horas de sueño y ansiedad estado y rasgo	173
Tabla 42. Coeficiente de correlación entre número de comidas diarias y ansiedad estado y rasgo	174
Tabla 43. Descriptivo escala depresión	174
Tabla 44. Medias (DT) y comparación según género en depresión	175
Tabla 45. Medias (DT) y comparación puntuaciones en depresión en variables de estilos de vida	176
Tabla 46. Coeficiente de correlación entre horas de sueño y depresión.....	177
Tabla 47. Coeficiente de correlación entre número de comidas diarias y depresión	177
Tabla 48. Correlaciones dimensiones personalidad y emociones negativas	178
Tabla 49. Efecto de las variables en la predicción del neuroticismo	180
Tabla 50. Efecto de las variables en la predicción de extraversión	182
Tabla 51. Efecto de las variables en la predicción de responsabilidad	184

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Niveles implicados en el proceso de emoción ejemplificado en la emoción de miedo	59
Figura 2. Continúo salud-enfermedad: aspectos subjetivos y objetivos.	64
Figura 3. Continúo operativo salud-enfermedad.	65
Figura 4. Modelo de determinantes de salud de Lalonde.....	67
Figura 5. Influencia de los determinantes de salud en la morbimortalidad.....	68
Figura 6. Comparación en la distribución de la mortalidad en el sector salud en.	69
Figura 7. Modelo epidemiológico sobre el análisis de las políticas de salud de Dever.....	70
Figura 8. Modelo de determinantes de salud de Tarlov.....	71
Figura 9. Modelo de determinantes de salud de Dahlegren y Whitehead.	72
Figura 10. Modelo de los 5 factores de personalidad de Costa y McCrae.	107

Figura 11. Diseño de investigación.....	128
Figura 12. Distribución de la población por titulación universitaria.....	131
Figura 13. Distribución de la población por sexo.	132
Figura 14. Distribución de la población por edad.	133
Figura 15. Fases de aplicación del cuestionario y análisis de datos.....	142
Figura 16. Consumo de alcohol.....	148
Figura 17. Consumo de tabaco.....	149
Figura 18. Consumo de drogas.....	150
Figura 19. Comidas diarias.	152
Figura 20. Hábitos físicos.	153
Figura 21. Nivel de neuroticismo.....	159
Figura 22. Niveles de neuroticismo según titulación.....	160
Figura 23. Niveles de neuroticismo en Educación Infantil.....	161
Figura 24. Niveles de neuroticismo en Educación Primaria.....	162

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

A lo largo de mis años como profesional de la docencia en la Universidad San Antonio de Murcia, y más concretamente en las titulaciones de los grados de Educación Infantil y Primaria, he impartido clase a un elevado número de estudiantes con perfiles muy variados en relación a la edad, nivel socio-cultural, económico, ciudad natal de procedencia y motivación por los estudios.

En la relación como docente que me une a mis estudiantes, he podido observar los diversos y cambiantes estados anímicos y emocionales que expresan a lo largo de las diferentes etapas por las que transcurre el curso escolar, así como variados modelos del comportamiento, que en muchos casos consideraría disruptivos para ellos y, que en la mayoría de las ocasiones, van en consonancia con dicho estado emocional.

Además del propio factor intrínseco, se mezclan otras variables en forma de acontecimientos vitales que invaden sus vidas, muchas veces de forma inesperada o repentina, que desbordan al propio sistema de estrategias de afrontamiento al que todos debemos aferrarnos en las situaciones de angustia, unas estrategias que además, están muy poco consolidadas debido a la corta edad de la mayoría de los estudiantes, manifestando una limitada capacidad de resolución de problemas y baja tolerancia a la frustración.

Desde mi experiencia, he podido comprobar que mis estudiantes, en determinadas ocasiones, son incapaces de realizar reevaluaciones positivas de las situaciones problemáticas que les acontece, los cuales, son en su inmensa mayoría, de una intensidad lo suficientemente baja, como para no tener que provocar unas reacciones de emocionalidad negativas tan acusadas. Ejemplo de ello, son situaciones que les provocan una intensa carga ansiógena por el hecho de suspender un examen, de tener que anunciarle a sus padres el resultado del mismo, o algo mucho más nimio como un simple cambio de grupo al año siguiente, cuya consecuencia es únicamente separarlos de algunos de sus

compañeros, no viéndose capaces de establecer nuevas relaciones.

En cierta medida, creo que una de las causas podría ser un estilo sobreprotector de las figuras parentales, aumentando aún más si cabe, y sin ser ellos conscientes, el grado de inseguridad, desamparo y frustración que sienten sus hijos, mis estudiantes, ante determinadas situaciones. Por otro lado, no puedo obviar el rasgo de personalidad que define a cada uno de ellos, así como el grado de madurez que los caracteriza.

Desde un punto de vista observacional, naturalista y descriptivo, he creído conveniente destacar cómo mis estudiantes han mostrado conductas hacia su salud poco saludables, con la intención de minimizar la ansiedad y la tensión emocional, haciendo uso de las denominadas estrategias paliativas, las cuales, en algunos casos, podrían derivar en patologías psicológicas tales como las adicciones, los trastornos de la alimentación, etc.

Tras la elaboración y defensa de mi trabajo fin de máster, y con los primeros datos recogidos a través de la aplicación de las herramientas seleccionadas y una muestra poblacional de sesenta sujetos, pude observar determinados factores que me llamaban la atención, como por ejemplo, que en la evaluación de las dimensiones de personalidad, el neuroticismo alcanzaba valores muy elevados en los estudiantes universitarios encuestados, así como la influencia notable del género sobre dicha dimensión. Por otro lado, analizando los estilos de vida, los estudiantes presentaban niveles elevados de consumo de determinadas sustancias adictivas, aunque el neuroticismo, no se relacionaba con el consumo de tabaco, única variable de estilos de vida que había estudiado en relación a las dimensiones de personalidad en mi trabajo fin de máster.

A partir de la obtención de estos resultados, se suscitó aún más nuestro interés por encontrar respuestas a diversos interrogantes, por ampliar la muestra seleccionada, las dimensiones de personalidad evaluadas, y el número de correlaciones objeto de estudio, introduciendo además las variables de emocionalidad negativa de ansiedad y depresión, ya que, tras mi experiencia en

las aulas, nos interesaba conocer los niveles sintomatológicos de ambas emociones en los estudiantes, así como la influencia que ejercen las dimensiones de personalidad y los estilos de vida sobre éstas.

OBJETIVOS

Por todo lo expuesto anteriormente, los objetivos que se plantean en este trabajo de investigación son los siguientes:

Objetivo general: Determinar las relaciones existentes entre estilos de vida y dimensiones de personalidad, así como estimar la influencia que ambas variables pueden ejercer sobre la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios.

Estableciéndose los siguientes objetivos específicos:

1. Analizar las dimensiones de personalidad en relación a las variables demográficas de género y edad.
2. Estimar el nivel de neuroticismo en estudiantes universitarios de los grados de Educación Infantil y Primaria.
3. Comprobar las relaciones existentes entre estilos de vida y dimensiones de personalidad.
4. Evaluar las relaciones existentes entre estilos de vida y emocionalidad negativa de ansiedad y depresión.
5. Establecer el efecto de las dimensiones de personalidad sobre la emocionalidad negativa de ansiedad y depresión.

PARTE I.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. ESTILO DE VIDA

INTRODUCCIÓN

A lo largo del presente capítulo, comenzaremos desarrollando el concepto de estilo de vida, y los cambios que se han producido en cuanto a las características de su terminología con el paso del tiempo, concretamente, desde los años 70 hasta la actualidad, destacando las aportaciones al concepto de los autores más relevantes de cada época, así como las perspectivas más influyentes de las corrientes filosóficas, sociológicas, psicológicas y médicas, así como una aproximación teórica a los primeros acercamientos del concepto de estilo de vida en el ámbito de la salud. A continuación, nos introduciremos en el desarrollo teórico de las diferentes teorías o modelos con mayor repercusión en este campo de conocimiento, las cuales, se han centrado en estudiar y analizar los elementos que pueden influir en la adopción, por parte de los sujetos, de un determinado estilo de vida. De esta manera, trataremos la importancia que ejercen los diferentes elementos tanto intrínsecos como extrínsecos al sujeto, analizando, las variables más determinantes, desde el contexto más interno y cercano a los individuos (microsistema), hasta el más externo o alejado (macrosocial).

1. RESEÑA HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE ESTILO DE VIDA

El término estilo de vida, hace referencia a un patrón de conductas habituales que se presentan en el sujeto con carácter individual o personal y que se mantienen en el tiempo bajo unos estados preferentemente estables (Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003).

A lo largo del tiempo, éste término ha sufrido numerosos cambios en la historia de las ciencias sociales. Haciendo un repaso histórico, encontramos que los primeros documentos relacionados con el estudio de los estilos de vida, se

realizaron entre el último periodo del S.XIX y los primeros años del siglo XX, llevados a cabo por filósofos como Marx (1987), Veblen (1989) y Weber (1993).

Desde el campo de la sociología, se han llevado a cabo importantes contribuciones al análisis de los estilos de vida. Inicialmente, Marx (1987), consideraba que el estatus social de un sujeto, estaba determinado únicamente por su nivel de accesibilidad a los medios de producción que la sociedad ponía a su alcance, o, de aquellos a los que el propio sujeto tenía posibilidades de acceder. Sin embargo, Weber (1993), en sus escritos sobre Economía y Sociedad, generó el planteamiento sobre el desarrollo de los estilos de vida, basándose en el status social que podía conseguir un individuo dentro de su entorno, y considerando, que el prestigio conseguido dentro de la sociedad es uno de los factores determinantes en la elección de éstos (Cockerham, 2009).

Dentro de las aportaciones de mayor relevancia sobre el estudio de los estilos de vida, y más particularmente el aplicado en el ámbito de la salud a nivel social, debemos hacer referencia a Bordieu (1991), autor que acuñó el término “habitus” tras el análisis de los patrones alimentarios y hábitos deportivos que adquirirían los sujetos. Para este autor, las personas que tienden a compartir estilos de vida, es porque se encuentran dentro del mismo grupo social de pertenencia, y por tanto, también comparten un estrato social de características similares (Cockerham, 2009, citado en Álvarez, 2012).

Por otro lado, los estudiosos de la época, consideraban que factores determinantes sobre la adopción de un determinado estilo de vida, no sólo estaban influenciados por el nivel socio-económico de los individuos, sino que repercutían diferentes elementos de naturaleza individual y personal. En este sentido, Weber (1993), sostiene que en el concepto de estilo de vida puede llegar a determinar el tipo de estructura jerárquica que se establezca a nivel social.

A principios del S.XX, Adler (1929), adopta otra perspectiva del concepto de estilo de vida representada desde un enfoque mucho más personalista dentro de la denominada Psicología Individual, de tal manera que se aleja de la visión aportada por autores anteriores donde el estilo de vida estaba determinado por

los factores socioeconómico, para tener en cuenta y darle mucho más valor a los factores puramente individuales o personales, de tal manera, que cada persona desarrolla su propio estilo de vida. Un ejemplo de ello, sería el hecho de considerar, que el estilo de vida se empieza a establecer muy tempranamente, hacia los cuatro o cinco años de edad. En este sentido, estudios posteriores como los de Pulkkinen (1992), han confirmado que mantendrían una estructura básicamente estable desde la niñez hasta la edad adulta.

De forma muy sencilla, Adler distinguía cuatro tipos de estilos de vida: dominante, dependiente, evasivo y social. Los tres primeros estarían muy próximos a algunos de los trastornos de personalidad reconocidos por el DSM-5, y el cuarto, sería propio de una personalidad saludable. Por lo tanto, desde este ámbito de estudio, el estilo de vida se definiría como un patrón de comportamientos, costumbres y hábitos, que el individuo lucha por mantener para superarse a sí mismo y encontrarse mejor.

Tabla 1.

Aportaciones teóricas al concepto de estilo de vida desde finales del S. XIX hasta mediados del S. XX

Marx (1867)	El estilo de vida está determinado únicamente por los recursos y el sistema socioeconómico en el que están inmersos los individuos.
Veblen (1899)	El estilo de vida es un modo de vivir que determina la pertenencia de los individuos a una clase social u otra.
Weber	El estilo de vida depende de la estratificación social de los grupos y el individuo. Puede utilizarlo activamente para adquirir cierto estatus social.
Wilken (1927)	Utiliza el término de estilo de vida para describir aspectos de la personalidad de los individuos.
Adler (1929)	El estilo de vida está formado por un conjunto de comportamientos que siguen un patrón conductual estable, a través del cual el individuo intenta determinarse como un ser superior.

Fuente: Adaptado de Pastor, Balaguer y García (1999).

2. PRIMEROS ACERCAMIENTOS DEL CONCEPTO DE ESTILO DE VIDA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

La aportación de la Psicología Individual sobre el estudio de los estilos de vida, tuvo una importante repercusión sobre la operatividad del concepto, y contribuyó al diseño de pruebas psicoterapéuticas que pudieran ayudar a un cambio en los estilos de vida considerados como no saludables.

El descubrimiento de las funciones de la cultura o, si se prefiere, de la dimensión simbólica, condujo a generar toda una serie de conceptos sobre el estilo de vida, que se trataron en términos holísticos, ya sean referidos a un grupo étnico, a una comunidad o a una nación. Se generaron varios términos, que más allá de sus diferentes nombres, fueron aplicados a la misma problemática (Menéndez, 2009), y entre los cuales están los conceptos de estilo de vida saludable y modo de vida.

El concepto estilo de vida, constituye uno de los elementos clave con que los historicistas trataron de describir las totalidades culturales a través de expresiones específicas. La cultura constituía una unidad que se expresaba a través de diferentes esferas de la realidad, de tal manera que, esta concepción llevaba a pensar que cada cultura podía llegar a generar no sólo estilos diferenciales de enfermar sino de atender a la enfermedad (Menéndez, 2009).

Weber (1992), aplicó este concepto al estudio de las clases sociales estableciendo la necesidad de articulación de las condiciones materiales y simbólicas que operaban en las clases y en las relaciones de clases, colocando gran parte de sus intereses en el consumo que se da a través de ciertos estilos de vida, y que posibilita pensar no sólo en términos de clases sino también de status social. Su propuesta, que dio un papel protagonista a ciertos aspectos simbólicos, influyó notoriamente en toda una serie de tendencias que reelaboraron aspectos del estilo de vida a través de éste, o más frecuentemente de otros conceptos derivados del mismo.

Sin embargo, no ha sido hasta la segunda mitad del S.XX, cuando el estudio de los estilos de vida ha tenido su mayor impacto en el ámbito de las ciencias de la salud. A partir de los años 50, es cuando comienza el interés por investigar la influencia y el impacto que tienen los estilos de vida sobre la salud de la población, así como un intento por esclarecer los motivos que podían desencadenar determinadas enfermedades propias de las sociedades industrializadas. De esta manera, los primeros estudios a este respecto están enmarcados desde una perspectiva médico–epidemiológica, la cual no tenía en cuenta ni el contexto social ni los elementos psicológicos como factores que podían condicionar la adquisición de unos estilos de vida u otros en los individuos, sino que consideraban que aquellos sujetos que adoptaban unos patrones de comportamiento hacia su salud poco saludables, lo hacían de forma totalmente voluntaria y sin la influencia mediadora de otras variables.

Desde otras perspectivas teóricas sobre los estilos de vida, este enfoque se ha encontrado con un buen número de críticas, ya que culpabiliza al sujeto de adoptar hábitos de vida poco beneficiosos para su salud, y, por tanto, de las consecuencias que esto pueda generar (Mechanic, 1979).

Años después, esta corriente considera que los estilos de vida están vinculados a la responsabilidad que ejercen los individuos sobre su propia salud, de tal manera que los responsabiliza de los riesgos que adopten, asumiendo así una corriente de un estilo más positivista (Cockerham, 2009, citado en Álvarez, 2012).

Cockerham (2005), a partir de los fundamentos teóricos de Weber y Bordieu, propone una perspectiva de los estilos de vida desde el ámbito de la sociología médica, de tal manera que éstos son considerados como los comportamientos que eligen los sujetos adoptar sobre sus estados de salud, pero en base a las condiciones de vida que les aporta el ambiente en el que se desarrollan, estando muy condicionados por dichas oportunidades.

El concepto de “estilo de vida saludable” fue acuñado desde el modelo biomédico con el objetivo de generalizarlo hacia un entendimiento para la

población general, y vincularlo fundamentalmente a las ciencias de salud, área desde la que está más ampliamente estudiado hoy en día, desterrando otros ámbitos de estudio en tiempos atrás como pudo ser la sociología y la psicología individualista.

Desde la década de los 60, pero sobre todo desde los años 70, la biomedicina insiste en que determinados comportamientos que tienen que ver con estilos de vida que determinan el estado de salud y la esperanza de vida de las personas. Pero el énfasis en ciertos aspectos ha conducido a que, cuando los clínicos y los epidemiólogos piensan en estilos de vida, los refieren casi exclusivamente no sólo a los indicadores como el uso de las drogas, el estrés, las enfermedades mentales, los problemas cardiovasculares, etc, sino a determinados padecimientos que están especialmente relacionados con problemas cardíacos y de adicciones.

Pese a su intenso y extenso uso actual por el Servicio de Salud, debemos asumir que este concepto se constituyó y desarrolló fuera de la biomedicina y especialmente, a partir de concepciones marxistas, del comprensivismo Weberiano, del psicoanálisis y del culturalismo antropológico norteamericano, aunque fueron las concepciones historicistas alemanas las que más incidieron en la formulación y desarrollo de esta categoría (Coreil, Levin y Jaco, 1992).

El sector salud y la biomedicina utilizaron el concepto del estilo de vida reduciendo la perspectiva holística y grupal, hasta un comportamiento de riesgo personal y eliminando o rebajando a un rasgo específico las condiciones materiales y simbólicas del estilo de vida.

Desde el ámbito clínico, lo relevante sería prevenir, reducir, controlar o eliminar el problema, por lo tanto, si a través de determinados consejos o de otras acciones simples se logra disminuir el riesgo, pasaría a ser secundario el hecho de que el estilo de vida se trabaje o no en términos holísticos (Menéndez, 2009).

La biomedicina no sólo excluyó el contexto sociocultural, sino que redujo el estilo de vida a determinados aspectos de los comportamientos individuales. Si bien este concepto, especialmente en ciertas tendencias sociológicas, incluía la

voluntariedad del actor y la capacidad de elección del sujeto sobre su conducta de salud.

Durante las décadas de los 70, 80 y los 90 la literatura científica ha expuesto diferentes aportaciones tanto teóricas, como conceptuales, resumidas por Pastor, Balaguer y García-Merita, (1999) en la tabla 2:

Tabla 2.*Evolución del concepto de estilo de vida desde el ámbito de la salud durante las décadas 70, 80 y 90*

Década de los 70	Década de los 80	Década de los 90
-Aparecen los primeros elementos definitorios del término estilo de vida	-Contribuciones de la OMS al concepto y el estudio del estilo de vida.	-Creciente interés por parte de los investigadores de unificar y aclarar el concepto para que sea entendido a nivel popular.
-Se obvian las aportaciones sociológicas y antropológicas del concepto.	-Reacción al reduccionismo biomédico	-Reaparecen las teorías más clásicas y sociológicas.
-Comienza el estudio de los factores que interrelacionan entre los diferentes comportamientos que constituyen el estilo de vida	-La OMS impulsa su estudio con población adolescente.	-El estilo de vida saludable recoge comportamientos vinculados al estado físico del individuo, aunque introduce conductas referentes a la salud psicológica y social.
-Predomina el modelo médico.	-Se introducen paulatinamente las teorías psicosociales.	
	-El estilo de vida saludable recoge conductas relacionadas con la salud física.	

Fuente: Adaptado de Pastor, Balaguer y García-Merita, (1999).

En la década de los 70, las investigaciones sobre el estilo de vida desde el campo de la salud presentaban limitaciones, tal y como señalan algunas revisiones sobre el concepto de estilo de vida (Abel, 1991; Coreil, Levin y Jaco, 1992). Estas carencias se mostraban, por una parte, al obviar las diferentes aportaciones del concepto desde los modelos más clásicos como la sociología y la antropología, y por otra parte, por la confusión que a menudo se solía producir entre los conceptos estilo de vida y estilo de vida saludable, considerándolos, como términos sinónimos.

En relación al posterior desarrollo del concepto, las investigaciones de Belloc y Breslow (1972), fueron fundamentales en los estudios de la época. Estos autores consideraban que el estilo de vida saludable de un individuo, estaba constituido por las actividades que forman parte del patrón de vida diario de los mismos, de tal manera que existían siete prácticas de salud fundamentales a partir de las cuales podían predecir significativamente los futuros porcentajes de mortalidad o discapacidad. Estas prácticas que formaban parte del estilo de vida eran, dormir entre 7–8 horas diarias, desayunar casi todos los días, no comer nunca o casi nunca entre las principales comidas del día, mantener el peso apropiado para la estatura, realizar actividad física de forma regular, no fumar y que el consumo de alcohol fuese moderado o inexistente. La aportación de estos autores sigue estando de actualidad, puesto que se continúan estudiando fundamentalmente las variables clásicas del estilo de vida saludable, es decir, aquellas que se relacionan directamente con los trastornos cardiovasculares (Pastor, Balaguer y García–Merita, 1998).

Asimismo, en esta década se plantean las primeras conexiones que pueden establecerse entre los diversos comportamientos que constituyen los estilos de vida favorables para la salud (Harrys y Guten, 1979; Langlie, 1979; Mechanic, 1979). Aunque los estudios realizados sobre el estilo de vida saludable durante esta década fueron planteados por profesionales de distintas disciplinas dentro de las ciencias de la salud, en raras ocasiones se desvían los intereses del modelo médico, en otras palabras, en la década de los 70 se mantiene el interés por la relación entre las distintas conductas y la salud.

El estudio sobre los estilos de vida consiguió un importante protagonismo desde el punto de vista de las ciencias de la biomedicina como consecuencia, entre otras circunstancias, a la presentación del Informe Lalonde, el cual ponía el énfasis en las condiciones socio-económicas de los sujetos como uno de los factores principales en la aparición de la mayor parte de las enfermedades, más que en aspectos relacionados con agentes infecciosos o elementos biológicos (Lalonde, 1974). Desde entonces, se considera que son los sujetos los que tienen la responsabilidad sobre su decisión de adoptar uno u otro estilo de vida, teniendo en cuenta las repercusiones que éste puede tener sobre su estado de salud a medio-largo plazo.

En la década de los 80, aunque el modelo médico siga vigente hasta la actualidad, se produjo un movimiento de reacción al reduccionismo biomédico y empezaron a introducirse paulatinamente los modelos psicosociales en el estudio del estilo de vida saludable. Un hecho clave en esta área fue la celebración en 1981 de la 31ª sesión del Comité Regional de la OMS en Europa, lugar en el que se hizo hincapié por tratar el estudio relacionado con el estilo de vida de los individuos, desde una perspectiva más enfocada hacia el modelo médico o biomédico que al social (Who, 1986).

A finales de los 80, el Comité Europeo de la OMS, propuso el desarrollo de un programa interdisciplinar de investigación sobre el estilo de vida de los adolescentes. Tras la finalización de dicho comité, no se genera un concepto aclaratorio sobre estilo de vida saludable, pero sí se considera que está íntimamente relacionado con las conductas de salud. Además, se postula la existencia de tres niveles de influencia del estilo de vida: la social, las oportunidades y restricciones del ambiente y contexto en el que vives, y la personalidad o factores individuales de cada sujeto (Nutbeam, Aaro y Catford, 1989).

Este grupo liderado por la OMS, desarrolla un instrumento de evaluación denominado "The Health Behavior in Schoolchildren: A Who Cross-National Survey", que abarca, las conductas de salud (o estilo de vida saludable), y otros aspectos relacionados con los elementos más influyentes de la sociedad general y

el contexto ambiental del individuo. Entre las variables de estilo de vida saludable incluidas en este instrumento podemos citar la alimentación, la actividad física, el consumo de alcohol, tabaco y drogas, la automedicación, la higiene dental, las horas de sueño, las prácticas sexuales y la gestión del ocio y el tiempo libre.

Con el paso del tiempo, observamos cómo se amplía el número de variables estudiadas, de hecho, se recogen tanto las variables clásicas como otros comportamientos relacionados con la salud.

Esta nueva orientación psicosocial iniciada por la OMS propició que múltiples autores, se aproximaran al estudio del estilo de vida saludable tomando como punto de referencia los modelos psicosociales. Algunos de éstos podrían enmarcarse dentro de los llamados modelos de salud, los cuales tratan de explicar las conductas saludables que ponen en marcha los sujetos hacia su salud física y mental. En este sentido, podemos mencionar el Modelo de Creencias de Salud (Janz y Becker, 1984) y el Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 1987). Otros modelos, como la Teoría de Acción Razonada (Pender y Pender, 1986), la Teoría del Aprendizaje Social (Nutbeam, Aaro y Catford, 1989. y Wold, 1989) y el Interaccionismo Simbólico (Pezza, 1989) están basados en el estudio de los estilos de vida saludable desde el marco de la psicología social.

Una aportación teórica de especial relevancia durante la década de los 80 fue el Modelo de Promoción de la Salud de Pender (1987). Este modelo ofrece una distinción entre el estilo de vida protector de la salud y el estilo de vida promotor de la salud. El primero de ellos, hace referencia a aquellas acciones que una persona lleva a cabo para disminuir la probabilidad de caer enfermo o sufrir un accidente, y estaría relacionado con el concepto de estilo de vida asociado al modelo médico (Pender, 1987).

Las variables del estilo de vida incluidas en este modelo son diferentes a las estudiadas hasta el momento, las cuales hacen referencia tanto a la salud física como a la psicológica o mental. Además, se considera parte del estilo de vida tanto los comportamientos como las actitudes y autopercepciones de los sujetos (Pastor, Balaguer y García-Merita, 1998a).

Este modelo, que persigue ofrecer un enfoque explicativo y predictivo del estilo de vida promotor de la salud, ha tenido una importante repercusión en la literatura norteamericana sobre el estilo de vida saludable (Pastor, 1995).

En la década de los 90, tras la variedad generada desde los distintos modelos sobre las múltiples perspectivas que puede adoptar el concepto de estilo de vida, se observa la necesidad de establecer una definición basada en el criterio común de todas las disciplinas, de tal manera que permita clarificar el término y los elementos que lo integran. En este sentido, algunos autores retroceden hacia las teorías más clásicas relacionadas fundamentalmente con la corriente sociológica y psicosocial (Abel, 1991; Coreil, Levin y Jaco, 1992; Elliot, 1993). Concretamente, este último autor, retoma las ideas del sociólogo Sobel (1981, citado en Durán 2010), para formular su conceptualización de estilo de vida saludable, definiéndolo como un modo de vida característico, constituido por patrones de conductas observables que tienen lugar con cierta consistencia durante un periodo de tiempo considerable.

Elliot (1993), enfatiza algunas características del estilo de vida:

- La naturaleza conductual y observable del estilo de vida.
- La importancia del periodo temporal, es decir, para considerar que una conducta forma parte del estilo de vida de un individuo, es necesario que ésta esté presente en el repertorio conductual del sujeto un mínimo periodo de tiempo.
- El criterio de consistencia. El cual implica que las conductas tienen lugar conjuntamente en el tiempo para considerarse que forman parte del estilo de vida. Además, estas conductas son consistentes no sólo para un grupo, sino también para los individuos.

Elliot (1993), plantea que el concepto de estilo de vida no conlleva un origen causal igual para todas las conductas que lo forman, de esta manera, es predecible el hecho de que exista un denominador común entre los diferentes comportamientos.

Así pues, en la década de los 90, los investigadores vuelven hacia los clásicos y las aportaciones de la sociología para clarificar el significado del término estilo de vida saludable, interesándose también en el estudio de los determinantes psicosociales (Pastor, Balaguer y García, 1990).

En la actualidad, la mayor parte de los autores coinciden en su idea de considerar los elementos comportamentales de los individuos sobre su salud, como factores de riesgo diferentes a las variables clásicas consideradas como el origen primario causante de las enfermedades. Este hecho ha suscitado que los modelos de salud-enfermedad, ahora se basen en modelos multifactoriales y no únicamente en variables encaminadas hacia el cuidado de la salud física (Pérez, Robles y Vila, 1996).

En términos generales, estos modelos novedosos basados en el binomio salud-enfermedad se refieren al estilo de vida, basándose en la interacción entre las condiciones del ambiente y las características personales de cada individuo. Esta interacción estimularía unas pautas individuales de conducta (Porter, Earls y Montgomery, 1998). Por lo tanto, hablamos de un concepto que abarca un grupo heterogéneo de factores, como por ejemplo, el grado de preocupación por la salud, creencias de la persona acerca de su salud, la capacidad de afrontamiento al estrés o, ciertos hábitos como el consumo de sustancias, la actividad física, las horas que le dedicamos al descanso, la alimentación, etc. Estos factores se unirían a los determinantes biológicos y a otras características psicológicas de las personas a la hora de actuar sobre el estado de salud de los individuos.

La literatura científica de la que disponemos hasta la actualidad, ofrece cada vez mayores evidencias sobre el hecho de considerar que los estilos de vida y los hábitos adquiridos por las personas influyen de manera determinantes sobre la aparición de determinadas enfermedades, y además, confluyen con otros elementos de corte más psicológico que pueden estar mediando sobre el origen de diversas patología físicas y psicológicas, como puede ser, la personalidad del individuo, la capacidad de afrontamiento ante los problemas, la capacidad de resolución de conflictos y toma de decisiones, etc, (Bermúdez, Sánchez-Elvira y Pérez, 1993).

Por último, otra teoría que también ha tenido una fuerte repercusión en la literatura sobre el estilo de vida saludable en la década de los 80 y los 90, ha sido la Teoría de la Conducta Problema (Jessor y Jessor, 1997), la cual postulaba sobre las conductas de riesgo llevadas a cabo por la población adolescente, propios de baja percepción del riesgo debido a la edad en la que nos encontramos, y por tanto, el inicio de unas conducta poco saludables hacia la salud que podían extenderse hasta la edad adulta. Estas conductas que los autores denominan problemáticas, configuran una serie de factores cuya naturaleza y origen tienen carácter psicosocial (Jessor y Jessor, 1997).

Este tipo de teorías, han contribuido también al inicio de muchos trabajos que tratan de estudiar la dimensionalidad del estilo de vida saludable en la adolescencia, y a ofrecer aportaciones muy interesantes que tratan de diseñar programas de prevención sobre comportamientos hacia la salud, dirigidos específicamente, a este tipo de población (Aaro, Laberg y Wold, 1995; Pastor, Balaguer, Castillo y González, 1997).

3. MODELOS Y TEORÍAS EN EL ESTUDIO DEL ESTILO DE VIDA

Estudiar cuáles son los factores que contribuyen a la formación del estilo de vida desde la infancia es primordial para la promoción de conductas más saludables (Wold, 1989).

Durante décadas los científicos sociales han tratado de entender cómo se adquiere el estilo de vida saludable. Se sabe que se aprende en la infancia y la adolescencia, siendo más difícil de modificar en la vida adulta (Sinha, 1993). Se han ido introduciendo teorías que recogen diversos factores psicosociales como determinantes del comportamiento. En este sentido, las teorías sobre la socialización constituyen uno de los enfoques más fructíferos en el estudio del estilo de vida saludable.

Por otro lado, en los últimos años, las teorías que se han centrado en los factores cognitivos como determinantes del comportamiento, en concreto de las

variadas formas del comportamiento social, han cobrado un especial protagonismo en el estudio del estilo de vida saludable o de las conductas de salud. Estos modelos han recibido el nombre de sociocognitivos o cognitivosociales (Coner y Norman, 1995). Se reconoce que han contribuido a mejorar el conocimiento sobre la fuerza que pueden ejercer los factores extrínsecos sobre los cambios a nivel conductual (Rutter & Quine, 2002).

Dos motivos explican la importancia sobre los determinantes sociocognitivos. En primer lugar, se asume que esos determinantes son causas importantes del comportamiento, dado que son mediadores de los efectos de otros determinantes, como por ejemplo la clase social. En segundo lugar, se asume que estos determinantes son más fáciles de modificar que otros factores, como por ejemplo, la personalidad. Ambos motivos sugieren que las intervenciones efectivas deben basarse en la manipulación de estas variables cognitivosociales, ya que poseen un papel importante en el aprendizaje de las conductas de salud (Coner y Norman, 2005).

3.1. MODELOS DE SOCIALIZACIÓN DEL ESTILO DE VIDA

Postulan el aspecto social del estilo de vida desde la manera en que las personas adoptan diferentes conductas hacia su salud a través de los valores, las normas y las ideas impuestas por la sociedad. En este proceso, se incluye la manera en que los individuos aprenden a través de los agentes de socialización, aquellos roles que están directamente relacionados con la forma de vivir de una cultura determinada, viéndose dicho aprendizaje muy influenciado por los entes más cercanos al propio individuo, como son, la familia, la escuela, el grupo de iguales, como por otros que no tienen un contacto tan directo sobre ellos pero que afectan de igual manera, como podrían ser los medios de comunicación, el desarrollo político, la cultura, etc, siendo elementos todos ellos muy importantes para comprender el desarrollo del estilo de vida de los sujetos en sociedad (Wold, 1989).

Una de las teorías que se fundamenta en los estratos que forman la estructura social, y en los condicionantes que aparecen en cada uno de ellos, y que

influyen de una forma muy relevante en el proceso de socialización de los individuos, es la Teoría Ecológica de Sistemas de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1987). Esta teoría, elabora una serie de capas o estratos sociales a través de los cuales se establecen relaciones de interacción que son recíprocos y bidireccionales, de tal manera que unos influyen sobre los otros y viceversa, generando relaciones interpersonales y adopción de roles que pueden determinar en gran manera nuestros estilos de conducta (Palacios, Marchesi y Coll, 2004).

Las diferentes capas están formadas en primer lugar, por el microsistema, constituido por el primer nivel que engloba a las personas que interactúan entre sí de forma más cercana. El mesosistema, corresponde al segundo nivel y abarca conexiones entre los microsistemas, por ejemplo, el rendimiento académico de un niño no sólo depende de su responsabilidad a la hora de hacer tareas, sino de la implicación de los padres en el contexto escolar. El exosistema, corresponde al tercer nivel y se refiere a los escenarios sociales que no involucran a la persona de forma activa pero que sí ejercen una importante influencia sobre ella, por ejemplo, el efecto que ejerce sobre el desarrollo de un niño, la jornada laboral de sus padres. Por último, el macrosistema se corresponde con el nivel más externo y está relacionado con el ambiente social y cultural en el que el sujeto nace y se desarrolla (Bronfenbrenner, 1987).

Por su parte, Mendoza (1990), expone una adaptación de la Teoría Ecológica de Sistemas sobre el estudio de los estilos de vida, haciendo hincapié fundamentalmente en cómo la forma de socialización de los individuos viene determinada por los diferentes elementos que configuran cada uno de los estratos presentados en la teoría de Bronfenbrenner, aunque tiene la limitación de no explicar la forma en la que se produce dicho proceso.

3.2. MODELOS SOCIOCOGNITIVOS

3.2.1. Teoría de la Acción Razonada / Teoría de la Acción Planificada

Considerada como el enfoque más influyente que se ocupa de estudiar la relación actitud–conducta (Ajzen y Fishbein, 1991). Estos autores consideran que es la intencionalidad de la persona, el factor primario e inmediato que lleva a ésta a ejecutar una determinada conducta, de tal manera, que la intención representa la motivación de la persona en el sentido de poseer un plan consciente o una decisión para hacer el esfuerzo de realizar una determinada conducta. La intención conductual se encuentra determinada por dos factores: la actitud hacia la conducta y la norma subjetiva. Por lo tanto, lo que esta teoría propone es que los sujetos evalúan las consecuencias de sus conductas de salud antes de llevarlas a cabo, y que, los individuos se comprometerán a realizarlas con mayor probabilidad si éstas consecuencias son valoradas positivamente por el resto de los miembros de un grupo a los que el sujeto desea agradar (Pender y Pender, 1986).

La principal aportación de estas dos teorías al estudio del estilo de vida, es la forma en la que describen el papel tan determinante que juegan los comportamientos y las creencias de los sujetos sobre la adopción de las diferentes respuestas de salud (Conner y Sparks, 2005).

3.2.2. Teoría de la Autoeficacia de Bandura

La Teoría de Bandura está basada en 2 tipos de expectativas, por un lado, la denominada expectativas de resultados, fundamentada en la creencia que experimenta el sujeto sobre los resultados que se pueden producir al llevar a cabo una determinado comportamiento, y, por otro lado, las expectativas de autoeficacia, basadas en la percepción subjetiva que tiene el sujeto sobre la posibilidad de conseguir con éxito un determinado resultado a partir de sus conductas (Bandura, 1977).

Desde este punto de vista, la influencia motivacional derivada de ambas expectativas, pueden afectar a la adopción de un determinado estilo de vida, de tal manera que le permita encaminarse hacia conductas saludables y no iniciar o abandonar, en el caso de ya haber empezado, conductas insanas hacia su salud.

3.2.3. Locus de Control de la Salud

Partiendo de la Teoría del Aprendizaje Social de Rotter (1966), otros autores como Wallston *et al;* (1978), establecieron el término Locus de Control adaptándolo al campo de la salud. El locus de control hace referencia a las creencias subjetivas que experimenta una persona en relación a los factores que influyen sobre su salud. Está formado por tres dimensiones: la primera, evalúa el control interno que tiene la persona sobre su salud, responsabilizando a su propia conducta de del estado de la misma(LCS–Interno), la segunda, mide en qué medida las personas piensan que su salud depende de otras personas influyentes (LCS– otros) y la tercera, hace referencia a la medida en que las personas creen que su salud está determinada por factores externos como puede ser la suerte o el destino (LCS– Suerte) (Wallston y De Vellis, 1978).

Para esta teoría, el tipo de creencias que tenga el sujeto influirá decisivamente sobre la adopción de un estilo de vida u otro. Las personas que perciben que tener buena salud depende de lo que ellas mismas hagan (LCS– Interno), tenderán a manifestar una mayor preocupación por iniciar y mantener estilos de vida saludables, sin embargo, aquellas que presenten locus de control externo (LCS–Suerte o destino), o consideren que su salud depende de otros (LCS –otros), presentarán una menor implicación por adoptar conductas saludables e intentar esforzarse por abandonar hábitos ya adquiridos que perjudican su estado de salud.

3.2.4. Modelo de Creencias sobre la Salud

Dentro del ámbito de la salud, fue diseñado este modelo basado en la posibilidad de predecir determinadas conductas que adoptarán los sujetos hacia su salud (Rosentock, 1960, 1974). En este sentido, esta teoría propone la

probabilidad de dos percepciones subjetivas que experimentan los individuos, por un lado, la percepción que tiene el sujeto de que partiendo de un estado de salud óptimo, no puede llegar a enfermar a pesar de adoptar conducta insalubres, y por otro, la capacidad que tienen las personas de adoptar conductas preventivas saludables, siempre y cuando tengan la percepción de que existe un peligro real de padecer una enfermedad, y que además, los beneficios de adoptar dicho comportamientos son mayores que los costes que puede acarrear no hacerlo.

Por último, los costes hacen referencia a las consecuencias negativas percibidas de llevar a cabo determinada conducta promotora de la salud, y los beneficios recogen las consecuencias positivas percibidas de la conducta problema.

3.2.5. Teoría de la Motivación de Protección

Fue propuesta por Rogers en 1975 con la finalidad de explicar el efecto de los mensajes inductores de miedo sobre la ejecución de conductas protectoras de la salud. Para su formulación, Rogers consideró algunos elementos del Modelo de Creencias sobre la Salud. Este acercamiento plantea que existen tres componentes informativos objetivos: la ocurrencia probable de un evento aversivo, el grado de aversión de ese evento y la eficacia de determinada conducta de afrontamiento. Éstos, a su vez, desencadenan tres procesos cognitivos mediadores: la vulnerabilidad percibida, la severidad percibida, y los costes/beneficios percibidos de la conducta protectora considerada, procesos que a su vez influirán en la motivación de protección o el propósito de realizar una determinada conducta protectora, que es el determinante inmediato de las conductas (Rogers, 1975).

3.2.6. Modelo de Promoción de la Salud

A partir del Modelo de Creencias sobre la Salud y de las aportaciones de otras teorías como la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura, se creó el Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 1987). Este modelo es el único que plantea la

existencia de un concepto del estilo de vida desde un punto de vista preventivo, que puede promover la salud hacia la consecución o el aumento del bienestar de los individuos gracias a las percepciones y los comportamientos de los mismos (Pender, 1987). En este sentido, se incluyen 3 factores que pueden actuar como predictores del estilo de vida. El primer factor, estaría relacionado con los procesos cognitivos que se ponen en marcha para llevar a cabo una conducta, el segundo factor tiene un carácter más personalista, ya que hace referencia a la personalidad concreta de cada individuo y sus experiencias previas, y, el tercer factor, habla de los elementos que anteceden siempre a cada uno de las acciones que se llevan a cabo.

Los procesos cognitivos específicos de una conducta, suponen el mecanismo motivacional primario que influye de forma directa sobre la adopción y el mantenimiento de determinadas conductas consideradas como preventivas de la salud.

A partir del desarrollo de las diferentes corrientes científicas y los modelos aplicados al ámbito de la salud, podemos observar la evolución histórica que ha sufrido el concepto de estilo de vida, desde el ámbito de la sociología, la antropología, la psicología individual y la biomédica, hasta el campo puramente relacionado con la salud, donde encontramos diferentes variables que están jugando un papel determinante en la adopción de unos u otros estilos de vida adoptados por los sujetos, alguno de ellos actúan de manera independiente, pero en otros casos, se interrelacionan generando un esquema mucho más complejo que incluye variables psicológicas y personales, y que, por lo tanto, requieren un nivel de profundización mucho más amplio que el físico o el conductual.

CAPÍTULO 2. EMOCIONES, ESTILO DE VIDA Y SALUD

INTRODUCCIÓN

En la primera parte de este capítulo, nos introduciremos en la compleja definición del concepto de emoción a través de las conceptualizaciones realizadas por autores relevantes en el estudio de la misma, además, describiremos las características que presentan las emociones desde el desarrollo de sus funciones, su tipología y consecuente respuesta adaptativa, así como el desarrollo de los componentes necesarios para la activación y percepción de cualquier tipo de emoción. Por otro lado, especificaremos la importancia del proceso valorativo que realizan los sujetos de una situación determinada, como elemento imprescindible para el desarrollo posterior de una interpretación subjetiva de ésta, que culminará en la expresión emocional evocada por la situación.

En la segunda parte, comenzaremos abordando la fundamentación teórica destinada al estudio de las relaciones entre las emociones, los estilos de vida y la salud, y más concretamente, sobre la influencia que ejerce la presencia de emocionalidad negativa sobre el estado de salud de los individuos. Para ello, es necesario realizar una aproximación teórica al concepto de salud, y desarrollar su evolución a lo largo del S.XX según las aportaciones de las diferentes corrientes teóricas que lo estudian. En relación a los estilos de vida, describiremos los determinantes que ejercen un mayor efecto sobre la salud de los individuos, todo ello desde la perspectiva de los modelos teóricos más relevantes que han fundamentado sus interpretaciones a través del análisis social, cultural, ambiental, biológico, económico, etc, de los individuos y el contexto micro y macrosocial en el que se desarrollan. En ese sentido, especificaremos las variables que constituyen los estilos de vida relacionados con la salud en población general, y, concretaremos en el entorno universitario, ya que es la muestra poblacional objeto de nuestro estudio.

Por último, aportaremos los datos que hemos recogido a través de un exhaustivo análisis de búsqueda bibliográfica sobre fuentes documentales que han estudiado las relaciones entre los estilos de vida y sus efectos sobre la presencia de emociones negativas de ansiedad y depresión, en la población general adulta.

2. CONCEPTUALIZACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LAS EMOCIONES

A lo largo de más un siglo, diferentes disciplinas se han preocupado por la naturaleza y el estudio de las emociones. Entre otras, hay que destacar la antropología, la psicología, la sociología, la filosofía y la lingüística. El término emoción se ha estudiado desde diferentes campos teóricos y científicos, de ahí que existan un elevado número de aportaciones de tipo conceptual (Belli e Íñiguez, 2008), las cuales han obligado al campo científico a realizar un detallado análisis y presentar hasta 11 categorías en que se pueden agrupar las diversas maneras de definir el término emoción. De estas, ocho son las que nos perfilan otras características definitorias de la emoción, y que se resumen en las siguientes (Fernández–Abascal, 2000):

1. Categoría de carácter multifactorial: describe el término emoción como un fenómeno multidimensional. Los elementos que más frecuentemente son incluidos en este tipo de definición son aquellos relacionados con la cognición, la afectividad, la fisiología y la conducta.

2. Categoría de la estimulación: la emoción se produce por estímulos externos.

3. Categoría basada en los estados afectivos: centra su atención en la relevancia que tienen los sentimientos sobre los cambios fisiológicos que aparecen en los sujetos.

4. La conceptualización cognitiva, basada en los procesos cognitivos de atención, percepción, procesamiento de la información, memorización y recuperación. Estas definiciones defienden que a partir de la activación fisiológica se ponen en marcha diferentes procesos a nivel emocional que interrelacionan con

otros de carácter cognitivo, tales como el análisis y la interpretación de una emoción ante una situación determinada.

5. La categoría fisiológica, destaca el sustrato biológico que presentan todos los organismos, e intentan resaltar los mecanismos psicofisiológicos que afectan a los procesos emocionales.

6. Desde la conceptualización de la expresividad emocional, se destaca la importancia de variados tipos de lenguaje no verbal que son fácilmente detectables, observables y reconocible por las personas del entorno. Estas respuestas engloban diferentes cambios en la expresión facial, la entonación de la voz, gesticulación, y en general todo aquello que integra esta forma de comunicación.

7. Las definiciones correspondientes a la categoría adaptativa resaltan la funcionalidad de las emociones como elemento de adaptación al entorno.

8. La categoría basada en la motivación, se cuestiona el mutuo reforzamiento que existe entre el proceso emocional y el motivacional. En este tipo de definiciones se argumenta que las emociones activan los procesos motivacionales.

Bisquerra (2000), integra cada una de las conceptualizaciones generando una definición global del concepto de emoción como “un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a una respuesta organizada de un acontecimiento externo o interno”(p.61).

Según Fernández–Abascal, García, Jiménez, Martín y Domínguez (2010), en el campo de la psicología, la emoción es un elemento que nos permite describir o explicar los efectos derivados de un proceso multidimensional que se encarga de:

- La evaluación de las situaciones que son de especial relevancia.
- La interpretación subjetiva de las mismas.
- La preparación hacia la movilización de diferentes recursos que desencadenan un determinado comportamiento.
- Los cambios en la actividad fisiológica.
- La externalización de la expresividad emocional.

La emoción, en su contexto más amplio, conlleva una parte de experimentación subjetiva, cambios de carácter interno que son fácilmente detectables a nivel electrofisiológico, de expresividad a nivel de lenguaje no verbal que implica tanto la expresión facial como la gesticulación y el tono corporal, y una dimensión mental integrada por los diferentes elementos de los recursos cognitivos que tiene a su disposición el sujeto (Palmero, 2008).

2.1. CARACTERÍSTICAS DE LAS EMOCIONES

2.1.1. Funciones de las emociones

Cada una de las emociones percibidas por los sujetos, tienen una funcionalidad que les permite llevar a cabo la movilización de los recursos conductuales adecuados y coherentes con cada una de ellas, independientemente de la capacidad hedónica que generen. En este sentido, incluso las emociones negativas ejercen un importante papel en el proceso adaptativo del sujeto a nivel social y personal (Chóliz, 2005).

Según Reeve (2001), las emociones tienen 3 funciones principales y cada una de ellas generan un efecto inmediato, como puede observarse en la tabla 3.

- Función adaptativa.
- Funciones social.
- Funciones motivacional.

Tabla 3.

Funciones de las emociones

FUNCIONES	EFECTOS
Adaptativa	Preparar al organismo para la acción
Social	Comunicar nuestro estado emocional.
Motivacional	Activar el movimiento hacia la acción

Fuente: Reeve, 2001.

La función adaptativa de las emociones primarias, tienen un objetivo fundamental de supervivencia para la especie, de ahí su carácter adaptativo, ya que pertenecen al repertorio de emociones innatas y universales del individuo y por lo tanto se encuentran presentes desde el mismo momento del nacimiento.

Por otro lado, este tipo de emociones, son las únicas capaces de movilizar los recursos del sujeto para poner en marcha mecanismos de acción, que permitan alejar o acercar al individuo hacia una fuente estimular, y por tanto, evitar así las amenazas que podrían ponerlo en peligro (Grizb, 2002).

Desde el punto de vista social, el ser humano tiene la capacidad de predecir el estado emocional de un sujeto a través de su expresión facial y su lenguaje no verbal, adquiriendo una funcionalidad imprescindible en los procesos de comunicación interpersonal. Además, la emocionalidad también tiene otras vías de comunicación, como puede ser la artística y la corporal. Las emociones primarias son fácilmente reconocibles por las personas de nuestro entorno, ya que se caracterizan por un patrón facial específico, además de un tono emocional y prosódico del lenguaje que suele ser coherente con la emoción expresada (Fernández-Abascal; García, Jiménez; Martín; Domínguez, 2010).

La inhibición emocional también se trata de un elemento significativo desde el paradigma social, tratándose de un proceso altamente adaptativo, ya que para convivir en sociedad y tener un sentido de pertenencia al grupo, es necesario inhibir ciertas reacciones emocionales desadaptativas que podrían alterar cualquier sistema de agrupación social, convirtiendo al sujeto en un ser inadaptado a su entorno (Pennebaker, 1993).

En relación a la inhibición emocional y su asociación con los estados de salud, un gran número de investigaciones han observado la relación existente entre el padecimiento de situaciones que conllevan una elevada carga emocional con el estado de salud de los sujetos. En este sentido, Pennebaker (Pennebaker y O' Heeron, 1984, citado en Pennebaker, 1996), observó que "los sujetos que habían padecido sucesos traumáticos, o situaciones altamente estresantes, tenían

mayor probabilidad de enfermar física y mentalmente si posteriormente no expresaban sus sentimientos y emociones” (p. 22).

Por lo tanto, la expresión y comunicación social de las emociones, nos permite dar a conocer nuestro estado emocional a los sujetos del entorno más cercano, de tal manera que éstos pueden adaptar a nosotros sus conductas y comportamientos.

Por último, la función motivacional nos dice que la emoción está íntimamente ligada a la motivación. El proceso motivacional derivado de una emoción, incluye necesariamente dos elementos característicos que son la dirección y la intensidad (Grzib, 2002). En este sentido, una emoción puede dirigir al sujeto hacia la puesta en marcha de una conducta motivada, pudiendo ser la causa principal de dicha reacción comportamental, así como de la intensidad con la que se ejecute dicha acción. Por lo tanto, podríamos decir que una reacción emocional dirige (direccionalidad) al sujeto a un tipo u otro de conducta motivada, todo dependerá de la intensidad de la emoción (Chóliz, 2005).

Como vemos, las emociones no sólo tienen una pequeña parte derivada del proceso genético que les confiere universalidad, sino que son procesos adaptativos capaces de evolucionar y desarrollarse gracias a su plasticidad. Por lo tanto, no podemos considerarlas como procesos estáticos, sino dinámicos y cambiantes en función de las demandas del entorno, de las experiencias vividas por el sujeto y del contexto social en el que se encuentre. Así, aprendemos a modular nuestras respuestas emocionales y a desarrollar otras nuevas, e incluso, aprendemos a prevenir situaciones emocionales no deseadas, activando determinadas respuestas (Fernández–Abascal, García, Jiménez, Martín y Domínguez, 2010).

2.1.2. Tipos de emociones

Las emociones básicas o primarias son aquellas de carácter innato y universal a todos los seres humanos, básicas para la adaptación y la supervivencia de la especie. Entre estas destacarían el miedo, la alegría, la ira, el asco, la tristeza y la sorpresa.

Para Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas (2009), las emociones básicas están constituidas por unos patrones característicos a nivel expresivo, asociadas cada una de ellas a un tipo de activación fisiológica, y a una experiencia cognitivo –subjetiva que conlleva un correlato neurofisiológico concreto.

Sin embargo, el tema relacionado con la existencia universal de determinadas emociones básicas presentes en todos los individuos, es una cuestión sin un criterio común entre los autores (Palmero, Guerrero, Gómez y Carpi, 2006). Por ejemplo, Ortony y Turner (1990), consideran que no existen las emociones básicas como tal, ya que no hay un acuerdo común entre los autores, que especifique, qué emociones en concreto son las que podrían considerarse primarias y, por tanto, a partir de cuáles de ellas podrían generarse las secundarias, aprendidas o sociomorales.

La denominadas emociones negativas (ansiedad, tristeza, miedo, ira), también son emociones consideradas básicas que generan una afectividad negativa en el sujeto que las padece, sin embargo, presentan un carácter adaptativo de búsqueda de apoyo y afiliación en la sociedad, lo que no significa que, a pesar de ese intento de reintegración social, cuando se produce un desajuste tanto en la frecuencia como en la intensidad de las mismas, se puede desencadenar un trastorno mental y/o una enfermedad física (Piqueras *et al*;2009).

El 2º tipo de emociones corresponde a las secundarias, también llamadas aprendidas o sociomorales, las cuales se generan a través de un largo de un proceso de aprendizaje durante el periodo de la primera infancia (a partir de los 2

años y medio o 3 años) Están constituidas por la culpa, la vergüenza, el orgullo, la arrogancia, los celos, etc, (Dunn, 2003).

Para la aparición de las emociones secundarias es necesario que se den tres condiciones (Lewis, 2000):

1. Constitución de la identidad personal del sujeto.
2. Asimilación de las normas (saber distinguir entre lo que está bien y lo que está mal).
3. Capacidad de evaluación de la propia personalidad en relación a la normativa social.

2.1.3. Componentes de la emoción

Las emociones cuentan con tres componentes diferenciados:

1. Componente neurofisiológico: es aquel que produce cambios a nivel de activación electrofisiológica, y que podemos detectar a través de respuestas manifiestas como el aumento de la temperatura corporal y el latido cardiaco, la sudoración, el cambio en el tamaño pupilar, la ruborización, etc. Estas respuestas no están sujetas al control voluntario del individuo, y por tanto, son incontrolables. Sin embargo, los cambios producidos por las emociones sí son perceptibles para los demás a nivel meramente observacional, permitiendo detectar la emoción que está experimentando un sujeto sin necesidad de expresión verbal (Aguado, 2014).

2. El aprendizaje de la autorregulación emocional: necesario para la adaptación de los sujetos en la sociedad y por tanto, aporta efectos beneficiosos sobre la interacción social (Andrés y Stelzer, 2015).

3. El componente cognitivo: hace referencia a los procesos mentales que ponemos en marcha antes de la reacción emocional, de tal manera, que ante una determinada situación, la subjetividad del sujeto realizará una interpretación de la misma basada en sus características personales, sus vivencias, sus creencias, su personalidad, a partir de la cual se generará un tipo de emoción y no otro. Por lo

tanto, la respuesta emocional que expresan los individuos está determinada fundamentalmente a los procesos de análisis situacional y de vivencia experiencial (Scherer, 1999, citado en Pérez, Redondo y León, 2006).

2.1.4. El proceso emocional

El proceso emocional según (Fernández–Abascal *et al*; 2010), hace referencia a aquellos cambios que se producen en una emoción de forma puntual y cuya durabilidad es limitada en el tiempo.

Para entender el significado de emoción, es fundamental realizar un análisis del proceso emocional, el cual hemos representado en la figura 1, utilizando como ejemplo el caso de la emoción de miedo:

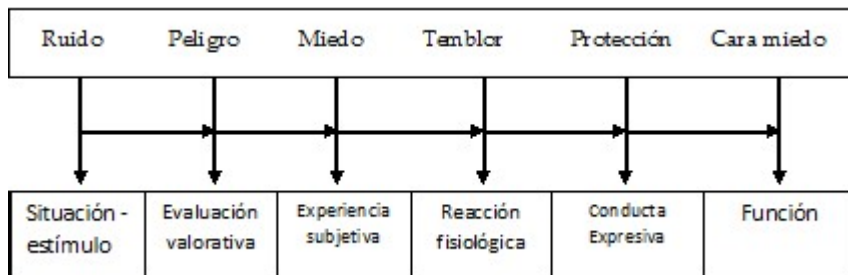


Figura 1. Niveles implicados en el proceso de emoción ejemplificado en la emoción de miedo.

Fuente: Grizb, 2002

Como puede apreciarse, el proceso emocional comienza con unos cambios en la percepción de las condiciones estimulares a nivel interno o externo del organismo. Este cambio, es accesible al sistema perceptivo y a la propia actividad mental que puede activar recuerdos y experiencias previas vividas por el sujeto, y que son procesadas mediante un proceso de evaluación valorativa de carácter subjetivo de la situación o estímulo que la desencadena (Grizb, 2002).

A raíz de este proceso, se produce una reacción conductual de tipo expresivo basado en la interpretación subjetiva de la situación estimular y cuya expresión está vinculada a los procesos de reactivación electrofisiológica y de comunicación verbal y no verbal (Fernández–Abascal *et al*; 2010).

Sin embargo, las manifestaciones externas de la emoción pueden variar sustancialmente de un sujeto a otro aunque la situación desencadenante sea la misma, todo ello derivado de la personalidad del sujeto, sus experiencias previas, sus creencias, y, en definitiva, de la idiosincrasia que le constituye como ser único e individual.

2.1.5. Valoración cognitiva de la emoción

Según Fridja (1993), la valoración cognitiva es el concepto clave en la conceptualización actual de la emoción. Y define este proceso de valoración cognitiva como “una evaluación sobre la propia relación con el entorno y que implica el bienestar personal” (p. 225).

Así, las emociones positivas serán producidas por una clase particular de beneficio, ayudando al sujeto en la construcción de una serie de recursos psicológicos y sociales que le permitan un determinado bienestar, y las emociones negativas por una clase de daño particular, es decir, por la valoración de que una situación es dañina, y por tanto, limitando la capacidad de estructuración de dichos recursos (Vecina, 2006).

En función de esta valoración, la respuesta emocional sirve para preparar y movilizar a la persona, y así enfrentarse con el daño o con el beneficio que ha sido evaluado. De esta manera, mediante una respuesta adaptativa, las consecuencias pueden ser evitadas, minimizadas o aliviadas en el caso de que haya sido evaluado un daño, o por el contrario, las consecuencias serán buscadas, maximizadas o mantenidas para el caso de haber evaluado un beneficio (Bisquerra, 2003).

El hecho de que un conjunto de circunstancias sean evaluadas como dañinas o como beneficiosas depende, en parte, de los objetivos y las creencias de cada persona. Además, el proceso de valoración permite comprender por qué las emociones difieren entre las personas en cuanto a intensidad, momento y situación (intensidad emocional) (Bisquerra, 2003).

El proceso de valoración cognitiva también explica el motivo por el que una determinada situación emotiva provoca una emoción en particular para unas personas, y no para otras, y bajo determinadas condiciones (cualidad emocional). Por último, la valoración de una emoción explica el hecho de que la activación fisiológica de la misma depende de la interpretación de la situación que cada persona realiza (Pérez y Redondo, 2000).

Los trabajos de Forgas (2002), exponen que las emociones tienen una fuerte influencia sobre la cognición, de tal manera que llegan a formar parte del desarrollo y bienestar psicológico del sujeto, ya que median en los procesos de atención, percepción y otros.

Por su parte, Lazarus (1977, 1993 citado en Chóliz, 2005), considera que la relación entre cognición y emoción es bidireccional y recíproca, ya que la cognición se encuentra unida a la emoción y la otorga de valor y significado.

Lazarus desarrolla su teoría sobre las emociones tomando como base la teoría cognitiva del estrés que había desarrollado anteriormente. Según esta teoría, en primer lugar, los sujetos realizan un análisis de las consecuencias que puede generar una determinada situación, lo que el autor ha denominado, valoración primaria, y, en segundo lugar, se evalúan los recursos de los que se dispone para enfrentarse a dicha situación, especificado como valoración secundaria (Lazarus, 1966 citado en Chóliz 2005).

En definitiva, y a la vista del cuestionamiento teórico aportado por los estudiosos en el ámbito de las emociones, los procesos cognitivos están íntimamente relacionados con las respuestas emocionales y son una parte necesaria e imprescindible para la expresión de unas determinadas emociones u otras.

2.2. ESTILO DE VIDA APLICADO A LA SALUD

2.2.1. Aproximación teórica al concepto de salud

La tradición histórica sobre una definición de salud ha experimentado una gran transformación desde finales del S. XVIII a la actualidad. Hasta mediados del S.XX, la conceptualización del término salud presentaba un carácter puramente reduccionista, de tal manera que se hablaba de salud cuando existía ausencia de enfermedad, sin tener en cuenta otras variables que podían estar ejerciendo un efecto mediador sobre ésta (Bennassar, 2011), de tal forma que el prototipo de salud estaba definido en términos biológicos (Piédrola, 2008).

A partir de esa época, empieza a desarrollarse una perspectiva del concepto de salud mucho más abierta, tal es así, que Sigerist (1941, citado en Beldarraín, 2002), establece que la salud es algo positivo donde el sujeto acepta de manera alegre las responsabilidades que la vida le impone.

Durante el S. XX, el término salud ha sufrido una evolución gradual derivada de los cambios sociales y económicos, y vinculando las denominadas “enfermedades sociales” a otros factores independientes de la biología o la fisiología. De esta manera, aparecen nuevos elementos que presentan un fuerte vinculación con el concepto de salud, como son los avances a nivel de tecnología y conocimientos médicos, la adopción de un determinado estilo de vida, el mayor conocimiento sobre las causas de las enfermedades y los agentes patógenos, el aumento de la difusión a través de los medios de comunicación, así como otros muchos aspectos relacionados con el mantenimiento de la salud (Girón, 2010). La evolución sufrida en el concepto de salud podemos verla representada a través de la tabla 4.

Tabla 4.*Evolución del concepto de salud*

Conceptualizaciones sobre la salud a lo largo del S. XX
<p>I. Corriente tradicional: la salud se constituye a través de una disciplina reduccionista que se rige por determinantes biológicos y la define como la ausencia de enfermedad.</p>
<p>II. Salud bienestar: aparecen otros elementos que están fuera de lo puramente biológico, como son aquellos con una fuerte influencia sobre el bienestar del sujeto, y que están referidos a la salud mental y el apoyo social.</p>
<p>III. Salud como sistema de adaptación del individuo a su entorno: la salud le confiere al sujeto la capacidad de adaptarse de forma óptima a las condiciones del medio en el que se desarrolla.</p>
<p>IV. Salud como forma de vida: la salud se constituye como una forma de vivir que proporciona felicidad y satisfacción.</p>
<p>V. Salud como elemento principal del potencial humano: la salud permite responder de manera eficaz ante las dificultades que se presentan en el ambiente, desarrollando todo su potencial.</p>

Fuente: Adaptado de Palomino, Grande y Linares, 2014

En este mismo sentido, la OMS (1960), viene a representar una nueva definición positiva basada en una concepción biopsicosocial y holista de la salud, frente al posicionamiento clásico y reduccionista de corrientes pasadas (Gil-Roales, 2004), y según la cual, la OMS (1960), definiría la salud no haciendo referencia únicamente a la presencia o ausencia de patologías orgánicas, sino también teniendo muy presente el nivel de bienestar tanto físico como psicológico y social que manifiestan los individuos. Esta definición, tiene en cuenta tanto las

variables internas del individuo, como las externas o ambientales, de tal manera que ambas interactúan recíprocamente para alcanzar un determinado estado de salud (Bennassar, 2011).

En 1975, empiezan a aparecer lo que se denominan conceptualizaciones dinámicas de la salud, empezando, por ejemplo, con Terris (1980), quien expone una nueva definición de salud, planteando diferentes grados de salud-enfermedad. En concreto, la salud estaría formada por dos vertientes diferentes, por un lado, la subjetiva, que se asocia al estado de bienestar del sujeto y que está relacionada con el nivel o grado de sensación placentera que percibe en el sujeto, y por otro lado, la vertiente objetiva, basada en la limitación de la capacidad de funcionamiento del sujeto en diferentes niveles (figura 2). Esta definición es globalizadora, ya que tiene en cuenta las variables sociales, psicológicas y físicas, tal y como remarcaba la OMS en su definición sobre la salud.

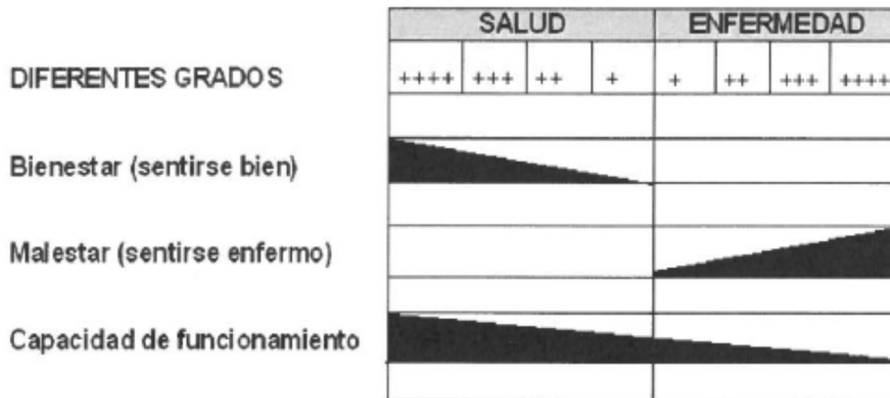


Figura 2. Continuo salud-enfermedad: aspectos subjetivos y objetivos.

Fuente: Terris, 1980

Partiendo de la concepción de Terris, Salleras (1985), completó su definición incluyendo los términos de salud y enfermedad dentro de un continuo donde el sujeto se puede dirigir hacia el estado de pérdida de salud, cuyo fin último será la

denominada muerte prematura, o bien hacia un estado de salud positiva, donde el sujeto podrá alcanzar el mayor nivel de bienestar físico, mental y social que le permitirá aumentar todas sus capacidades. La direccionalidad hacia un posicionamiento u otro va a depender en gran medida de los factores sociales en los que se encuentran inmersos los individuos (figura 3).

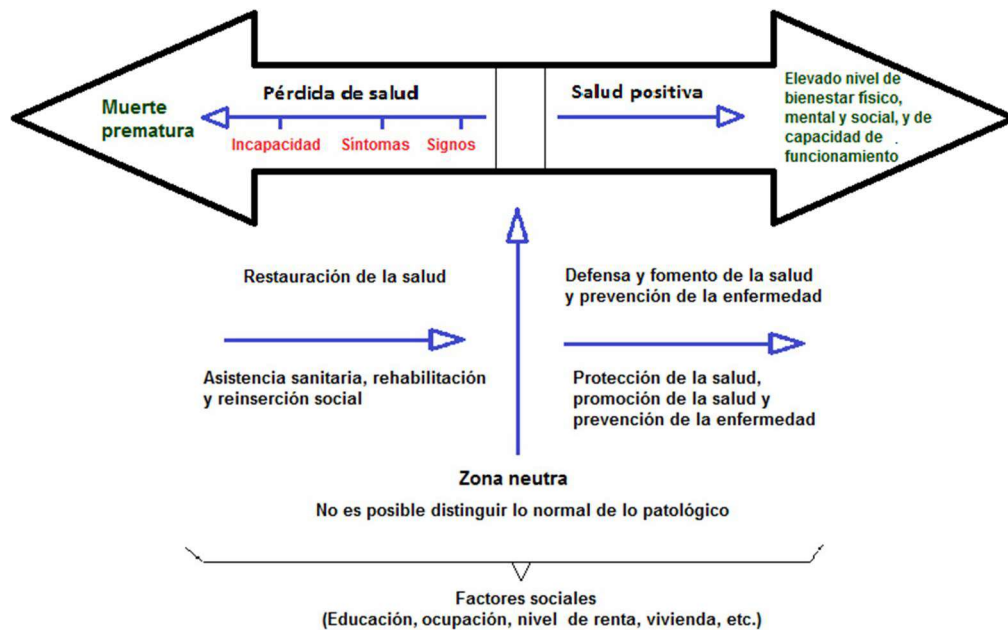


Figura 3. Continuo operativo salud–enfermedad

Fuente: Salleras, 1985.

Estas últimas definiciones dinámicas del concepto de salud, suponen un gran avance respecto de las anteriores, y cuentan con varias ventajas entre las que se incluyen:

- 1) un mayor nivel práctico en cuanto al intento de operativizar el constructo global de salud en ciertos componentes que incluyen bienestar físico, psíquico, social y capacidad de funcionamiento.
- 2) el reconocimiento de la salud como un estrato de niveles que se individualiza en cada persona de forma concreta (Gil-Roales, 2004).

En las últimas dos décadas del S.XX, se han propuesto diferentes matizaciones relacionadas con el concepto de salud, las cuales engloban todos los elementos mencionados anteriormente, de tal manera que en todas ellas, se tienen en cuenta tanto los aspectos objetivos, como los subjetivos (fundamentalmente el bienestar a nivel psicológico y físico) y los sociales, relacionados con la capacidad de adaptación al entorno y la productividad laboral y social (Girón, 2010).

2.3. COMPONENTES Y DETERMINANTES DEL ESTILO DE VIDA RELACIONADO CON LA SALUD

2.3.1. Los determinantes de salud

A partir de la 2ª mitad del S.XX se desarrolla un concepto holístico sobre la definición de salud que integra a todos aquellos determinantes o factores que, en su conjunto, y actuando bajo la interacción de los diferentes estratos que conforman tanto la vida personal del individuo, como las características propias de la sociedad en la que se encuentra inmerso, influyen positiva o negativamente sobre el estado de salud de la población general (Palomino, Grande y Linares, 2014).

En la década de los 60, se introducen nuevas teorías que pretenden conceptualizar el término de salud y describir los determinantes que pueden encaminar al sujeto hacia una pérdida o mantenimiento de la misma. Dentro de estos modelos, destaca en el Laframboise (1973), de carácter holístico y globalizador. Más tarde, toma especial relevancia el modelo de Lalonde (1974), quien establece que la salud viene determinada por 4 factores independientes, desterrando a las teorías clásicas que conceptualizaban la salud únicamente a partir de la ausencia de enfermedad. (Girón, 2010).

Los 4 determinantes presentados por Lalonde (1974) son los siguientes:

1. Biología humana: está relacionada con la parte genética del sujeto y el proceso de desarrollo desde el nacimiento hasta la muerte. Este determinante, fue considerado hasta finales del S.XX como aquel que tenía una mayor dificultad para poder ser modificado, sin embargo, los avances desarrollados en el ámbito

de la ciencia, empiezan a considerar que la condición genética posee un alto porcentaje de responsabilidad en el desarrollo de enfermedades.

2. Entorno ambiental: los teratógenos que se encuentran en el entorno y que actúan como elementos contaminantes pueden influir en nuestro estado de salud. Además, otros factores contextuales como cultura, la sociedad en la que nos encontramos inmersos, etc, pueden originar un elevado número de patologías, cuyos efectos se pueden reducir una vez reconocido el origen de las mismas.

3. Estilos de vida: el consumo de sustancias, la falta de actividad física, los hábitos de alimentación, los elevados niveles de estrés, la sexualidad con riesgos, y otras conductas de salud, son actos voluntarios que exponen al sujeto al deterioro de su estado físico, considerando que es el determinante que ejerce un mayor impacto sobre la salud de los individuos.

4. Sistema de cuidados de salud: la prevención desde diversos sectores de la población, supone un efecto de información que pretende aumentar el grado de control del sujeto hacia la adopción de un determinado estilo de vida, y reducir los riesgos. Sin embargo, hay determinados elementos de carácter económico y burocrático que limitan el buen funcionamiento de los programas preventivos. (Lalonde, 1974).

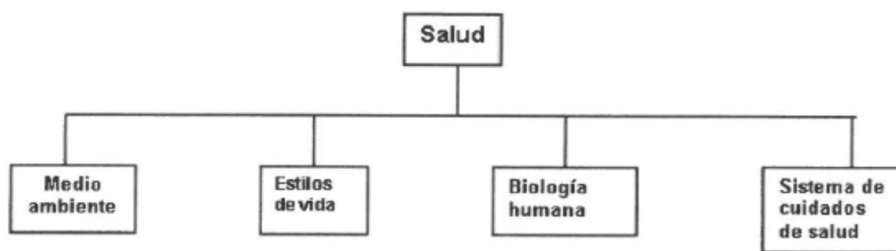


Figura 4. Modelo de determinantes de salud de Lalonde.

Fuente: Adaptado de Colomer y Álvarez-Dardet, (2000).

El modelo de Lalonde, habla de situaciones en las que diferentes elementos causales puede provocar efectos simultáneos, pero, ninguno de éstos elementos actuando de forma independiente puede llegar a producir un determinado efecto. Por lo tanto, será la acción conjunta e integradora de los determinantes de salud los que provocarán consecuencias sobre la misma.

Según el informe Lalonde, los determinantes de salud ejercerían su influencia con la siguiente distribución, representada a través de la figura 5:

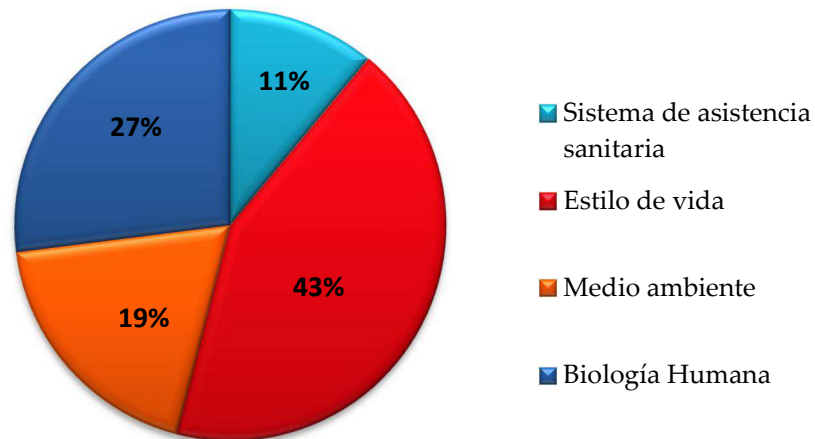


Figura 5. Influencia de los determinantes de salud en la morbilidad y mortalidad.

Fuente: Lalonde, (1974).

Diversas investigaciones desarrolladas en Europa y EEUU tras la publicación del informe Lalonde, han corroborado la importancia que ejercen las conductas de salud llevadas a cabo por los sujetos tras la adopción de un determinado estilo de vida. Estos estudios, consideran fundamental dedicar un mayor porcentaje de los recursos sanitarios a la prevención y promoción de la salud, de tal manera que se pueda invertir la tendencia que indicaba un

porcentaje significativo de gasto sanitario relacionado con patologías derivadas de los estilos de vida (Piédrola, 2008).

En este sentido, Lalonde expone la distribución de asistencia sanitaria relacionándolo con cada uno de los determinantes de salud que influyen sobre el estado físico y mental de los individuos, tal y como se expone en el siguiente gráfico representado en la figura 6:

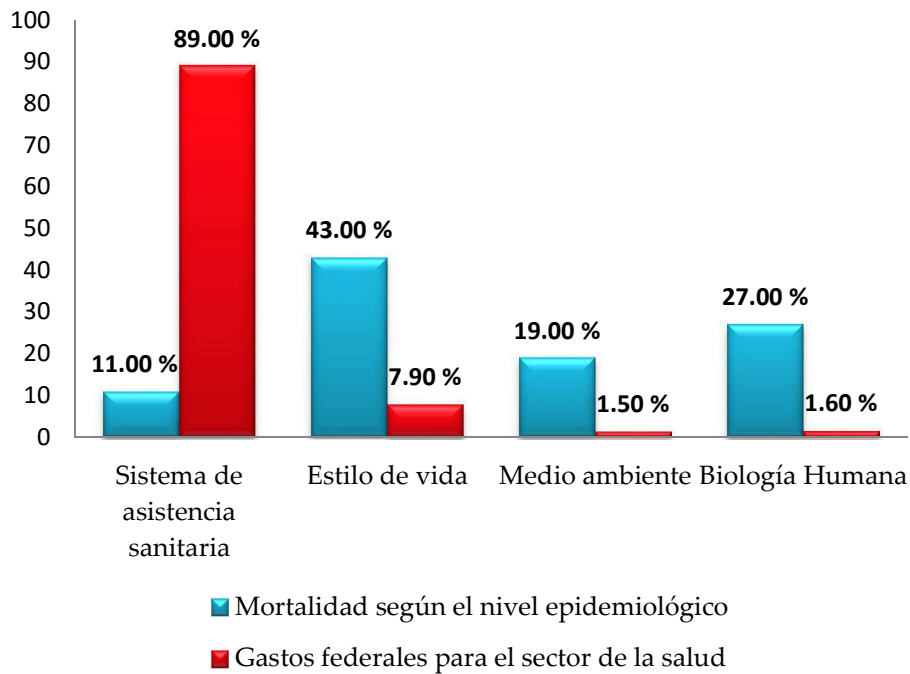


Figura 6. Comparación en la distribución de la mortalidad en el sector salud en EEUU en los años 70.

Fuente: Dever, G.E.A. (1977)

Dever (1977), en el desarrollo de su modelo, realiza un estudio más exhaustivo y detallado del que presentó Lalonde, donde expone que los cuatro grupos determinantes para la salud se encuentran al mismo nivel de significatividad, de tal manera que, se hace necesario un equilibrio entre los

cuatro para conseguir un estado de salud óptimo. Con este modelo, se establece una epidemiología para el análisis de las diferentes políticas de salud (figura 7).

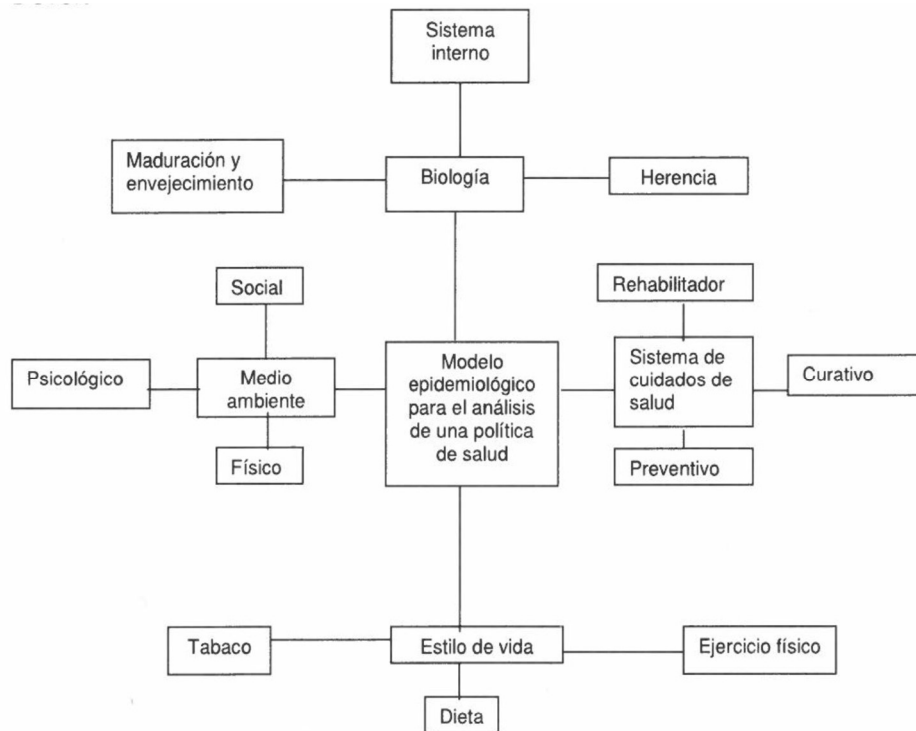


Figura 7. Modelo epidemiológico sobre el análisis de las políticas de salud de Dever.

Fuente: Colomer y Álvarez (2001).

Este autor, expone la existencia de ciertas tendencias alternativas que proponen el desarrollo de una epidemiología de los modos de vida, los cuales reconocen la complejidad de los procesos de salud–enfermedad colectivos, y que en gran medida coincide con las propuestas de ciertas orientaciones antropológicas que colocan el eje de sus descripciones e interpretaciones en la vida cotidiana de los actores sociales, y no en los factores de riesgo (Girón, 2010). A partir de aquí, Tarlov (1989), establece en cinco niveles, los determinantes de salud, desde el más individual, hasta el más colectivo.

Estos cinco niveles estarían representados de la siguiente manera a través de la figura 8 (Piédrola Gil *et al*; 2003):

Nivel 1: Genéticos, psicológicos y físicos.

Nivel 2: Estilo de vida.

Nivel 3: Entorno y la comunidad.

Nivel 4: Medio ambiente (teratógenos contaminantes).

Nivel 5: Costumbres, normas, valores y aspectos políticos de la sociedad (estructura macrosocial).

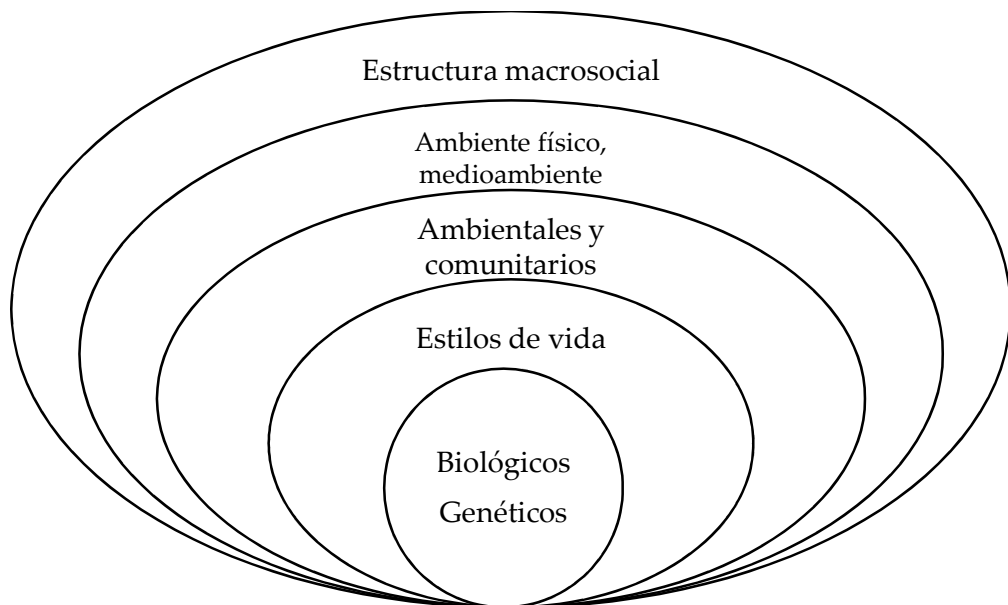


Figura 8. Modelo de determinantes de salud de Tarlov.

Fuente: Piédrola *et al*; 2003.

Todos estos elementos que conforman los determinantes de salud forman un conjunto único, de tal manera que todos se entrelazan y se influyen recíproca y bidireccionalmente entre sí (Girón, 2010).

Continuando por el área de estudio de aquellos modelos que integran los determinantes a nivel social en sus teorías de salud, surge el modelo de capas de Dahlgren y Whithead (1992), el cual divide los determinantes en dos vertientes, proximales y distales, y elabora un sistema de estratos donde se incluyen y desglosan cada uno de los determinantes. En la base del modelo, aparecen los factores biológicos y genéticos como agentes causales de los estados de salud. Sobre ésta 1ª capa, se encuentran los estilos de vida elegidos por los individuos y las características individuales de los mismos. En la siguiente capa, aparecen las influencias comunitarias y el apoyo social, los cuales ayudan al establecimiento de las relaciones de confianza y el cooperativismo entre los grupos. En un nivel más elevado, se encuentran las condiciones de acceso de los sujetos a los sistemas sanitarios, educativos, de vivienda, etc. Otra capa más por encima, encontramos los determinantes relacionados con las condiciones laborales, y, por último, en la capa más externa y alejada de la base, se integran todos los factores vinculados a las condiciones socioeconómicas, políticas y culturales que imperan en la sociedad (figura 9).

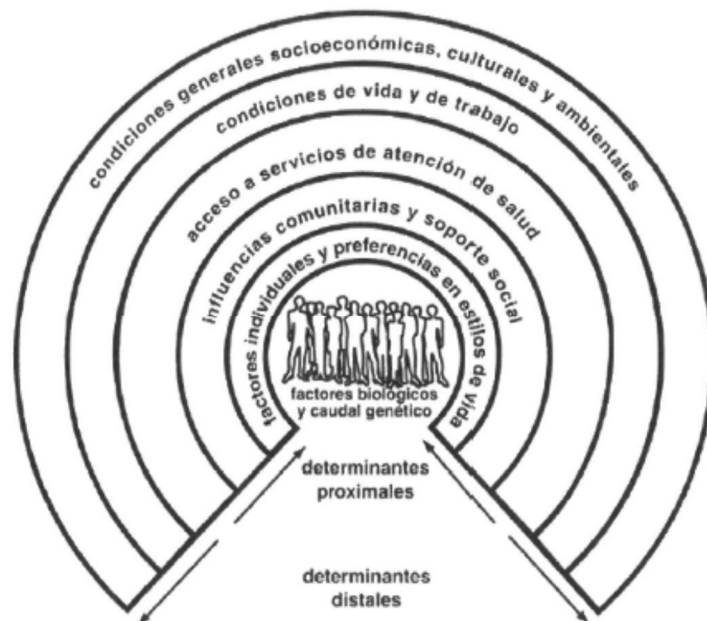


Figura 9. Modelo de determinantes de salud de Dahlgren y Whitehead.

Fuente: Evans *et al*; 2001.

Durante las últimas décadas del S.XX, se impulsaron diferentes campañas de promoción de la salud ante la clara evidencia del efecto tan significativo y consistente que tenían los determinantes sociales sobre la salud del individuo. En este sentido, tuvieron especial relevancia los movimientos dirigidos por la OMS, entre ellos, La Conferencia de Ottawa y la firma de la Carta de Ottawa de promoción de la salud en 1986 (Frías, 2000).

En definitiva, y en relación a la temática que nos ocupa, de todos los determinantes de la salud estudiados, los que están suscitando un interés especial, son aquellos factores que se encuentran dentro del denominado “estilo de vida”, hasta el punto de que se ha estimado que aproximadamente el 43% de la mortalidad, está relacionada con los estilos de vida adoptados por la población, quedando muy por encima de otros agentes causales como puedan ser los genéticos o los derivados del medio ambiente (Gil-Roales, 2004).

2.3.2. Variables que constituyen el estilo de vida relacionado con la salud o estilo de vida saludable

En un trabajo de revisión sobre estilos de vida relacionados con la salud realizado entre 1987 y 1993 (Pastor, 1995; Pastor *et al*; 1998), se observa que las variables introducidas con mayor frecuencia en los estudios observados, son, fundamentalmente, los hábitos alimentarios, el sedentarismo y el consumo de sustancias como las drogas, el tabaco y el alcohol, de tal manera que, algo más del 50% del total de las variables introducidas en las investigaciones corresponden a éstas cuatro.

Las características de las principales variables del estilo de vida relacionado con la salud serían las siguientes:

1. Consumo de alcohol: un consumo moderado es considerado saludable por los expertos en salud, principalmente el consumo de vino (Carbajal, Ortega, 2001). En el ámbito de estudio del estilo de vida saludable, el factor más investigado es sobre la frecuencia de consumo, considerando el tipo de alcohol

consumido. También se recogen datos sobre la edad en la empieza el consumo en población adolescente, y las situaciones en la que los jóvenes suelen beber, así como el grupo de consumidores (no bebedor, bebedor ocasional, bebedor habitual), y la cantidad, en población adulta (Pastor, Balaguer y García-Merita, 1998).

2. Consumo de tabaco: la mayoría de las investigaciones analizan el estatus del fumador (fumador, exfumador o no fumador), la frecuencia de consumo y la cantidad diaria o semanal consumida (Pastor, Balaguer y García-Merita, 1999).

3. Hábitos alimentarios: la mayor parte de los estudios relacionados con este tema se centran en dos aspectos, por un lado, el tipo de alimentación que siguen los sujetos, y por otro, el patrón regular de comidas, basado en el número de comidas diarias y la alimentación sana(Lema *et al*; 2009).

4. Actividad física: esta variable se subdivide a su vez en otras dos, el ejercicio físico y el deporte. Dentro de ellas, se analiza el tipo de actividad que se realiza, la frecuencia, el rol (actividad profesional, competición, élite), así como el nivel de implicación en la misma (Rusell, Delgado y Ortega, 2017).

Junto a las variables descritas, aparecen en un plano más secundario, las relacionadas con el uso adecuado del ocio y el tiempo libre, la cual aparece con mayor importancia en el ámbito de los adolescentes que en población adulta.

A partir del estudio de estas variables clásicas, aparecen a finales de los 80 y principios de los 90, otros factores de preocupación sobre la salud que están referidos a las enfermedades de transmisión sexual, derivadas de conductas sexuales irresponsables, los accidentes de tráfico, y el aumento en el consumo de drogas ilegales, llevando a introducir éstas nuevas variables relacionadas con el estilo de vida en todas las áreas relacionadas con la promoción y prevención de la salud (Pastor, Balaguer y García-Merita, 1999).

Con el paso de los años, los cambios socio-demográficos, poblacionales, culturales, ambientales, etc, han obligado a ir cambiando las variables consideradas determinantes de la salud, adaptándose a los nuevos tiempos y generando diferentes modelos de estudios epidemiológicos a los ya conocidos tradicionalmente.

2.3.3. Variables que constituyen el estilo de vida saludable en población universitaria

A lo largo del tiempo, de la misma manera que observamos una evolución histórica en relación a la conceptualización teórica del término estilo de vida, también se aprecian cambios en cuanto a las distintas variables que se analizan en las diferentes investigaciones. Las primeras, trabajan desde el área de prevención de las enfermedades cardíacas, y las variables de estudio fueron las que clásicamente se habían considerado como factores potenciales de riesgo para este tipo de patologías, como son el tabaquismo, el consumo de alcohol, el sedentarismo y las hábitos de alimentación (Bandura, 1982).

Progresivamente, unido al interés creciente manifestado por la OMS por la educación para la salud, así como la importancia que tiene el adquirir hábitos saludables en la niñez y en la adolescencia para continuar manteniendo un estilo de vida saludable en la edad adulta, ha aumentado tanto el número de estudios realizados en esta población, como el número de variables estudiadas que forman parte del estilo de vida (Pastor *et al*; 1998a).

Durante el periodo universitario, los estudiantes adquieren una serie de hábitos relacionados con los cambios que suponen el ingreso en la universidad. Estos hábitos suelen mantenerse en la vida adulta en la mayoría de los casos, por este motivo, se considera que la población universitaria es un núcleo clave de actuación para los programas de prevención y promoción de la salud, ya que está demostrado, que los estilos de vida adoptados influyen positiva o negativamente sobre el desarrollo psicológico y físico (Sánchez-Ojeda y Luna-Bertos, 2015). Una revisión realizada por estos autores entre los años 2002–2014 concluye que las principales dimensiones estudiadas sobre los estilos de vida saludables en

población universitaria son: los hábitos alimenticios, la práctica de deporte, el consumo de sustancias, las prácticas sexuales y la siniestralidad en la carretera.

Por otro lado, se constata que, por lo general, los jóvenes universitarios presentan una visión positiva sobre su salud, probablemente por la baja percepción que hay del riesgo a estas edades, y además, manifiesta no seguir prácticas saludables, afianzando aún más esta teoría que relaciona la edad con la asunción de riesgos.

El estilo de vida se ha modificado con el paso del tiempo, debido principalmente a los patrones de comportamiento relacionados con las conductas, los conocimientos, las creencias y las experiencias que van generando determinados patrones de conducta que se van adquiriendo a lo largo de la vida, y que se ve determinado tanto por los diferentes contextos con los que el individuo interacciona y se desarrolla, como por el papel que interpreta en cada uno de ellos (Álvarez y Ríos, 2007). Desde esta perspectiva, se proponen dos estilos de vida, el saludable, que incluye conductas protectoras como, realizar actividad física adecuada y constante, tener hábitos alimenticios saludables, manejo adecuado del estrés, dormir lo suficiente y seguir conductas de seguridad entre otras, y el no saludable, que incluye conductas de riesgo como el sedentarismo, la alimentación inadecuada, el tabaquismo, alcoholismo, no dormir suficiente y conductas sexuales desprotegidas, entre otras (Álvarez, Guillén, Ríos y Jiménez, 2011).

Las nuevas exigencias, la competitividad, la incertidumbre sobre el futuro, la presión económica, etc, amenazan el estado de salud mental de los alumnos universitarios. Por otro lado, aparecen otros elementos en el contexto universitario que pueden generar situaciones precipitantes de padecer síntomas de emocionalidad negativa relacionadas con la ansiedad y la depresión. Según Arco, López, Heilborn y Fernández (2005), el ingreso en la universidad, entre otras cosas, puede significar alterar la cotidianidad de los estudiantes debido a los cambios que se sufren por la propia idiosincrasia del entorno universitario, provocando en muchos casos la dejadez de los hábitos sanos llevados a cabo antes de la entrada en la universidad (horas de sueño, alimentación, actividad física, etc). En este sentido, el estudio llevado a cabo por (Álvarez, Guillén, Ríos y

Jiménez, 2011), donde se pretendía evaluar la relación entre el estilo de vida y los síntomas depresivos en estudiantes universitarios de primer año en carreras relacionadas con el área de salud, no se encontraron resultados estadísticamente significativos entre ambas variables, sin embargo, se observó una relación directamente proporcional entre estilo de vida bueno y excelente con grado de depresión leve en la mayoría de las carreras encuestadas, lo cual está directamente relacionado con el mantenimiento o, por el contrario, el deterioro de los hábitos de vida saludables.

2.4. ESTILO DE VIDA Y EMOCIONES NEGATIVAS: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

La emocionalidad negativa está compuesta principalmente por la presencia de síntomas relacionados con la ansiedad, la ira, la tristeza y el miedo. Este tipo de vivencias emocionales son manifestadas por los individuos en muchas de sus experiencias de la vida, considerándose normal, o incluso adaptativa, la experimentación de las mismas (Cano-Vindel, 2000). Sin embargo, en algunas ocasiones podemos encontrarnos una alteración de estas emociones excesivamente acusada tanto en la frecuencia como en la intensidad. Cuando se produce este desajuste, se pueden precipitar diversas patologías psicológicas como trastornos de ansiedad, depresión, que tienen también una repercusión a nivel físico. Además, si la sintomatología ansiosa o depresiva es excesivamente intensa o prolongada en el tiempo, suelen acontecer cambios conductuales que resienten el mantenimiento de unos hábitos de vida saludables, pudiendo generar el inicio de conductas adictivas que ponen en riesgo la salud de los individuos (Piqueras, Ramos, González, Oblitas, 2009).

La ansiedad es considerada como uno de los trastornos más comunes que existen, por lo que sus síntomas pueden percibirse como leves y muchas veces no se les tiene la consideración que se debe, sin embargo, tanto quienes lo padecen como los clínicos que la tratan, reconocen sus enormes efectos sobre la calidad de vida de la personas, la cual se ve seriamente perjudicada a través del distrés, desembocando en una afectación de las relaciones sociales, las actividades laborales y en sí, en la vida general de las personas que lo padecen (González-Celis y Martínez, 2009).

2.4.1. Consumo de alcohol, tabaco y emociones negativas

En la búsqueda de relaciones entre consumo de sustancias (alcohol y tabaco) y emociones negativas (depresión y ansiedad), encontramos diversos estudios que dirigen su foco de atención sobre el entorno universitario, al igual que nuestra población objeto de estudio, de tal manera que analizan la posible existencia de éstas relaciones y otros aspectos importantes sobre los estilos de vida. En este sentido, investigaciones como la de Pérez y Pérez (2012), analizaron la presencia de sintomatología ansiosa, depresiva y trastornos del sueño en universitarios de la Facultad de Educación y su relación con los estilos de vida, encontrando que los estudiantes con peores hábitos de vida (consumo de alcohol y tabaco, ausencia de actividad física de forma regular, y disminución de las horas de sueño) presentaban síntomas de ansiedad generalizada. Por otro lado, una cuarta parte de la muestra había presentado algún tipo de sintomatología depresiva a lo largo de su vida.

Siguiendo esta línea de investigación, otros estudios como el de Pérez, Pérez y Medina (2011), analizaron la prevalencia de ansiedad y depresión y su relación con los estilos de vida en estudiantes universitarios de la facultad de educación de Mérida (Venezuela), constatando que las conductas de salud adoptadas por los estudiantes, como pueden ser, el consumo de bebidas alcohólicas, consumo de tabaco, la ausencia de actividad física y la falta de descanso reparador durante la noche, fueron variables directamente relacionadas con la presencia de síntomas de ansiedad generalizada en los estudiantes universitarios.

Si tenemos en cuenta las comparaciones que podemos realizar entre varios grupos de consumo (no consumidores, consumidores ocasionales y consumidores habituales), se observan diferencias en cuanto a la sintomatología depresiva entre los consumidores ocasionales y los habituales, presentando los primeros menores puntuaciones en dicho estado de ánimo (González *et al*; 2012).

En líneas generales, todas las investigaciones consultadas coinciden en la relación directa y significativa entre el consumo de sustancias y la presencia de sintomatología ansiosa y/o depresiva entre los consumidores. Además, parece

claro el hecho de encontrar diferencias respecto a la gravedad de los síntomas emocionales negativos en función del tipo de consumidor al que estemos evaluando, mostrando mayor sintomatología el consumidor habitual frente al consumidor ocasional.

Por otro lado, es importante tener en cuenta que los estudios consultados están realizados sobre muestras de población no clínica, al igual que la muestra de nuestro estudio, lo cual nos indica únicamente síntomas clínicos de emocionalidad negativa pero, en ningún caso, hablamos de patologías tipificadas por el DSM-5 como trastorno depresivo y trastorno de ansiedad.

2.4.2. Deporte y emociones negativas

Diversas investigaciones han trabajado sobre el estudio de las relaciones entre la práctica deportiva y la presencia de emocionalidad negativa. En esta línea, la mayor de ellas han podido constatar que los estudiantes que practican regularmente actividad física, ya sea a nivel profesional o no, presentan una menor sintomatología en ansiedad y depresión en comparación con las estudiantes sedentarias, considerándose, por tanto, la práctica deportiva, un factor que genera beneficios importantes tanto para el bienestar psicológico como para el físico (Gunell, Crocker, Mack, Wilson y Zumbo, 2014; Jiménez, Martínez, Miró y Sánchez, 2008; Olmedilla, Ortega y Candel, 2010; Teixeira, Carraça, Marklan, Silva & Ryan, 2012;). En este sentido, algunos estudios como el de Ryan, Huta & Deci (2013), contemplan el estudio del bienestar desde dos vertientes diferenciadas, por un lado, la perspectiva hedónica, la cual considera que el estado del bienestar como la ausencia de afectividad negativa por positiva, y por otro lado, la autaimónica, en la que la sensación de bienestar está referida más a una forma plena de vivir, que a una amplificación de la emocionalidad positiva frente a una minimización de la negativa (Cervelló *et al*; 2014). Sin embargo, no todos los autores que han investigado sobre este tema coinciden con esta interpretación. Algunos de ellos, han encontrado resultados contradictorios en las relaciones entre la práctica deportiva y los efectos beneficiosos sobre estado físico y mental de los individuos (Cairney *et al*; 2005; Candel, Olmedilla y Redondo, 2008), e incluso, alguna investigación, aunque son mucho más escasas,

hablan del efecto contrario, es decir, que la práctica de deporte podría aumentar los niveles de malestar psicológico e influir sobre todo negativamente en la sintomatología ansiosa (Cassidi *et al*; 2004).

2.4.3. Hábitos alimenticios y emociones negativas

El acceso a la universidad puede suponer un cambio importante en el estilo de vida los estudiantes, debido, entre otras cosas, a tener que vivir en muchos casos fuera del domicilio familiar, adaptarse a nuevos horarios y actividades, ser responsables de su propia alimentación, etc. Esta etapa se suele caracterizar por la predilección en alimentos procesados, comidas rápidas y preparadas, bebidas azucaradas, y, además, es frecuente la omisión de las comidas principales del día y los picoteos entre horas (Redondo del Río *et al*; 2016).

En relación a las conductas de alimentación en el núcleo de población universitaria, y su posible relación la presencia de emocionalidad negativa, la literatura científica más actual respecto a las variables de estudio mencionadas anteriormente, se centra, en su mayoría, en investigar por un lado, el conjunto de variables que pueden ser predictoras del riesgo a padecer un trastorno de la conducta alimentaria, entre ellas, la presencia de síntomas depresivos y de ansiedad (Hernández y Londoño, 2013; Martínez-González *et al*; 2014; Puccio, Fullen, Ong & Krug, 2016); y, por otro lado, en estudiar el papel mediador de la depresión y la ansiedad en población clínica con sobrepeso u obesidad (Cruz-Sáez, Jimeno, Wlodarczyck, Polo-López y Echeburúa, 2016). En relación a este último aspecto, los resultados encontrados no son concluyentes, ya que no ha sido posible un consenso entre los estudios realizados que demuestre la correlación positiva y directa entre la presencia de sintomatología ansiosa y/o depresiva y la obesidad o sobrepeso medida a través del índice de masa corporal de los sujetos.

Por otro lado, debemos resaltar que la investigación realizada en España con respecto a la comorbilidad psicopatológica es más bien reducida y centrada en población clínica obesa, no encontrándose apenas estudios en población general (Baile y González, 2011), así como la inclusión de otras variables de personalidad como pueden ser la impulsividad y el neuroticismo tal y como se

ha hecho en otros estudios recientes en relación con el trastorno bulímico (Krug *et al*; 2011; Vaz-Leal *et al*; 2014).

2.4.4. Descanso y emociones negativas

El concepto considerado como descanso reparador a través del sueño, está condicionado por múltiples factores tanto a nivel intrínseco como extrínseco. De esta manera, algunos individuos señalan que se sienten plenamente descansados tras dormir únicamente 5 horas durante la noche, mientras que otro grupo de sujetos, precisan de entre 8 y 9 horas para alcanzar el mismo nivel de bienestar que los anteriores. En general, la mayoría de la población necesita de entre 7 y 8 horas de sueño nocturno para conseguir el descanso necesario que permita un funcionamiento óptimo a nivel físico, cognitivo y psicológico. En este sentido, podemos considerar que existen 3 patrones de sueño, el patrón de sueño corto (entre 5 y 6 horas), patrón de sueño medio (entre 7 y 8 horas) y patrón de sueño largo (a partir de 9 horas). A éstos 3 grupos, se sumaría un cuarto correspondiente a un patrón de sueño variable, el cual no tiene una definición clara en cuanto al periodo de tiempo necesario para considerarlo como reparador (Miró, Cano-Lozano, y Buena-Casal, 2005).

Un elemento que recientemente se ha asociado al bienestar psicológico y la salud, es la calidad (Polo-Kantola *et al*; 2014 y Amador, Montero, Beltrán-Carrillo, González-Cutre y Cervelló, 2017) y cantidad del sueño. En este sentido, diversas investigaciones han encontrado que ambas dimensiones se relacionan con una alta variabilidad en el estado de ánimo, presencia de emocionalidad negativa, e incluso afectación en la autoestima, de tal manera que, aparecen diferencias importantes en cuanto al bienestar físico y psicológico, entre aquellos sujetos que manifestaban tener alteraciones del sueño, frente a otros que tenían una buena percepción de su descanso (Borquez, 2011; Cano, Miró, Espinosa y Buena-Casal, 2004; Wong *et al*; 2013,). Siguiendo en esta línea de investigación, el estudio de Miró, Martínez y Arriaza (2006), analizó las relaciones entre calidad y cantidad de sueño informada y presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en población general universitaria, con edades comprendidas entre los 18 y los 26 años, encontrando que la ansiedad presentaba una correlación significativa con la

calidad subjetiva del descanso, pero no con la duración del mismo. Sin embargo, la presencia de estado de ánimo deprimido, si estaba estrechamente vinculada tanto a la cantidad como a la calidad del sueño.

Por otro lado, los sujetos que manifestaban seguir un patrón de sueño corto, experimentan mayor sintomatología relacionada con el estado de ánimo deprimido y la tristeza, en comparación con los sujetos integrados en el grupo de patrón de sueño medio y largo, que no presentan diferencias entre sí.

Tras el análisis de los resultados expuestos en los estudios citados anteriormente, se llega a la conclusión de que el estado de ánimo deprimido parece ser la variable más consistente en cuanto a su relación con los diferentes patrones de sueño, mientras que la ansiedad, sólo resultaría afectada por la calidad del sueño pero no por la cantidad del mismo (Moo, Pérez, Solís y Arankowsky, 2005; Zubeidat, Ortega y Delgado-Domínguez, 2005).

En la población universitaria, se estiman altas prevalencias de alteraciones en los patrones de sueño, y en este sentido, estudios como el de Steptoe, Peacey y Wardle, 2006, investigaron estos patrones en una muestra de estudiantes con edades comprendidas entre los 17 y 30 años de 27 universidades en 24 países, señalando que, el 21% de la muestra duerme poco (entre 6 y 7 horas), entre 8 y 10 horas el 16% y más de 10 horas el 6%, resaltando además, que en ellos, la falta de sueño afecta más a la salud física y psicológica que dormir horas de más. Por otro lado, se ha podido observar que la falta de sueño tiene correlaciones positivas con el padecimiento de síntomas de emocionalidad negativa, sobre todo ansiedad y depresión, aunque también aparece la hostilidad pero con menor peso que las anteriores (Tafuya, Jurado, Yépez, Fouilloux y Lara, 2013).

Diversos estudios de carácter longitudinal y transversal han publicado que el mantenimiento de un patrón de sueño corto (menos de 5,5 horas) y un patrón de sueño largo (más de 9 horas), puede tener efectos perjudiciales para la salud en diferentes grados, mientras que aquellos que duermen 7-8 horas, son los que menos quejas expresan tanto en síntomas físicos como psicológicos. Siguiendo

estas líneas de investigación, estudios recientes sí han demostrado una alta correlación entre las variables de depresión y ansiedad y el padecimiento de insomnio (Cruz-Sáez *et al*; 2016).

Sin embargo, los procesos que pueden actuar como variables mediadoras entre estas relaciones, no han obtenido una contundencia clara dentro de este ámbito estudio (Miró, Láñez y Cano-Lozano, 2002).

Es importante destacar, que la investigación sobre patrones de sueño se ha centrado principalmente en analizar las consecuencias negativas que suponen para la salud una pobre calidad del sueño sobre una población mayoritariamente clínica, es decir que presenta trastornos del sueño. Es por ello, que se hace necesario estudiar el efecto conjunto de la calidad y cantidad de horas de sueño sin la influencia directa de alteraciones clínicas, para poder así, llegar a una mejor comprensión de las relaciones entre el descanso y el bienestar psicológico.

2.5. SALUD Y EMOCIONES NEGATIVAS EN POBLACIÓN UNIVERSITARIA: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

La relación directa que se produce entre lo físico y lo mental, es un hecho que tiene su origen desde los inicios de la medicina. Sin embargo, su abordaje desde un punto de vista del estudio experimental, es mucho más reciente, desarrollando un importante crecimiento en la literatura científica. Derivados de estos estudios, se llega a una conclusión donde la mayor parte de los autores, coinciden en afirmar que las emociones constituyen el proceso psicológico más influyente sobre el estado de salud de los individuos (Adler y Matthews, 1994).

En esta línea, Lazarus (1991), considera que muchas disciplinas donde se incluyen tanto las áreas de la salud (neurología, fisiología, bioquímica, psicología), como ramas del ámbito social (antropología, filosofía y sociología), se han interesado en estudiar los efectos que pueden causar los procesos emocionales, sobre la salud tanto a medio como a largo plazo.

Por otro lado, como avalan Serrano, Rojas y Ruggero (2013), la ansiedad y la depresión frecuentemente se solapan, de tal forma que es común observar sintomatología depresiva con una gran carga de ansiedad y viceversa. De cualquier modo, para estos autores, las principales fuentes ansiógenas de los estudiantes universitarios que generan un menoscabo en los hábitos saludables son: la competitividad, la tecnificación, el exceso de tareas, el futuro incierto y la sobrecarga económica, entre otros.

Como podemos observar, el estudio de las emociones negativas, principalmente de la ansiedad y la depresión, presentan en el momento actual una gran fuerza e importancia en el campo de la investigación psicológica (Piqueras *et al*; 2009).

Un concepto anterior relacionado con el de emociones negativas, es la denominada como afectividad negativa, y entendida desde dos vertientes, por un lado, como un estado emocional transitorio, y, por el otro, como un estado persistente pero de carácter ambivalente de dicho estado, por lo tanto, a través de ella podemos observar la presencia de síntomas relacionados con la emocionalidad negativa que suelen perdurar en el tiempo y varían en función de las situaciones experimentada por el sujeto, además, suele generar estados de preocupación, ira, ansiedad, tristeza, tensión y elevados niveles de neuroticismo (Watson y Clark, 1984). Además, las emociones negativas tienden a presentar un efecto perjudicial para la salud (Martínez-Sánchez y Castro 1994; Fernández y Palmero, 1999). En este sentido, diversos estudios han demostrado que la presencia de emocionalidad negativa en los sujetos ante situaciones ambientales que por sus elevadas exigencias de demanda generan niveles altos de estrés, puede desencadenar determinadas enfermedades relacionadas con el sistema inmunológico, así como el cambio hacia comportamientos de vida poco saludables (Cano-Vindel, Tobal, González e Iruizaga, 1994; Herbert y Cohen, 1993).

Los efectos inmunitarios de la ansiedad no constituyen en sí mismos un agente de patologías concretas, sino que se trata de un factor de riesgo que

aumenta la vulnerabilidad de los sujetos hacia el padecimiento de determinadas enfermedades, derivado, entre otras cosas, de una alteración del sistema inmune (Fernández y Edo, 1994).

La afectación orgánica de las emociones puede repercutir sobre la salud a través de muy diversas vías. En relación a este aspecto, en el siguiente estudio sobre ansiedad en el ámbito laboral llevado a cabo por Fernández, Doval, Edo y Santiago (1993), se analizó la influencia de la ansiedad sobre las conductas de salud en una muestra de 1346 maestros, observándose que las personas que padecen ansiedad presentan hábitos menos saludables en relación al ejercicio físico, los hábitos alimentarios, la calidad del sueño y los hábitos de salud en general, que aquellas personas no sometidas a un estado de ansiedad.

La ansiedad en sí misma, puede considerarse como una reacción emocional de carácter funcional ante determinadas situaciones en las que el individuo tiene que poner en marcha sus recursos de afrontamiento (Sandín y Chorot, 1995), de tal manera que, la ansiedad, siempre y cuando se encuentre en unos niveles óptimos, presenta un carácter adaptativo, ya que nos anticipa ante determinados peligros que podemos manejar con mayor funcionalidad gracias a la puesta de marcha de los procesos cognitivos (percepción, atención, pensamiento, memoria), fisiológicos (acción motora, autonómica), y las respuestas conductuales (evitación, huida, alerta). Estos recursos que se activan gracias a la presencia de la ansiedad, son vitales para afrontar, minimizar e incluso eliminar determinadas consecuencias negativas que podrían darse si nuestro organismo no pusiera en marcha este sistema de activación (Cano-Vindel y Tobal, 2010). Pero aun tratándose de una emoción adaptativa para la supervivencia del individuo, puede conllevar importantes alteraciones del bienestar físico y mental cuando sus niveles superan el umbral considerado como óptimo y se mantiene de forma prolongada en el tiempo, a pesar de la ausencia del estímulo ansiógeno. Por este motivo, los sistemas fisiológicos, cognitivos, conductuales y psicológicos pueden provocar una disminución del sistema de defensas, falta de concentración y atención, síntomas de malestar psicológico, y respuestas conductuales paliativas poco saludables como estrategia de afrontamiento ante una situación desbordante

para los sujetos. Además, puede afectar significativamente al entorno personal, laboral y social de los mismos (Cano-Vindel y Tobal, 2010).

Desde el punto de vista más psicológico, esta mala adaptación ante las exigencias y demandas del entorno que han elevado y prologando los niveles de ansiedad de forma disruptiva, es el núcleo del desarrollo de diversas patologías como pueden ser los trastornos de ansiedad, trastornos ansioso-depresivos, trastornos que tradicionalmente ha sido considerados como neuróticos, trastornos psicóticos, y otros de carácter psicofisiológico (American Psychiatric Association, 2000).

Otro estado de emocionalidad negativa y perturbación psicológica intensa lo encontramos en el estado de ánimo deprimido o la depresión, caracterizado fundamentalmente por la presencia de negatividad. Si hablamos de la depresión como patología clínica diagnosticada, las manifestaciones de los pacientes están relacionadas con el padecimientos de sensaciones de vacío, tristeza, anhedonia, desesperanza, ganas constante de llorar, pesimismo exacerbado, etc. Todo un cuadro clínico que suele presentarse por un período de más de dos semanas. (American Psychiatric Association, 2000).

La depresión, desde el punto de vista de la jerga popular, es un síntoma del estado de ánimo, que, como hemos mencionado anteriormente, puede constituir un síndrome cuando se encuentran aunadas un conjunto de sensaciones y manifestaciones negativas que protagonizan dicho estado afectivo (Serrano, Rojas, Ruggero, 2013).

Los trabajos científicos que estudian las relaciones entre los procesos emocionales y el binomio salud/enfermedad, han priorizado sus esfuerzos en investigar, por un lado, la etiología de tipo emocional que puede influir directamente sobre la aparición de determinadas enfermedades, de tal manera que puedan establecerse relaciones causa-efecto claras entre la presencia y prolongación de emocionalidad negativa en el sujeto, con la aparición y desarrollo de patología diversas de tipo coronario, inmunológico, gastrointestinal,

tensional, etc.), y, por otro lado, el efecto que presenta la inhibición y la expresión emocional sobre el estado de salud de los individuos (Chóliz, 2005).

Tras la revisión de la literatura científica sobre el tema que estamos tratando, parece claro que tanto la ansiedad como la depresión, afectan al sistema inmunológico del sujeto de manera negativa (Herbert y Cohen, 1993). En este sentido, estudios como el de Cohert y Herbert (1996, citado en Sierra, Sánchez y Camps, 2006), exponen que el sistema inmunológico (SI) está modulado por el Sistema Nervioso Central (SNC), el cual, a su vez, se encuentra regulado por un grupo de proteínas y glicoproteínas, producidas por diversos tipos de células, procedentes del sistema endocrino y del propio S.I. Estas células, son las citocinas, que actúan como reguladores sistémicos y que pueden ejercer a su vez acciones sobre el S.N.C, Esta acción de las citocinas, puede estar inducida por estados de ánimo adversos como estrés, ansiedad, depresión, etc, que pueden alterar su equilibrio y por tanto ejercer su influencia en el S.I., con un resultado de inmunodepresión.

Por su parte Lich y Houghton (1993), citado en Sierra, Sánchez y Camps (2006) indican que los procesos de cambio en el S.I. producidos por exceso de producción de citocinas, pueden estar determinados en la aparición tumoral y posterior aparición metastásica. Estos procesos inflamatorios pueden ejercer su influencia en la activación celular y posterior desarrollo del proceso tumoral. A su vez, el estrés emocional derivado de las situaciones neoplásicas, podrían actuar de manera contrarreguladora de las citocinas y promover el desarrollo de metástasis.

Cano-Vindel y Tobal (2000), exponen que, a partir de todos los estudios realizados y de las conclusiones derivadas de los mismos, se han intentado establecer una serie de hipótesis que intenten responder a la vinculación relacional que existe entre la emocionalidad y el estado de salubridad o enfermedad, la cuales podrían ser:

1. La presencia y exposición en el tiempo de altos niveles de sintomatología ansiosa y depresiva, pueden cambiar las respuestas conductuales de los sujetos

hacia su estado de salud, provocando una variación hacia la aparición de comportamientos no saludables, como puede ser el desarrollo de adicciones o cualquier otro tipo de conductas de riesgo que pueden alterar el estado de bienestar físico y mental de los sujetos.

2. La cronificación de la emocionalidad negativa intensa en el sujeto, provoca elevados niveles de activación fisiológica que podrían generar importantes consecuencias negativas en el estado de salud.

3. Los elevados y constantes niveles de activación fisiológica, pueden estar unidos a una depresión del sistema inmunológico, de tal manera que estamos más expuestos a desarrollar determinado tipo de patologías relacionadas con el sistema inmune y de carácter infeccioso.

Los nuevos modelos de salud–enfermedad hacen referencia al estilo de vida como un concepto que abarca un grupo heterogéneo de factores basados en la interacción entre las condiciones del ambiente que nos rodean y las características personales de los sujetos, como pueden ser, las conductas de riesgo para la salud, las creencias de la persona sobre su salud, la capacidad de afrontamiento al estrés o los hábitos adquiridos. Estos factores se unirían a los determinantes biológicos y a otras características psicológicas de los sujetos en el momento de influir sobre el estado de salud de los individuos (Rodríguez, Lemos y Canga, 2001).

En la actualidad se ha llegado al consenso entre los autores de este campo de investigación, de admitir que las alteraciones psicológicas juegan un papel muy significativo sobre la aparición de patologías, pero no constituyen el agente causal y único de las mismas. En este sentido, se habla de una causalidad de múltiples factores de tipo ambiental, genético, cultural, etc, que interrelacionados entre sí pueden actuar como factores predisponentes hacia el desarrollo de determinadas enfermedades, suponiendo una conclusión clave muy importante en el avance de la investigación psicológica actual (Piqueras *et al*; 2008).

Uno de los modelos explicativos sobre la conexión entre personalidad y enfermedad es el descrito por Suls y Rittenhouse (1990), donde describen la estrecha relación existente estilos de vida y personalidad, y como ésta última, se puede considerar un factor precipitante de conductas de riesgo sobre la salud. Se estima tener en cuenta la posibilidad de que la combinación de diferentes hábitos, y no uno sólo, puedan perfilar patrones de comportamiento que expongan al sujeto ante situaciones de riesgo que le conduzcan a adoptar conductas poco saludables para su salud. Además, este modelo también explica que determinados rasgos de personalidad producen estilos de vida estresantes, hecho importante a la hora de investigar las relaciones entre personalidad y enfermedad.

Concretando sobre la incidencia de la sintomatología derivada de la ansiedad y la depresión en población universitaria, en los últimos años, muchos estudios han dirigido sus investigaciones hacia el análisis de la prevalencia de ambas emociones negativas en estudiantes universitarios (Amézquita, González y Zuluaga, 2000; Arboleda, Gutiérrez y Miranda, 2001; Campo y Gutiérrez, 2001; Galli, 2005 y Castellanos *et al*; 2016), llegando a concluir sobre la alta presencia de síntomas de ansiedad y depresión en dicha población, así como el efecto de los mismos sobre variables como el rendimiento académico, el abandono y el bienestar emocional, entre otras (Agudelo, Casadiegos y Sánchez, 2008).

En relación a las numerosas investigaciones llevadas a cabo este campo de conocimiento, podemos decir que la ansiedad, al igual que sucede con la depresión, es uno de los trastornos psicológicos con mayor presencia en el ámbito universitario (Agudelo, Casadiegos y Sánchez, 2008). Por otro lado, en relación con la presencia de síntomas depresivos, aparecen otro conjunto de variables de carácter personal que se relacionan directamente con la presencia de dicha sintomatología en población universitaria, como son, la predisposición genética a padecer depresión, el afrontamiento ante las exigencias académicas, padecer una enfermedad, el consumo de alcohol, etc, (Arrivillaga, Cortés, Goicoechea y Lozano, 2003).

Por último, consideramos importante mencionar que, en el lado inverso, nos encontramos actualmente con datos suficientes para afirmar que las emociones positivas potencian la salud y disminuyen la mortalidad (Vázquez, Hervás, Rahona, Gómez, 2009). Para ello, estudios como el de Pressman y Cohen (2005), proponen que la influencia del afecto positivo en la salud puede explicarse mediante dos modelos, el primero ellos, hace referencia al efecto directo que ejercen las emociones positivas sobre el sistema fisiológico. Según este modelo, las emociones positivas favorecen la adopción de conductas saludables como hacer más ejercicio físico, mejorar el descanso, mantener hábitos de alimentación más equilibrados, y, en definitiva, conseguir un estado de bienestar físico y psicológico que reduce de forma considerable las quejas somáticas de los sujetos.

CAPÍTULO 3. ESTILO DE VIDA Y PERSONALIDAD

INTRODUCCIÓN

A lo largo del siguiente capítulo, expondremos la fundamentación teórica relacionada directamente con la temática de los estilos de vida y las dimensiones de personalidad. Para ello, en una primera parte del capítulo, comenzaremos conceptualizando el término personalidad desde la perspectiva de los diferentes autores en este ámbito de estudio. A continuación, nos centraremos en los modelos teóricos de la personalidad que fundamentan una parte del estudio de esta tesis. En primer lugar, describiremos la teoría factorial de la personalidad de Eysenck como antecedente al modelo de análisis lingüístico de la personalidad formado por los cinco grandes factores de Costa McCrae, a partir del cual hemos basado la metodología de nuestra investigación. En segundo lugar, realizaremos un breve repaso por las dimensiones de personalidad que analiza dicho modelo, focalizando nuestra atención en el neuroticismo, puesto que representa uno de los objetivos de estudio de esta tesis.

En una segunda parte, realizaremos una exposición de las fuentes bibliográficas consultadas, tras un riguroso trabajo de búsqueda sobre material científico referente al estudio de las relaciones entre los estilos de vida y las dimensiones de personalidad propuestas en el modelo de los cinco grandes de Costa y McCrae. Además, incluiremos la descripción de dos variables demográficas como son el género y los niveles de neuroticismo en la población universitaria objeto de nuestro estudio.

Por último, analizaremos las relaciones entre personalidad y emocionalidad negativa, centrándonos en las emociones de ansiedad y depresión, donde describiremos de manera más detallada las manifestaciones clínicas sintomáticas de ambas, y la producción científica y experimental que avalan el fundamento teórico en cuanto al estudio de dichas relaciones.

3. CONCEPTUALIZACIÓN DE PERSONALIDAD

Como suele ocurrir con muchos otros términos en el campo de la psicología, no existe una definición del término personalidad compartida. Lo que encontramos, es una definición con muchas variaciones según la posición y corriente teórica en la que se enmarcan los autores (Pelechano, 1999).

Eysenck (1947, citado en Moreno 2007) proponía en una de sus primeras obras que: “la personalidad es la suma total de los patrones de conducta, actuales o potenciales, de un organismo en tanto que determinados por la herencia y el ambiente” (p. 23).

Para Allport (1961): “la personalidad se puede definir como la organización dinámica de los sistemas psicofísicos del individuo que determinan sus conductas y pensamientos característicos” (p.28). Esta definición habla de un modelo de la personalidad descrito a partir de los rasgos, de tal manera que se describe a partir de elementos que permanecen estables y que son duraderos en el tiempo.

La personalidad es de tipo variable y exige la unidad del cuerpo y la mente para su correcto funcionamiento, y donde los elementos de carácter psicológico, son aquellos que motivan y dirigen las acciones de los sujetos, así como el comportamiento y pensamiento de los mismos. Todo ello, tiene un carácter único y exclusivo para cada individuo, y la forma de ejecutarlo es un fiel reflejo de su capacidad de adaptación al ambiente (Di Caprio, 1976).

Más recientemente, Pelechano (1995), gran estudioso de este campo de la psicología científica, ha expuesto la personalidad como aquello que identifica a un sujeto a lo largo del ciclo vital.

La revisión del tratamiento que en el marco de la psicología científica se ha venido haciendo del término “personalidad”, indica una gran diversidad significativa, no existiendo una definición que genere un núcleo de consenso común entre los estudiosos e investigadores de este campo de conocimiento. No obstante, Bermúdez (1986), destaca una serie de elementos comunes a los diferentes conceptos de personalidad:

1. La personalidad abarca el comportamiento observable y manifiesto (externo), así como el no detectable o privado (interno).
2. Implica la noción de consistencia en función de características permanentes, internas y estables.
3. No lleva implícito juicios de valor.
4. Considera el carácter único de cada individuo.
5. Se trata de un constructo hipotético puesto que la personalidad carece de consistencia real.

En una definición más actual, encontramos la aportación de Smith y Gallo (2001), quienes proponen que: “la personalidad se refiere a los procesos a través de los cuales los pensamientos, emociones y conducta individuales son coherentes dentro de patrones significativos en el tiempo y a través de las situaciones”(p 140).

En el origen de la construcción de la personalidad encontramos el binomio herencia–ambiente, de tal manera que, la genética constituye una base a través de la cual los individuos responden ante el mundo, mientras que el entorno ambiental proporciona elementos para interpretarlo, otorgando de significado a los estímulos, y modulando las conductas de respuesta ante ellos. La influencia bidireccional y recíproca entre ambiente y herencia, va dando forma a la personalidad con el paso del tiempo, de forma que una personalidad consolidada sería el producto total de la biología, más la genética, más los procesos de aprendizaje.

Por otro lado, siguiendo la tradición psicosomática de la personalidad como elemento de estudio que nos interesa para la elaboración de esta tesis, es importante recalcar que, según las investigaciones realizadas, y de las cuales hablaremos en otros apartados más adelante de este capítulo, algunos rasgos de personalidad podrían predecir el padecimiento de determinadas enfermedades como consecuencia de la adopción de conductas poco saludables por parte de los sujetos, como pueden ser el hábito tabáquico, el consumo de alcohol, los malos hábitos de alimentación, la falta de actividad física y la calidad y cantidad del descanso, entre otras.

3.1. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA PERSONALIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS MODELOS FACTORIALES: MODELO DE LOS 3 FACTORES DE PERSONALIDAD DE EYSENCK

Eysenck (1987), propone un modelo de la personalidad constituido por una jerarquía de conductas que fluctúan según su grado de importancia y generalidad. En el nivel I, tenemos las respuestas específicas, las cuales hacen referencia a parcelas particulares de la conducta, comportamientos o pensamientos que pueden observarse y constituir características del individuo. En el nivel II, aparecen las respuestas habituales, constituidas por aquellas que tienden a repetirse en circunstancias similares. En el nivel III, se encuentran los rasgos, denominados como características inferidas a partir de la conducta observable como un conjunto de diferentes respuestas habituales que aparecen juntas (sociabilidad, irritabilidad, impulsividad, etc). Por último, en el nivel IV, aparecen las dimensiones representando el nivel más amplio de la jerarquía y constituyentes en tres tipos de personalidad, extraversión-introversión (E-I), neuroticismo (N) y psicoticismo (P) (Eysenck y Eysenck, 1987).

La teoría de la personalidad de Eysenck corresponde a las teorías de tipo dimensional o factorial, las cuales consideran que la personalidad se compone de diversos factores o dimensiones, de carácter continuo, sobre las que se pueden cuantificar las diferencias individuales (Mayor y Pinillos, 1989). El término dimensionalidad es un concepto que implica, por un lado, la existencia de un número limitado de dimensiones de la personalidad, y por otro, que tales

dimensiones se presentan formando un continuo a través de las cuales las personas se pueden ir ubicando (Pelechano, 2000).

Eysenck (1982), estableció en un primer momento dos dimensiones básicas de la personalidad, extraversión–introversión y neuroticismo–estabilidad, a las que posteriormente añadió una tercera dimensión que denominó psicoticismo. Finalmente, en 1987, definió las 3 dimensiones básicas de la personalidad en: Neuroticismo (N), Extraversión (E), y Psicoticismo (P). A partir de estas 3 dimensiones, los sujetos son identificados en algún lugar del continuo que estos suprafactores generan, de tal manera que se podrá caracterizar a los sujetos en función de su nivel de psicoticismo, neuroticismo y extraversión. Sin embargo, esto no significa que el individuo se incluya necesaria y únicamente en una sola de las tres de dimensiones, sino que puede presentar características de cada una de ellas, puesto que no son mutuamente excluyentes entre sí.

Además, de las 3 dimensiones mencionadas anteriormente, Eysenck (1990), incluyó en su teoría de la personalidad una cuarta dimensión, denominada “inteligencia general o factor g”, donde se incluían elementos relacionados con los procesos cognitivos. Este carácter distintivo, hizo que ésta dimensión se independizara de las otras tres, ya que estaban más vinculadas a los aspectos temperamentales que a los intelectuales.

Respecto a la descripción que Eysenck (1987), realizó de cada una de las dimensiones, el neuroticismo es aquella que más repercusión ha tenido en el ámbito científico por su estrecha vinculación con el desarrollo de posibles patologías físicas y psicológicas, ya que afecta a determinadas áreas del comportamiento, y consideró el neuroticismo como una dimensión de la personalidad que representa la parte emocional del individuo, y, que no tiene que significar, necesariamente, una dimensión que exprese una conducta anormal. En este sentido, los sujetos con alta emocionalidad presentan una elevada sensibilidad e inestabilidad emocional, mientras que en el lado opuesto, las personas con baja emocionalidad, son más frías e insensibles pero más estables.

Eysenck (1990), consideró que las bases neurológicas del neuroticismo están relacionadas con el sistema límbico (septum, hipotálamo, amígdala, hipocampo), áreas que tradicionalmente se han considerado como responsables de las emociones y determinantes del grado de emocionalidad de los sujetos, sin embargo, como el mismo autor admitió, las relaciones entre el neuroticismo y su origen biológico son claramente inconsistentes (Smitch *et al*; 2010).

Un individuo con elevadas puntuaciones en neuroticismo muestra tendencia a presentar síntomas depresivos, ansiosos, baja autoestima, tensión, sentimientos de culpa y en general todo aquello que conocemos como emocionalidad negativa (Eysenck, 1990).

Por otro lado, la extroversión podría considerarse como la expresión de la emocionalidad positiva, donde el individuo con puntuaciones altas, presenta cualidades para ser asertivo, en búsqueda constante de sensaciones nuevas, espontáneo, activo, con necesidad de socialización, con tendencia a no preocuparse y ciertos rasgos de dominancia (Eysenck, 1990).

Por último, la dimensión de psicoticismo, cuando presenta puntuaciones elevadas en el sujeto, puede contener manifestaciones clínicas importantes que precipiten una patología psiquiátrica en cualquier momento de la vida de la persona. De esta manera, encontraremos a un individuo con alto nivel de impulsividad, egocéntrico, con escasa sensibilidad emocional, tendente a la agresividad y la hostilidad en sus comportamientos, frío, rígido y carente de empatía (Eysenck, 1990).

El acercamiento propuesto por Eysenck ha sido catalogado de diversas formas: tipológico, factorial o psicométrico, experimental, biológico, o como lo denomina Eysenck, biosocial. Esta diversidad de términos se justifica a partir de los diversos niveles contemplados en su modelo, de modo que para Eysenck nacemos con un tipo particular de cerebro (nivel 1), que da lugar a diferencias en el funcionamiento psicofisiológico (nivel 2), que predispone a la persona a manifestar diferencias en los procesos psicológicos (nivel 3), que conduce a que la

personas posea un tipo particular de personalidad (nivel 4), que la hace propensa a todo un conjunto de fenómenos especiales en cuanto a comportamiento social y enfermedad mental.

Eysenck (1985), hizo hincapié en afirmar que la estructura de la personalidad está determinada genéticamente y que se puede estudiar de forma experimental, de tal manera que, partiendo de su modelo, se podrían reducir los múltiples comportamientos directamente observables de los individuos a un pequeño número de variables, las cuales se podrían conectar unas con otras mediante leyes, y otorgarían a los profesionales de la psicología la capacidad para predecir conductas futuras y no sólo comprender los acontecimientos pasados.

Sin embargo, Eysenck (1990), señala que la evidencia empírica en relación con la teoría del neuroticismo es limitada debido a diversas razones. Por una parte, las medidas psicofisiológicas no presentan tanto nivel de sensibilidad como para reflejar diferencias en la actividad producida en el sistema límbico. Junto a ello, encontramos también el problema de la especificidad de la respuesta, y los efectos de techo y umbral. Por otra parte, la evidencia procedente del laboratorio es limitada por razones éticas, ya que manipular la estimulación emocional con el fin de inducir estados emocionales fuertes, ni resulta correcto, ni debe hacerse por motivos éticos y morales.

3.2. EL NEUROTICISMO Y LA EMOCIONALIDAD NEGATIVA

El neuroticismo constituye una dimensión de la personalidad cuyas características diferenciales indican una tendencia del sujeto al padecimiento de sintomatología relacionada con la emocionalidad negativa, así como a al riesgo de presentar respuestas conductuales inadecuadas relacionadas con dichas emociones (Costa y McCrae, 1987). En este sentido, las preguntas que podríamos hacernos serían, ¿por qué el neuroticismo como factor de personalidad está íntimamente vinculado con la presencia de emociones negativas?, y a partir de aquí, ¿por qué los sujetos se comportan de la manera en la que lo hacen cuando la presencia del neuroticismo adquiere relevancia entre sus variables de personalidad?

Para contestar a estas preguntas, tenemos que dirigirnos a las bases biológicas del neuroticismo, y más concretamente, tal y como hemos señalado anteriormente, al sistema límbico, considerado como el responsable máximo de esta dimensión (Eysenck, 1967). El nivel de actividad experimentado en el área responsable de las emociones, determinaría el grado de emocionalidad de los individuos (Michel, 1994).

Diversos estudios como los de (Gray *et al*; 1990, citado en Smith, 2010) han constatado la importante relevancia de determinadas estructuras cerebrales implicadas en la sensibilidad a los estímulos de ansiedad, coincidiendo muchas de ellas con las que Eysenck propuso como responsables del neuroticismo. En esta misma línea, Zuckerman (1992), observó una vinculación entre diversos sistemas cerebrales y las respuestas de ansiedad, concretamente con la amígdala, una estructura que además presenta proyecciones hacia otras partes del cerebro como el hipotálamo, directamente implicado en la presencia de emocionalidad adaptativa como el miedo, y emocionalidad negativa como la ansiedad. Siguiendo esta línea, en otro estudio realizado por Schmidtke y Heller (2004), se descubrió la existencia de un mayor nivel de actividad relativa en el lóbulo parietal y temporal posterior del hemisferio derecho, en las personas que presentaban mayores puntuaciones en neuroticismo.

Las particularidades de esta dimensión propiciaron numerosas investigaciones relacionadas con los cambios electrofisiológicos que suelen derivarse de la ansiedad sobre el sistema nervioso simpático, y que suelen ser, el aumento de la frecuencia cardíaca, de la sudoración, de la temperatura corporal, de la tensión muscular y de la presión arterial. A partir de estos estudios, se habló de las posibles relaciones directas entre el elevado nivel de neuroticismo y los cambios en la activación fisiológica de manera muy similar a los que se producen ante la ansiedad. Sin embargo, Brody y Ehrlichman (2000), señalan que se ha tenido escaso éxito a la hora de vincular neuroticismo con medidas psicofisiológicas de activación autonómica. Estos autores consideran la existencia de dos elementos que dificultan en gran medida la posibilidad de encontrar

relaciones consistentes entre ambas variables, y que son, la forma específica en que cada sujeto responde ante determinadas situaciones.

Eysenck (1985), describió el neuroticismo por unos factores que vienen definidos por los siguientes elementos: personalidad poco definida, mal organizada, rasgos de dependencia, poca vitalidad, escasos intereses, dificultades para concentrarse, sentimientos de pena sobre sí mismos, sentimientos de culpa y oscilaciones del estado de ánimo.

A nivel emocional, las personas con puntuaciones altas en neuroticismo, tienden a experimentar diversa sintomatología relacionada con la emocionalidad negativa como puede ser, el exceso de preocupación por cosas de escasa relevancia, obsesividad, angustia, ansiedad, etc, síntomas todos ellos que suelen desencadenar quejas somáticas difusas y predisponen al sujeto a padecer trastornos neuróticos. Sin embargo, el hecho de que un sujeto manifieste puntuaciones elevadas en neuroticismo, no indica necesariamente que vaya a presentar un desajuste emocional o una respuesta conductual desadaptada a nivel social, laboral y en definitiva en todos los ámbitos de su vida.

El neuroticismo es una dimensión amplia de la personalidad que representa diferencias individuales en la medida en que una persona experimenta el mundo como amenazante, problemático o preocupante, y por ello se ha convertido en una de las dimensiones más estudiadas de la personalidad humana. Tiene fuertes e importantes asociaciones con el estrés, la angustia y la insatisfacción. De hecho, los datos existentes indican claramente que altos niveles de neuroticismo llevan a un malestar prolongado y extendido, tanto en los individuos neuróticos como en las personas cercanas a ellos. Estos datos han provocado la visión errónea de que el neuroticismo es una mala adaptación inherente. Para corregir esta visión, se ha enfatizado en que el neuroticismo es una parte importante de un sistema que ha evolucionado para proteger a los organismos de la amenaza y el peligro. Debido a las funciones protectoras de este sistema, niveles extremadamente bajos de neuroticismo pueden esperarse que aumenten la vulnerabilidad del individuo ante varios tipos de amenazas. En

consistencia con este argumento, parece que el neuroticismo en realidad podría llegar a jugar un papel activo y beneficioso en la conciencia relacionada con la salud siempre que se mantengan sus niveles escasamente alterados (Chang & Sanna, 2003).

3.3. ANÁLISIS LINGÜÍSTICO CONTEMPORÁNEO DE LA PERSONALIDAD: MODELO DE LOS 5 GRANDES FACTORES

3.3.1. Antecedentes del modelo lingüístico contemporáneo de la personalidad: tradición factorial y rasgos

El concepto de “rasgo” es uno de que los más repercusión han tenido en el campo de la investigación de la psicología de la personalidad (Romero, 2005). Allport (1974), definía los rasgos como las predisposiciones que presenta el sujeto a responder ante el ambiente de forma coherente y estable ante una amplia variedad de estímulos.

Las principales característica de los rasgos son (Allport, 1974):

1. No se tratan de constructos hipotéticos sino de predisposiciones reales que se encuentran determinadas en cada persona.
2. Entran en interacción con el ambiente, y partir de aquí se convierten en los agentes causales del comportamiento de los sujetos.
3. Tienen la propiedad de poder ser demostrados empíricamente. Para ello, debemos realizar una observación del comportamiento de los sujetos a lo largo del tiempo y determinar la coherencia de las respuestas conductuales de éstos ante situaciones que tengan características similares.
4. Están interconectados, de tal manera que pueden superponerse aunque constituyan características diferentes.
5. Pueden verse alterados por la situación, y que el sujeto muestre rasgos completamente contrarios si las características de la situación varía.

En resumen, cuando hacemos referencia al concepto de “rasgos”, hablamos de tendencias relativamente estables del comportamiento que dan

respuesta a las diferentes situaciones del ambiente, y que se presentan con cierta consistencia y estabilidad a lo largo del tiempo (Sánchez y Ledesma, 2007).

Es importante resaltar que, en esta última definición del concepto de “rasgo”, surgen dos líneas de investigación que parten de un denominador común basado en el interés por identificar la estructura de la personalidad. Por un lado, aquella versión que considera los rasgos únicamente como tendencias de los sujetos que se reflejan en sus diferentes modelos de comportamientos y que permanecen con pocas variaciones en el tiempo, (Romero, 2005). Por otro lado, las líneas que consideran a los rasgos como elementos endógenos y determinados genéticamente, con los cuales ya nacemos, y por lo tanto, tenemos predispuestos biológicamente (Sánchez y Ledesma, 2007).

Entre los autores precursores de los modelos de rasgos, encontramos la teoría de Eysenck, a la que hicimos referencia anteriormente en este capítulo centrándonos en las aportaciones teóricas que están más relacionadas con el objetivo de nuestro trabajo.

Los modelos de rasgos más actuales surgen de la unión entre dos vías de investigación de la personalidad, por un lado, la factorial (más tradicional), y, por otro lado, la denominada como hipótesis léxica, cuyo principal exponente es la consideración del lenguaje como una fuente de datos que puede describir y definir de manera altamente fiable las características de la personalidad humana (John y Srivastava, 1999; McCrae y John, 1992).

Para la hipótesis léxica, todos los términos relacionados con la personalidad estaban incluidos en el diccionario del lenguaje natural de los sujetos, el cual proporcionaba un sistema de identificación muy útil para el uso de los sujetos en su cotidianidad (John y Srivastava, 1999).

Podemos retrotraernos a las décadas de los años 20 y 30 del S. XX para encontrar diversos autores como Galton y Thurstone que ya habían intentado aislar los rasgos básicos de la personalidad a partir de características expresadas

como adjetivos en los diccionarios, sosteniendo la ya existencia de una estructura de la personalidad de cinco factores.

El tema resurgiría con fuerza a partir de los estudios de Allport y Oldbert (1936), para encontrar el origen de este modelo léxico y el análisis sistemático del mismo. Estos autores, realizaron un estudio de los términos léxicos de la personalidad que consideraron más relevantes, incluyendo todos aquellos que aparecían en inglés y que podían utilizarse para distinguir el comportamiento entre los seres humanos. A partir de aquí, llegaron a aislar 17.953 términos relacionados con adjetivos descriptivos de la personalidad (John y Srivastava, 1999), los cuáles, se reducirían a 4.500 en posteriores trabajos. A partir de ésta inmensa lista, que en términos de funcionalidad era inasumible, Cattell (1943), la redujo a través del análisis de novedosos estudios, a 16 factores de personalidad de tipo primario, a partir del cuales pudo desarrollar el denominado "16 PF" o lo que es lo mismo, el cuestionario de los 16 Factores de Personalidad.

En los años 60, continúan con fuerza diversas líneas de investigación que corroboran el análisis factorial de la personalidad a través de cinco grandes factores (Sanz, Silva y Avia, 1999). Sin embargo, estas líneas de investigación no continuarán sus trabajos hasta los años 80 debido a las fuertes críticas que recibieron tanto a nivel metodológico como por la controversia que suscitó entre los teóricos de la época el concepto de rasgo.

3.3.2. El modelo de los cinco grandes factores de personalidad

A finales de los años 80 y principios de los 90, tras una profunda crisis sufrida por la disciplina de la psicología de la personalidad, empieza a resurgir de nuevo centrando su desarrollo en un interés creciente por el estudio factorial de la personalidad y el modelo de rasgos (Sánchez y Ledesma (2007).

A principios de los años 60, algunos autores ya propusieron una estructura factorial de la personalidad. Tupes & Christal en 1961, junto a Norman en 1963, descubren una estructura de cinco factores de la personalidad (penta factorial), que se constituyen con el fundamento de la misma, y a partir de

las cuáles se derivarán adjetivos descriptivos relacionados con la personalidad que completan cada uno de los factores (Tupes y Christal, 1992; Jhon y Srivastava, 1999). En este sentido, las cinco denominaciones factoriales fueron las siguientes (Sánchez y Ledesma, 2007):

1. Extraversión o surgencia.
2. Amabilidad.
3. Responsabilidad.
4. Estabilidad emocional.
5. Cultura

Cada uno de estos factores se denominaron como “grandes” por Goldbeg en 1981, queriendo reflejar que cada uno de ellos puede abarcar de una manera muy amplia a otros factores más pequeños que se integran dentro del primero. De esta manera, cada dimensión “grande”, presenta toda una serie de características distintivas y mucho más concretas de la personalidad, independientemente del lenguaje o la cultura (John y Srivastava, 1999).

Partiendo del modelo de Catell del 16 PF, McCrae y Costa (1990), introducen una variación metodológica basada en el uso de cuestionarios constituidos por frases completas en lugar de adjetivos para evaluar la personalidad de los sujetos. Además, consideran la posibilidad de que las pruebas evaluativas puedan ser autoadministradas. Estos autores consideran los rasgos de personalidad como tendencias de tipo endógeno, donde el aspecto genético juega un papel fundamental en el desarrollo de los patrones de comportamiento, y se consideran independientes de las influencias ambientales (Plomin, Defries, McClearn, McGuggin, 2002).

El modelo de los “Cinco Grandes”, se basa en la fundamentación de cinco dimensiones de la personalidad que son capaces de abarcar la mayoría de los rasgos de personalidad existentes (Sánchez y Ledesma, 2007). Estos rasgos son independientes de la cultura en la que se encuentre inmerso el sujeto, y muestran una tendencia a permanecer relativamente estables durante toda la vida (McCrae

y Costa, 1990). De esta manera, cada individuo nacería con una predisposición genética e innata sobre lo que será la constitución de su personalidad, teniendo en cuenta, que ya, desde los primeros momentos, existirán elementos determinados de la misma (Sánchez y Ledesma, 2007).

En este sentido, McCrae, Costa, Eysenck y Cattell, se han posicionado sobre la teoría de una base genética, estable y universal de los rasgos, aunque McCrae y Costa, con su modelo de los cinco factores de personalidad, afinan mucho más, dejando atrás el escaso modelo de Eysenck que postulaba tres factores, y el excesivo modelo de Cattell con sus 16 factores de personalidad (Romero, 2005).

El instrumento ideado específicamente para Modelo de los Factores es el NEO-PI-R, cuya medición está basada en las cinco dimensiones y sus facetas. Estas dimensiones, Neuroticismo (N), Extraversión (E), Apertura a la experiencia (O), Amabilidad (A) y Responsabilidad (R), no aparecen en el mismo momento, sino que, la Extraversión y el Neuroticismo son identificados y definidos por Wiggins (1968), mientras que Costa y McCrae (1976, 1985) añaden la tercera dimensión, la Apertura a la experiencia, y más tarde, introducen la Amabilidad y la Responsabilidad.

La estructura de la personalidad basada en los cinco factores parece claramente fundamentada en la combinación de factores genéticos y ambientales (McCrae *et al*; 2000). Más tarde, la investigación se centró en la identificación, por un lado, de la parte de la personalidad atribuible a factores genéticos, y por otro, a factores ambientales, así como a la constituida por la combinación de ambos factores. Esta diferenciación se hizo con cada uno de los rasgos que incluye el modelo (Jang *et al*; 2005)

3.3.3. La evaluación de la personalidad desde el del modelo de los cinco grandes

Una de las principales características del modelo de los cinco grandes es su fehaciente interés por la evaluación de la personalidad. En este sentido, existen diferentes herramientas destinadas a tal fin, y por ello, nos detendremos en

describir el cuestionario de personalidad de Costa y McCrae (1999), puesto que, entre otras cosas, es el instrumento de evaluación de la personalidad utilizado en nuestra investigación.

La prueba diseñada por ambos autores y considerada como la de mayor relevancia dentro del marco de los cinco grandes, es el Inventario de Personalidad NEO-PI-R (Costa, McCrae y Dye, 1991; Costa y McCrae, 1992 a y b), divulgado y resumida por Costa y Widiger (1994), donde se incluyen las denominadas facetas, que están consideradas como factores de segundo orden y que se encuentran integrados dentro de cada factor “grande” (Plomin *et al*; 2002).

Para el diseño del Inventario NEO-PI-R, se llevó a cabo un análisis de los ítems que componen cada escala con el fin de poder seleccionar, de entre todos los propuestos, aquellos que eran más consistentes con la definición de cada una de las escalas. Posteriormente se llevó a cabo un análisis correlacional y factorial de las escalas así construidas, lo que dio lugar a una estructura de cinco factores.

El primer factor, conceptualizado como neuroticismo, está ligado a aspectos relacionados con el bienestar, o, por el contrario, con el malestar psicológico, así como con la presencia de emocionalidad y afecto negativo. Fundamentalmente evalúa la tendencia del sujeto a experimentar síntomas relacionados con emociones negativas de tristeza, ira, miedo, culpabilidad, entre otras. Las facetas que integran este factor son: ansiedad, desde el punto de vista de la tendencia hacia la preocupación, el agobio, la obsesividad y la experimentación de miedo. La hostilidad, como tendencia a manifestar ira y enojo. La depresión, con la presencia de síntomas relacionados con la tristeza, la culpa, el desasosiego y la soledad. La timidez, relacionado con la ansiedad social y, la impulsividad y la vulnerabilidad al estrés, que expresan la tolerancia a la frustración y la capacidad para manejar situaciones con alta carga tensional.

El segundo factor se ha denominado extraversión o surgencia en algunos modelos, y analiza las posibilidades del sujeto hacia la sociabilidad, la empatía, la forma asertiva del lenguaje y la comunicación, y la capacidad para iniciar y

mantener conversaciones con los demás de manera eficaz. Las facetas que lo componen son: cordialidad, gregarismo, asertividad, actividad, búsqueda de emociones y emociones positivas.

El tercer factor, la apertura a la experiencia, evalúa la capacidad creativa, el sentido estético, el autoaprendizaje intelectual a través de la curiosidad, la capacidad introspectiva y el afán por conocer cosas nuevas. Las facetas que lo integran son: la fantasía, la estética, la receptividad emocional, y la actividad relacionada con el dinamismo y el interés por realizar diversas actividades.

El cuarto factor denominado como amabilidad o cordialidad, evalúa la capacidad del sujeto a la hora de establecer vínculos sociales con las personas de su entorno y a preocuparse por el estado de bienestar de los demás. Las facetas que integran este factor son: confianza, franqueza, altruismo, actitud conciliadora, modestia y sensibilidad social (Sánchez y Ledesma, 2007).

El quinto factor, se define como responsabilidad o escrupulosidad, y hace referencia a la capacidad del sujeto para llevar a cabo tareas o proyectos propuestos gracias a su elevado nivel de responsabilidad y autoexigencia. Presenta también una mayor tendencia hacia lo racional antes que hacia la impulsividad. Las facetas que integran este factor son: competencia, orden, sentido del deber, necesidad de logro, autodisciplina y reflexión.

El modelo de los cinco factores, tuvo una gran relevancia y utilidad en el estudio y la evaluación de la personalidad, al conseguir la unión de determinadas líneas de investigación que trabajaban de manera independiente y sin un nexo común de comunicación que ayudara al entendimiento sobre un modelo eficaz de evaluación de la personalidad. Por otra parte, ha demostrado su eficacia en la aplicación a otros ámbitos culturales, así como el carácter universal de los factores que presenta. De esta manera, poco a poco se fue generalizando y enriqueciendo tanto su descripción, como su interpretación dentro del campo científico, hasta conceptualizar una teoría de la personalidad que permitiría estudiar, no sólo los

factores aquí descritos, sino también las relaciones entre éstos y otros fenómenos (Sanz, Silvia y Avia, 1999).

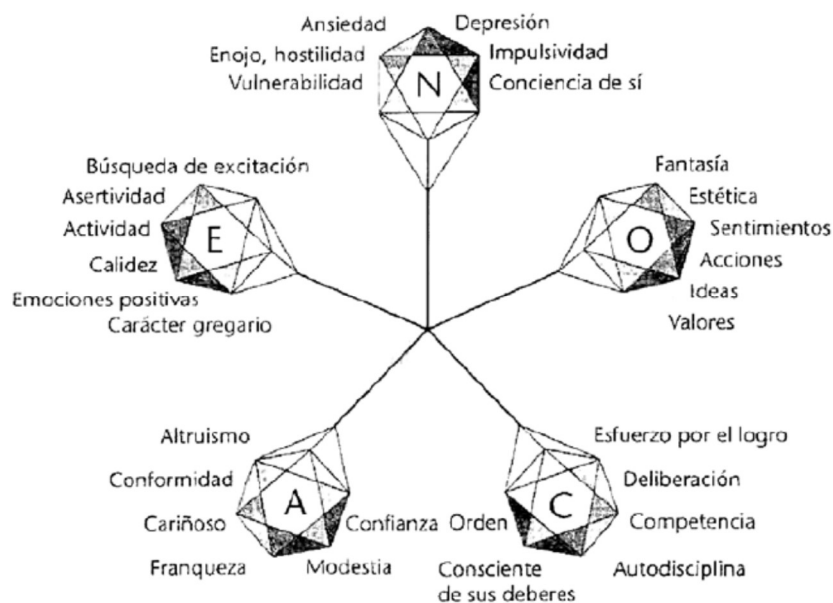


Figura 10. Modelo de los 5 factores de personalidad de Costa y McCrae.

Fuente: adaptado de Heinze, Vargas y Cortés (2008).

3.4. ESTILOS DE VIDA Y RASGOS DE PERSONALIDAD

A través del desarrollo de diversas investigaciones, se han estudiado las relaciones entre el modelo de los cinco factores de personalidad y la adopción de comportamientos de estilos de vida y respuestas adecuadas en relación a la salud (Christensen & Smith, 1995). En este sentido, se ha podido comprobar con una cierta evidencia, que determinados rasgos de personalidad parecen tener relación con conductas poco saludables en la población universitaria, como son, el consumo de determinadas sustancias, el comportamiento delictivo y las conductas sexuales de riesgo, entre otras, que se han relacionado, concretamente, con rasgos de impulsividad, y las dimensiones de extroversión y neuroticismo (Cooper, Wold & Albino, 2003). Otros estudios con resultados similares como el de Caspi *et al;* (1997), evidenció la existencia de relaciones significativas entre una

tendencia a la impulsividad, que podía llevar al sujeto a generar conductas adictivas como puede ser el consumo de alcohol, o incluso precipitar el inicio de conductas violentas, así como un aumento en la sintomatología de las emociones negativas.

Además, los estilos de personalidad han servido como predictores de la satisfacción vital y el bienestar subjetivo de los individuos (Díaz y Sánchez-López, 2001, 2002; Páramo, Straniero, García, Torrecilla y Gómez, 2012 y Sánchez-López y Aparicio, 2001). Estos estudios revelan que, el bienestar subjetivo se relaciona directamente con la personalidad, concretamente, exponen que las personas con una tendencia a la personalidad neurótica (impulsivas, emocionales, temerosas), tienden a experimentar mayor afectividad negativa (opuesto al bienestar subjetivo), que otros patrones de personalidad caracterizados por la reflexión, los juicios cognitivos y la autonomía (Diener, Oishi & Lucas, 1997). Siguiendo esta línea, los estudios de Díaz y Sánchez-López (2001, 2002), nos hablan de la relación existente entre el neuroticismo y la percepción de satisfacción vital que presentan los individuos, de tal manera, que pueden comprobar, cómo un tipo de personalidad tendente al neuroticismo está predispuesto a experimentar mayor afectividad negativa, aunque esto no implique una disminución de la tendencia a experimentar afecto positivo, resultando ser independientes ambas dimensiones. En el lado opuesto, sería el tipo de personalidad extravertido, caracterizado por rasgos de vigor, sociabilidad y reflexión, aquél cuyos sujetos tienden a experimentar más afecto positivo, sin reducir el afecto negativo de la misma manera que ocurría con el neuroticismo (Díaz y Sánchez-López, 2002).

3.5. VARIABLES OBJETO DE ESTUDIO Y PERSONALIDAD

3.5.1. Variable demográfica: género

A lo largo de la literatura científica sobre el estudio de la personalidad neurótica y sus diferencias entre el género masculino y femenino, encontramos que los resultados de los diferentes estudios, marcan unas diferencias de estas

relaciones según género que presentan falta de consistencia. Las mujeres suelen ser más abiertas, más amables y más responsables. Por el contrario, presentarían un mayor nivel de neuroticismo y menor de apertura a diferencia de los varones.

Las investigaciones encontradas corroboran los resultados contradictorios en relación al estudio de las variables mencionadas, de tal manera, que alguno de estos estudios no encuentran diferencias significativas entre hombres y mujeres en los rasgos de personalidad neuroticismo, extraversión, amabilidad, responsabilidad, apertura, o sólo en alguno de ellos, donde sí aparecen diferencias significativas entre ambos sexos (Bernarás, Garaigordobil y De las Cuevas, 2011; Cardenal y Fierro, 2001; Villanueva, 2016).

Sin embargo, los resultados no son concluyentes, ya que algunos estudios sí encuentran diferencias de género en determinados rasgos de personalidad, fundamentalmente en el rasgo neuroticismo, donde de una forma muy marcada, las mujeres presentan puntuaciones significativamente más elevadas en comparación con los hombres, llevando este hecho a generar una mayor prevalencia de emocionalidad negativa como depresión y ansiedad, entre otros síntomas de malestar psicológico, aunque no se ha podido comprobar que este hecho esté relacionado con un mayor probabilidad de desarrollar enfermedades físicas y/o mentales (Barra, Soto, Smith, 2013; Caballo, Guillén y Salazar, 2009; De Miguel, 2005; Dresch, 2006; Lippa, 2010; Pérez-Fuentes, Gázquez y Molero, 2012 y Urquijo y Del Valle, 2013).

Tras la revisión de los estudios citados anteriormente, podemos observar que, a pesar de que los resultados no presentan un criterio común, con una elevada consistencia en el estudio de las relaciones entre rasgos de personalidad y diferencias de género, sí hemos encontrado un mayor número de investigaciones cuyos datos corroboran diferencias significativas en determinados rasgos de personalidad entre hombres y mujeres, fundamentalmente, aparece el neuroticismo como el rasgo de personalidad que más diferencias de género presenta, apareciendo en las mujeres con puntuaciones significativamente más altas que en los hombres. La hipótesis que se ha abordado para explicar este

hecho, es la de la intensidad emocional, la cual habla del grado de estabilidad con el que las personas tienden a experimentar los diferentes estados afectivos a lo largo del tiempo. En este sentido, parece ser más estable en las mujeres que en los hombres, aunque no está del todo claro si esta diferencia está realmente relacionada con la intensidad de la experimentación emocional, o con las diferentes formas de comunicación que utilizan hombres y mujeres para expresar sus estados emocionales (Cova, 2004).

3.5.2. Variable socio–demográfica: nivel de neuroticismo en población universitaria.

En relación a los rasgos de personalidad recogidos según el modelo de Costa y McCrae, nos vamos a centrar, en este apartado, en el factor neuroticismo, ya que es la variable de estudio que estamos analizando en esta tesis con mayor énfasis debido a sus características de efecto negativo tanto en la parte física como en la parte psicológica de los individuos, tal y como hemos explicado en capítulos anteriores.

En general, la mayor parte de las investigaciones encontradas, muestran en sus resultados unas puntuaciones más elevadas que la media general en población universitaria, y asumen que esto podría estar relacionado con los factores propios del ciclo vital en el que se encuentran los estudiantes, así como por el periodo de adaptación a los primeros meses de ingreso en la universidad, y las exigencias académicas con las que se encuentran, entre otros aspectos relacionados con la formación en general (Barra, Soto, Smith, 2013; Castellano, Fermoselle, Osma y Crespo, 2015 y Contreras, Barbosa y Espinosa, 2010). Igualmente, gran parte de las investigaciones, han centrado sus estudios en investigar las correlaciones entre bienestar psicológico y rasgos de personalidad, corroborando que el rasgo de personalidad neuroticismo ejerce una relación inversa con respecto al bienestar psicológico, de manera que, a mayor puntuación en neuroticismo, menor percepción de bienestar psicológico y mayor aumento de las quejas somáticas (Barra, Soto, Smith, 2013; Grant, Langan–Fox, Anglim, 2009 y Novoa y Barra, 2015).

3.5.1. Variables psico-gráficas: consumo de sustancias de alcohol y tabaco

En el estilo de vida relacionado con la salud, se incluyen, entre otras, aquellas conductas que suponen un peligro para ésta. Las conductas de riesgo, como su propio nombre indica, son aquellos comportamientos cuya realización posee consecuencias negativas para la salud (Pastor, Balaguer y García, 1998), como serían los hábitos no saludables de los que vamos a hablar en este apartado.

Si aceptamos la definición de la OMS (citado en Lorenzo y Ladero, 1999), que establece que una droga es “cualquier sustancia que introducida en el organismo produce una modificación del estado físico y psíquico del sujeto, de modo que le lleva a querer repetir su uso” (p. 2), el tabaco y el alcohol se encuentran claramente en el campo de la dependencia de sustancias.

La dependencia hacia una sustancia conlleva una serie de características sintomatológicas a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico que incitan al sujeto a seguir consumiendo a pesar de la aparición de diversas consecuencias negativas para el estado de salud tanto a nivel físico como psicológico (Pérez, Rojo e Hidalgo, 2009).

Según el Informe Edades (2015), sobre alcohol, tabaco y drogas ilegales, elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, el alcohol es la sustancia más consumida entre la población de 15 a 64 años, de tal manera que el 93,1% asume haber consumido alcohol alguna vez en su vida. Esta proporción ha seguido un ligero ascenso desde el año 2011. Por otra parte, el tabaco se considera la segunda sustancia de mayor prevalencia, donde el 73,1% de los españoles encuestados afirman haber fumado alguna vez. Además, tanto el alcohol como el tabaco son las sustancias psicoactivas cuyo edad de inicio es mucho más temprana que cualquier otro tipo de sustancia (16,7 y 16,4 años respectivamente),

En relación al género, atendiendo al consumo de alcohol y tabaco, las diferencias que separaban a ambos sexos en cuanto a la cantidad consumida, se ha ido reduciendo paulatinamente, incluso, a partir del 2011, los datos indican

que los hombres no han aumentado el consumo de ninguna de las dos sustancias mencionadas, a diferencia de las mujeres que sí lo han hecho ligeramente.

Respecto al consumo de tabaco, las asociaciones condicionadas con fumar desempeñan un papel relevante (Ashton y Stepney, 1982; Lichtenstein, 1982; Lichtenstein y Glasgow, 1997;). El tabaco actúa como reforzador positivo en cuanto que el sujeto asocia la conducta de fumar con sensaciones relajantes o placenteras, de tal manera que aumenta la probabilidad de ocurrencia del consumo y hace que se generalice a todas las situaciones que rodean al entorno del individuo. El otro proceso de reforzamiento que interviene en la conducta de fumar es el negativo. Éste consiste en tener que aumentar el consumo de tabaco progresivamente para poder conseguir los mismos efectos placenteros que en los inicios de la adicción, de tal manera que se eviten los efectos negativos provocados por el síndrome de abstinencia. El fumador, en un corto espacio de tiempo, descubre que fumando puede reducir el estrés dado el papel modulador que tiene la nicotina, y por tanto, que se trata de una estrategia que puede utilizar como medida de afrontamiento ante distintas situaciones problemáticas (Ashton y Stepney, 1982).

Por otro lado, el hecho de minimizar, negar y despersonalizar las consecuencias del tabaco sobre sus efectos para la salud, también juegan un papel importante. El fumador en las primeras fases no reconoce ciertos datos a los que tiene acceso respecto a su salud. Lo que hace es negar, minimizar o asumir que dichas consecuencias negativas no van con él.

Por último, la aceptación, facilitación y potenciación del consumo de cigarrillos en el medio del fumador, favorece que el sujeto mantenga su conducta de fumador.

Centrándonos específicamente en nuestra población objeto de estudio, en este caso, el ámbito universitario, los resultados son dispares. A diferencia de la población general Española donde las encuestas muestran una tendencia decreciente en la prevalencia de consumo de tabaco (Encuesta EDADES sobre

consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales en España, 2015), estudios recientes como el de Soto *et al;* (2015), corroboran que a pesar de la disminución observada, las prevalencias de consumo entre los estudiantes universitarios continúan siendo elevadas.

En este sentido, es importante valorar uno de los motivos que pueden estar influyendo sobre este importante nivel de consumo de tabaco, y encontramos que, estudios como el de Chelet, Montiel, Saura, García y Moreno, (2011), evaluaron la incidencia de la actual ley antitabaco sobre el consumo del mismo, concluyendo que el nivel global de prevalencia de consumo, no sólo no había disminuido con la entrada en vigor de dicha ley, sino que ha aumentado con el paso de los años, tanto en fumadores ocasionales como en fumadores diarios, además, en relación a la variable de género, encontraron un mayor número de mujeres fumadoras que de hombres. Sin embargo, sí se ha producido un cambio en cuanto al ámbito, de tal manera, que otros estudios como el de Jiménez–Muro, Beamonte, Marqueta, Gargallo y Nerín (2009), analizan el cambio en la aceptación social que ante el fumador se está dando en nuestra sociedad tras la imposición de la mencionada ley antitabaco, considerándolo ya no sólo como un perjuicio para su salud sino también para el resto de personas no fumadoras (Isla, Moncho, López, 2010). Por otro lado, en este tipo de población, se establecen como agentes principales causantes del inicio del consumo de tabaco, tanto el ambiente familiar, como la relación con el grupo de iguales, atribuido tanto a la conducta de imitación desde la infancia, como a la curiosidad de experimentación de algunos comportamientos adultos (Font-Mayolas y Planes, 2000).

El hábito tabáquico y el inicio del consumo de alcohol y otras drogas suelen ir de la mano, algunos estudios como el de Jiménez–Muro, San Agustín, Marqueta, Gargallo y Nerín de la Puerta (2009), exponen que el inicio tabáquico temprano, podría actuar como elemento predictor del consumo de alcohol y otras drogas ilegales, ya que en esta población, los estudiantes universitarios más jóvenes que eran fumadores, empezaron a beber alcohol a una edad más temprana y se emborrachaban con mayor frecuencia.

3.6. CONSUMO DE SUSTANCIAS DE ALCOHOL Y TABACO Y SU RELACIÓN CON LA PERSONALIDAD

Durante la última década, los estudios relacionados con el consumo de sustancias y la personalidad, se han centrado, fundamentalmente, en investigar la relación existente entre los denominados por el DSM-5, trastornos de la personalidad, y trastornos de sustancias adictivas, focalizando el objeto de estudio, por un lado, en la aplicación de programas de prevención ante el consumo de sustancias (alcohol, tabaco y drogas ilegales) principalmente enfocado sobre población adolescente no clínica (Becoña y Míguez, 2004; Becoña *et al*; 2012; Becoña *et al*; 2011; Cándido *et al*; 2007; Cervera *et al*; 2001; De la Villa, 2007; Fantin, 2006; Gil, 2012; Gómez, Luengo, Romero, Villar, y Sobral, 2006; Lara, 2015; Lara, Romero, Foncerrada, Rebollo y Aguilar, 2006 y Sáiz, González, Paredes, Martínez y Delgado, 2001) y por otro, en el enfoque del tratamiento psicológico y posible pronóstico y evolución del consumo en población clínica adulta diagnosticada como consumidor adicto a sustancias (Fernández del Río y Becoña, 2010; Fernández del Río, Cañadas, López, Becoña, 2011; Fernández del Río, López y Becoña, 2011; Márquez-Arrico y Adán, 2013; Martínez J.M, 2011; Pedrero, 2003; Pedrero, 2007; Pedrero y Rojo, 2008; Perea, Oña, Ortiz, 2009 y Salazar, Ripoll, Bobes, 2010). Sin embargo, la investigación científica relacionada con el objeto de estudio que se expone en el apartado actual de esta tesis durante la última década, es escasa, apreciándose una reducida bibliografía donde la investigación esté centrada en encontrar relaciones entre la variable de personalidad neuroticismo y el consumo alcohol (Arana, 2013 y Pilatti, Urrizaga, Chicolla, Cupani, 2014), tabaco (Villar *et al*; 2004) y drogas (Gantiva, Rodríguez, González, Vera, 2011 y Mangas, 2015), en población no clínica dentro del ámbito universitario

En relación a los últimos estudios citados, los cuales se encuentran más directamente relacionados con uno de los objetivos de esta tesis, nos encontramos con resultados que no son concluyentes, debido, entre otras cosas, a la escasez de investigaciones en esta área en concreto, donde se analicen correlaciones entre uno de los factores específicos de personalidad, propuestos por el modelo de Costa y McCrae (2008), (el neuroticismo), y el consumo de sustancias adictivas, concretamente de alcohol y tabaco. Aun así, y realizando un análisis de algunos

de los estudios encontrados, podemos destacar que los resultados de diversas investigaciones confirman la asociación existente entre unas puntuaciones elevadas en rasgo de personalidad extraversión y rasgo de personalidad neuroticismo con el consumo de alcohol y tabaco, presentando relaciones positivas y estadísticamente significativas entre ambas, siendo, estos dos estilos de personalidad, un factor predictivo del inicio de consumo de dichas sustancias adictivas, o una mayor probabilidad de convertirse en fumadores en la edad adulta, si bien, estos efectos son pequeños (Munafó y Black, 2007), y más bien pueden relacionarse con el inicio temprano del consumo, más que con el desarrollo en sí mismo de un hábito adictivo (Audrain-McGovern *et al*; 2004). Prioritariamente, el elemento predictivo principal, serían las elevadas puntuaciones en extraversión para el consumo de alcohol, seguido del neuroticismo que estaría más relacionado con el consumo de tabaco (Inglés *et al*; 2007).

Además de cómo factor predictor, algunos estudios demuestran que las personas fumadoras presentan puntuaciones más elevadas en el rasgo de personalidad neuroticismo, en comparación con aquellos sujetos que nunca habían fumado, sin embargo, no aparecen diferencias en el rasgo de personalidad extraversión entre ambos tipos de población (Terraciano y Costa, 2004)

Es importante añadir, que estos resultados no son concluyentes, pues otros estudios longitudinales revisados, reflejan datos contradictorios y no encuentran prácticamente asociación significativa entre rasgos de personalidad e inicio del consumo de sustancias de alcohol y tabaco, medidos prioritariamente en el periodo de la adolescencia (Chassin, Presson, Pitts y Sherman, 2000; White, Pandina y Chen, 2002)

Eysenck (1994), consideraba que los sujetos con tendencia a la extroversión buscaban constantemente sensaciones nuevas que aumentarían sus niveles de excitación. Ante esto, consideró el hecho de que las personas extrovertidas consumían tabaco para aumentar nivel de excitación cortical, mientras que las personas neuróticas, tenían el mismo comportamiento adictivo, con el objetivo de

reducir sus tensiones y ansiedades. Con respecto al consumo de alcohol, las razones podrían ser muy parecidas a la del tabaco en relación con la personalidad extravertida, no estando tan claro para el rasgo de personalidad neurótico.

En definitiva, podemos observar cómo la literatura sobre investigaciones centradas en el estudio de las relaciones entre los rasgos de personalidad, y más concretamente el factor neuroticismo, con el inicio y el mantenimiento de conductas de consumo de adictivas (alcohol, tabaco y drogas), en el ámbito universitario, presenta resultados poco consistentes y no concluyentes, debido, entre otras cosas, a la escasez de investigaciones encontradas en el panorama científico actual.

3.6.1. Deporte y personalidad

En los últimos años, el estudio de la personalidad entre personas que practican deporte, se ha basado, fundamentalmente, en diferenciar algunos rasgos de personalidad en sujetos deportistas, así como en buscar explicaciones y modelos predictivos que permitan entender la conducta deportiva (García-Naviera, Ruíz y Pujals, 2011 y Ruiz, 2012). Por otro lado, y dentro de uno de los objetos de estudio que se incluyen en esta tesis, algunas investigaciones se han centrado en analizar si existen diferencias entre personas deportistas y personas que no practican ningún tipo de deporte, en cuanto a rasgos de personalidad medidos según el modelo de Costa y McCrae (2008), en concreto, el rasgo de personalidad neuroticismo. En este sentido, nos centraremos en las investigaciones de los últimos 15 años, ya que la producción científica en este campo ha sido irregular y más escasa cuanto más actual en el tiempo, aunque en España, esta línea de estudio de años anteriores sigue siendo vigente a día de hoy (García-Naviera y Ruiz-Barquín, 2013). En relación al objetivo de estudio mencionado anteriormente, encontramos diversas investigaciones que evalúan los rasgos de personalidad siguiendo el modelo de Costa y McCrae (2008), donde se relacionan los 5 rasgos de personalidad presentes en el modelo (neuroticismo, responsabilidad, apertura a la experiencia, extraversión y amabilidad) y la posibilidad de encontrar diferencias entre sujetos sedentarios y aquellos que practican actividad física de forma regular.

Debido a la falta de datos concluyentes en los estudios realizados a lo largo de la historia (a partir de los años 60 y 70), aunque aquí hemos reflejado únicamente algunos de los publicados en la última década, puesto que nuestra pretensión no es hacer una revisión bibliográfica sino reflejar el panorama actual sobre el objeto de estudio específico descrito en este apartado. García-Naviera y Ruiz-Barquín (2013), exponen que debido a la falta de datos concluyentes, establecieron dos perspectivas sobre las relaciones en los rasgos personalidad entre deportistas y no deportistas, por un lado, la perspectiva escéptica, cuyos autores afirman que no existen diferencias de personalidad entre ambos grupos, y por otro, la perspectiva crédula, cuyos autores sí encuentran diferencias en determinados rasgos de personalidad en relación con el hábito deportivo, y algunos de cuyos estudios se presentan a continuación.

Siguiendo esta línea, encontramos estudios que no obtienen diferencias significativas entre deportistas y no deportistas, que avalan la denominada perspectiva escéptica mencionada anteriormente, (Giacobbi, Hausenblas, Frye, 2005; Meza, 2008 y Rodríguez, 2011), y otros estudios, mucho más numerosos, que se centran en valorar la personalidad del deportista siguiendo el modelo de rasgos de Costa y McCrae (2008). En concreto, se establece que los deportistas correlacionan positivamente en los rasgos de extroversión y responsabilidad y negativamente en el rasgo neuroticismo en comparación con los no deportistas, (Cabrita, Rosado, De la Vega y Serpa, 2014; García-Naviera, 2009; García-Naviera, Ruiz y Pujals, 2011; McKelvie, Lemieux y Scout, 2003; y Rodríguez-Peláez, Arrayás, Fernández-Ozcorta, Tornero, 2013), que refutan la denominada perspectiva crédula del deportista, aunque las diferencias sobre estos rasgos de personalidad concretos, siguen encontrar resultados concluyentes (Lezcano, 2016).

3.6.2. Hábitos alimenticios y personalidad

En relación a los aspectos sobre las conductas o patrones alimentarios de un núcleo de población joven, como el que aquí estamos tratando, y su posible relación con algunos rasgos de personalidad siguiendo diferentes modelos que

evalúan la personalidad del sujeto, todos los estudios encontrados y revisados sobre dicha temática durante los últimos 10 años, se centran mayoritariamente, en una población clínica que investiga, por un lado, la relaciones significativas entre población obesa (incluyendo obesidad mórbida) o con sobrepeso, y los rasgos de personalidad, con el objetivo fundamental de evaluar la adherencia a los tratamientos para pacientes obesos, y por tanto, poder predecir, en cierta medida, el éxito o el fracaso de los mismos (Bravo del Toro, Espinosa, Mancilla y Tello, 2011, López-Pantoja *et al*; 2012; Lorence, 2008; Piedra y Coello, 2014; Terraciano *et al*; 2009; Ruíz, Santiago, Bolaños y Jáuregui, 2010). Analizados algunos de los estudios sobre la temática descrita, observamos que los resultados encontrados son contradictorios, aunque mayoritariamente, sí se considera que las personas obesas muestran rasgos de personalidad características en relación con población en normopeso, concretamente se encuentran correlaciones positivas entre pacientes obesos y la presencia de los rasgos de personalidad extraversión e impulsividad.

Por otro lado, encontramos otro hilo de investigaciones publicadas en los últimos 15 años, centradas en estudiar las relaciones entre población clínica diagnosticada con uno o varios trastornos de la conducta alimentaria y la presencia de rasgos de personalidad característicos (Behar, 2010; Camarillo, 2015; Cortez, 2015; Galarsi, Ledezma, De Bortoli y Correche, 2009; González, Unikel, Cruz y Caballero, 2003; Jáuregui, Santiago y Estébanez, 2009; y Martín, Cangas, Pozo, Martínez y López, 2008) así como el estudio de la comorbilidad de los trastornos de la personalidad con los trastornos de la conducta alimentaria (Álvarez y Gutiérrez, 2015; Góngora, 2002 y Salorio del Moral *et al*; 2011).

En relación a los estudios mencionados anteriores sobre las conductas alimentarias, los estudios más actuales, muestran como determinadas características de la personalidad (impulsividad, obsesión, perfeccionismo, etc), afectan de forma significativa sobre los trastornos de la conducta alimentaria, considerándose que son juegan un papel determinante en la aparición, la evolución y el pronóstico de la enfermedad.

Una vez revisada la literatura científica respecto a la temática mencionada al principio de este apartado, podemos observar que prácticamente no existen estudios centrados en investigar la relación entre los hábitos alimentarios de una muestra de población no clínica, es decir, sin un diagnóstico de trastorno de conducta alimentaria, y los rasgos de personalidad según el modelo de Costa y McCrae (2008), por lo tanto, es una vía de investigación no explorada hasta el momento y uno de los objetivos incluidos en las variables de hábitos de vida saludable sobre la que vamos a trabajar en esa tesis.

3.6.3. Descanso y personalidad

Las investigaciones encontradas hacen referencia fundamentalmente al estudio de las relaciones entre los rasgos de personalidad y los ritmos circadianos, concretamente, a la comparación entre dos grupos de población, por un lado una muestra de sujetos matutinos, y por otro, una muestra de sujetos vespertinos (Escribano-Barreno y Díaz-Morales, 2013; Muro, Gomá-i-Freixanet, Adau, 2015; y Randler, 2008). En este sentido, es importante resaltar la ausencia de estudios encontrados que estén relacionados con una de las variables de los objetivos de nuestra temática de estudio, por lo que no podemos realizar un análisis de los resultados descritos en la literatura científica sobre las relaciones entre el número de horas de sueño y las dimensiones de personalidad.

3.7 PERSONALIDAD Y EMOCIONALIDAD NEGATIVA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Los síntomas emocionales que caracterizan, tanto a la ansiedad como a la depresión, presentan diversas manifestaciones que son comunes a ambos estados, como por ejemplo, el cansancio, las dificultades de atención, la falta de concentración, el insomnio, la irritabilidad, etc. Por otro lado, tenemos otro grupo de síntomas que sí caracterizan a una u otra emoción y le aportan un carácter distintivo necesario para realizar un diagnóstico preciso. Así, nos encontramos con que la ansiedad se manifiesta fundamentalmente por la activación del estado fisiológico del sujeto, y, por otro lado, con la aparición de miedos que pueden convertirse en fobias que a su vez desencadenan conductas de evitación o huida

ante situaciones que no suponen ningún peligro o amenaza para la integridad del sujeto.

Respecto a la depresión, las manifestaciones clínicas más relevantes, están relacionadas con síntomas de tristeza, desesperanza, futilidad, vacío, aumento o disminución de peso, alteraciones del sueño por exceso o por defecto, cansancio extremo, baja autoestima, sensación de inutilidad, alteraciones importantes en las capacidades cognitivas, etc.

Peñate (2001), hace hincapié en la presencia de tres síntomas característicos y diferenciadores entre la ansiedad y la depresión, que son, la afectividad triste, la autoestima baja y la anhedonia. Sin embargo, la presencia de sintomatología comórbida es tan frecuente, que algunos autores consideran que la diferenciación entre ansiedad y depresión sólo puede realizarse en función de algunos elementos de la sintomatología ansiosa, ya que constituye un cuadro clínico muy particular y distintivo de esta emoción (Agudelo, Buela-Casal y Spielberger, 2007).

Los síntomas aquí recogidos hablan de características sintomatológicas propias de ansiedad y depresión en población normal o población no clínica desde el punto de vista de las emociones negativas, ya que la muestra de estudio de esta tesis está recogida con este tipo de población, de ahí que no mencionemos los trastornos de ansiedad y depresión recogidos en el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-5), puesto que la muestra estudiada no pertenece, en sí mismo, a población diagnosticada con ninguna patología ansiosa, depresiva o ambas.

En la búsqueda de relaciones entre dimensiones de personalidad y puntuaciones elevadas en ansiedad y depresión, seguimos la propuesta de teórica de Eysenck en primer lugar, para trasladarnos a la propuesta más actual del modelo de los Cinco Grandes de Costa y McCrae (1992), tal y como estamos haciendo a lo largo de los apartados teóricos incluidos en los aspectos del estudio de la personalidad a los que hacemos referencia en esta tesis. Siguiendo la línea

de dicho modelo, las dimensiones de neuroticismo y extraversión son aquellas que probablemente mejor puedan explicar la aparición de síntomas de ansiedad y depresión, ya que son las dimensiones más unidas al temperamento y con mayor efecto genético. Estos factores ofrecen, según ambos modelos, una mayor predisposición al padecimiento, en un primer momento, de problemas emocionales, pudiendo convertirse, en un futuro, en trastornos afectivos (Bergeman *et al*; 1993).

Estudios como el de González-Leadro y Castillo (2010), tratan de encontrar relaciones entre dimensiones de personalidad y problemas de ansiedad y depresión (Pérez y Urquijo, 2002), comparando los niveles de ambas emociones en cada uno de los rasgos del modelo de los Cinco Grandes (extraversión, responsabilidad, neuroticismo, apertura a la experiencia y cordialidad). Los resultados muestran que la dimensión denominada como “apertura a la experiencia” parece tener relación con la depresión pero no con la ansiedad, aunque las diferencias son pequeñas. Las personas con puntuaciones bajas en “cordialidad” y “responsabilidad” tienen mayores síntomas en ansiedad y depresión que las que presentan puntuaciones altas. Finalmente, de los resultados extraídos, se pueden concluir que, previsiblemente, las sujetos que presentan puntuaciones elevadas en sintomatología ansiosa y/o depresiva, suelen presentar alteraciones en las puntuaciones relacionadas con las dimensiones de personalidad, de tal manera que, aparecen niveles altos en neuroticismo y puntuaciones bajas tanto en extraversión como en responsabilidad, y además, debemos tener en cuenta, que es principalmente la dimensión neuroticismo, la que se relaciona con mayor intensidad en cuanto a presentar una mayor predisposición a padecer trastornos de ansiedad (Caballo, Salazar, Irurtia, Arias y Guillén, 2010), aunque los resultados no son concluyentes, debido, entre otras cosas, a la presencia de otros elementos como la carga genética, el factor ambiental y las variables demográficas que pueden ejercer un efecto modulador sobre los resultados presentados (Connor-Smith y Flachsbart, 2007; Espinosa, Contreras y Esguerra, 2009; Pelechano y Pastor, 2005 y Sandín, 1990).

Por otro lado, y siguiendo la metodología que vamos a utilizar en las investigaciones de esta tesis, en relación a la variable ansiedad, consideramos

importante evaluar las relaciones significativas que se pueden producir en el factor neuroticismo incluyendo como covariables tanto la ansiedad–rasgo como la ansiedad–estado, de la misma manera que han hecho otros estudios anteriores (Niño de Guzmán *et al*; 2000).

Por último, es importante resaltar que una de las razones por las cuales el factor neuroticismo puede estar implicado tanto en el padecimiento de síntomas de ansiedad y de depresión, así como en la predisposición a padecer trastornos de la personalidad, está relacionado con la labilidad emocional de las personas, afectando directamente sobre la respuesta conductual de las mismas. Para Eysenck (1978), los sujetos con elevados niveles de neuroticismo suelen reaccionar de manera desadaptativa ante situaciones generadoras de estrés, de tal manera que determinadas respuestas ante las demandas del ambiente, que en un principio pueden ser consideradas como normales e incluso necesarias, se pueden convertir en respuestas desajustadas y llegar a ser patológicas para el estado emocional del sujeto.

PARTE II.

ESTUDIO EMPÍRICO

CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA

INTRODUCCIÓN

A lo largo del presente capítulo, vamos a describir el material y la metodología utilizada para llevar a cabo esta investigación, definiendo los pasos que se han seguido en cada momento del proceso.

En primer lugar, recordaremos los objetivos que se han planteado en este trabajo y describiremos los interrogantes que nos han dirigido hacia la realización de este estudio y partir de los cuales se desarrolla la metodología empleada. A continuación, describiremos el procedimiento utilizado para la recogida y análisis de los datos y las fases para el diseño de la investigación.

Finalmente, describiremos los instrumentos utilizados para la recogida de la información, así como el procedimiento de aplicación y tratamiento de los datos y la metodología específica para dar respuesta a los interrogantes planteados.

4.1. Interrogantes de la investigación

Tal y como ya describimos al inicio de esta tesis, nos planteamos como objetivo determinar las dimensiones de personalidad que pueden estar relacionadas con la adopción de los diferentes estilos de vida y por tanto pueden repercutir sobre las conductas llevadas a cabo por la muestra sobre su salud. Además, nos planteamos realizar un análisis de la influencia que pueden ejercer tanto las dimensiones de personalidad, como los estilos de vida, sobre la aparición de síntomas relacionados con las emociones negativas de ansiedad y depresión, así como determinar la influencia del género y la edad sobre las dimensiones de personalidad analizadas y el nivel de neuroticismo en el que se

encuentran los estudiantes universitarios de los grados de Educación Infantil y Primaria.

Tras la revisión de la literatura científica sobre la importancia de la personalidad y su repercusión en la adquisición de comportamientos y conductas hacia la salud en población general, y tras observar que, por un lado, no existe un acuerdo claro ni consistente entre los autores sobre cómo y cuáles son las dimensiones de personalidad que están más directamente implicadas en elección de determinados patrones de salud, y por otro lado, que el estudio mayoritario de éstas relaciones está dirigido a población clínica o adolescentes, la presente investigación buscar conocer qué dimensiones de personalidad según el modelo de los Cinco Grandes están más directamente relacionadas con los estilos de vida adquiridos por los sujetos y cómo ambas variables pueden influir sobre la presencia de emocionalidad negativa (ansiedad y depresión) en población universitaria normal (no clínica). Además, queremos resaltar la importancia que tiene el estudio de las relaciones entre las variables estilos de vida y dimensiones de personalidad, para el diseño de programas de prevención en el entorno universitario que realmente resulten eficaces de cara a prevenir sobre posibles patologías físicas y mentales en futuro, teniendo una cuenta las variables de personalidad que pueden estar implicadas y que hasta el momento, se habían obviado.

El presente estudio, por tanto, tiene su origen a partir de ciertas incógnitas que se nos plantean en relación al efecto que ejerce la personalidad sobre la adquisición de determinados estilos de vida, los cuales llevan a adoptar unas determinadas conductas sobre la salud, centrándonos para ello en el entorno universitario. En este sentido, y tras la lectura de numerosos estudios en torno a éstas áreas de conocimiento, nos planteamos una serie de preguntas sobre el tema en cuestión, a las que trataremos de dar respuesta en base a los resultados obtenidos.

Los interrogantes planteados son los siguientes:

- a) En relación a las variables demográficas, ¿el género y la edad influyen sobre las dimensiones de personalidad?
- b) Partiendo de la literatura científica revisada, tenemos en cuenta que el neuroticismo es la variable de personalidad que parece tener mayor impacto sobre la adquisición de determinados estilos de vida y como variable predictora para el desarrollo futuro de patologías físicas y psicológicas, en este sentido, nos planteamos el siguiente interrogante: ¿qué grado/nivel de neuroticismo presentan los estudiantes universitarios del grado de educación?
- c) ¿existe relación entre los estilos de vida manifestados por los estudiantes universitarios y las dimensiones de personalidad?
- d) ¿existe relación entre los estilos de vida manifestados por los estudiantes universitarios y la presencia de síntomas de emocionalidad negativa de ansiedad y depresión?
- e) ¿son influyentes las dimensiones de personalidad sobre la presencia de síntomas de ansiedad y depresión?

4.3. MÉTODO

4.3.1. Diseño metodológico

A partir de la definición de las variables planteadas para llevar a cabo nuestra investigación, podemos decir que el estudio empírico de la misma está elaborado bajo un enfoque de tipo cuantitativo y cualitativo, a través del cual pretendemos dar respuesta a los interrogantes planteados y obtener unas conclusiones derivadas de los objetivos propuestos.

A continuación presentamos un esquema donde LaTorre, Rincón y Arnal (1996), ordenan las diferentes fases que ellos recogen para todo proceso investigador, siendo ésta, desde nuestro punto de vista, la propuesta más adecuada y completa a las características de nuestra investigación:

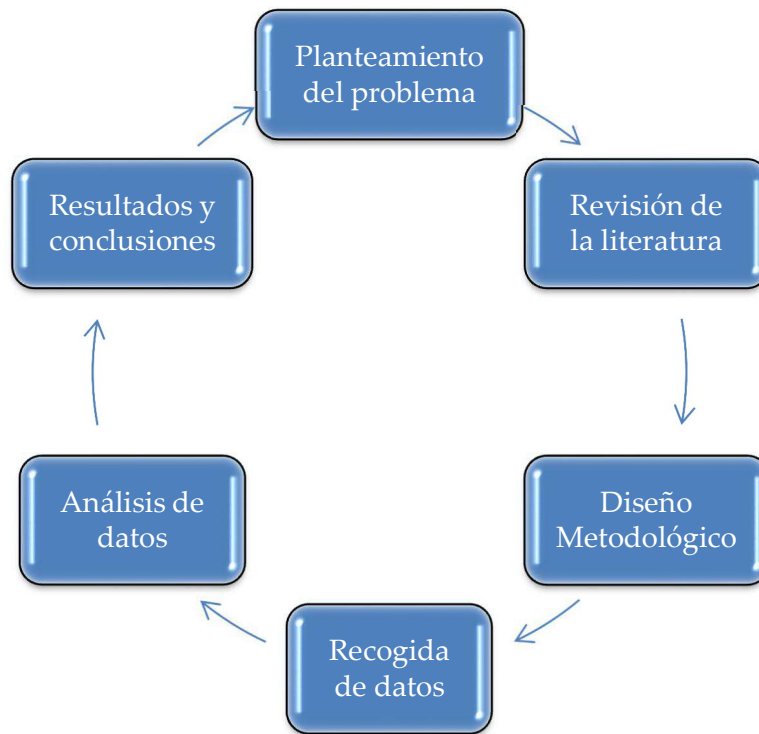


Figura 11. Diseño de investigación.

Fuente: adaptado de Latorre, Rincón y Arnal, 1996.

El diseño utilizado en el presente estudio es de tipo no experimental, ya que se observa en su contexto natural una situación tal y como se presenta, sin manipular las variables y con el objetivo de realizar con posterioridad su análisis y evaluación (buscar referencias).

4.3.2. Proceso muestral

4.3.2.1. Definición de la muestra

La muestra, definida por Latorre, Rincón y Arnal (2003), como “el conjunto de casos extraídos de una población, seleccionados por algún método de

muestreo” (p. 78), está constituida por 547 estudiantes universitarios de los grados de Educación Infantil y Educación Primaria matriculados durante el curso 2012– 2013 en la Universidad San Antonio de Murcia, centro de Educación Superior Universitario de carácter privado elegido para la realización de nuestro estudio.

Según los datos aportados por el Centro Regional de Estadística de la Región de Murcia (CREM), los alumnos matriculados en las dos Universidades de la región (Universidad de Murcia y Universidad San Antonio de Murcia) que ofertan los títulos de Educación Infantil y Primaria en el curso 2012–2013 fueron 1.707.

En la práctica resulta muy complicado llevar a cabo una investigación con todos los sujetos que componen la población por razones económicas, de tiempo, accesibilidad, etc. Por este motivo, se suele recurrir a seleccionar una muestra representativa de la misma (La Torre, Rincón y Arnal, 1996).

En nuestra investigación, la muestra corresponde a un tipo de muestreo no probabilístico de tipo causal, donde los participantes son todos aquellos estudiantes universitarios de los grados de Educación Infantil y Primaria que accedieron a participar voluntariamente en la investigación, contestando a los cuestionarios presentados por el experimentador. Tal y como indican Pardo y Ruíz–Díaz (2002), dicha muestra debe mantener el criterio de representatividad para poder generalizar al resto de la población los resultados obtenidos.

Como muestra representativa del universo, se diseñó un muestreo aleatorio simple, y para el cálculo del tamaño muestral, se aplicó la siguiente fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{N}{1 + \frac{e^2(N-1)}{z^2pq}}$$

n=tamaño muestral (a determinar)

N= tamaño poblacional (N = 1707)

e=error muestral=0.05

z=valor de Z correspondiente al nivel de confianza

pq =varianza de la población

Una vez aplicada la fórmula, observamos que el tamaño de la muestra fue definido en **479 casos para que resulte representativo**, con un **margen de error del 5%** para un nivel de confianza del **99%**, bajo el supuesto de varianza máxima ($p=q=0,5$). En nuestra investigación, el número de participantes es de 547, por lo tanto, podemos decir que la muestra es representativa en relación al universo teórico registrado.

4.3.2.2. Caracterización de la muestra

- Titulación

Tal y como se indica en la tabla 5 y figura 12, el porcentaje de la muestra constituido por estudiantes de Educación Infantil corresponde al 49,2%, mientras que el de los estudiantes de Educación Primaria es del 50,8%.

Tabla 5.

Titulación

		Porcentaje	
		Frecuencia	válido
Válido	Infantil	269	49,2
	Primaria	278	50,8
	Total	547	100,0

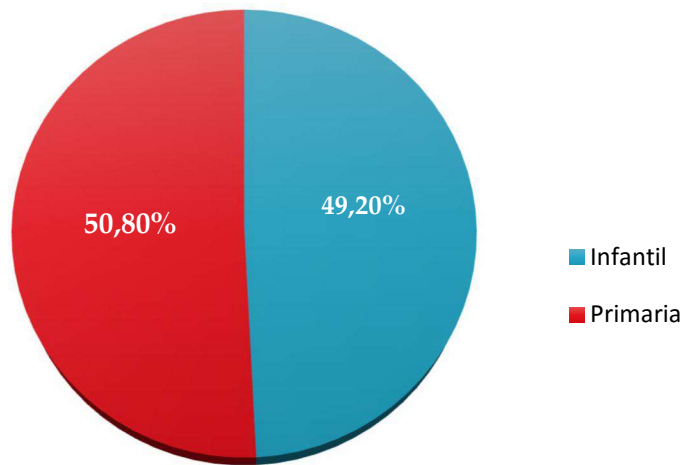


Figura 12. Distribución de la población por titulación universitaria.

- Sexo

Respecto al sexo, tal y como se aprecia en la tabla 6 y figura 13, el 20,5% de la muestra corresponde al género masculino y el 79,5% al género femenino.

Tabla 6.

Sexo

		Porcentaje	
		Frecuencia	válido
Válido	Hombre	112	20,5
	Mujer	435	79,5
	Total	547	100,0

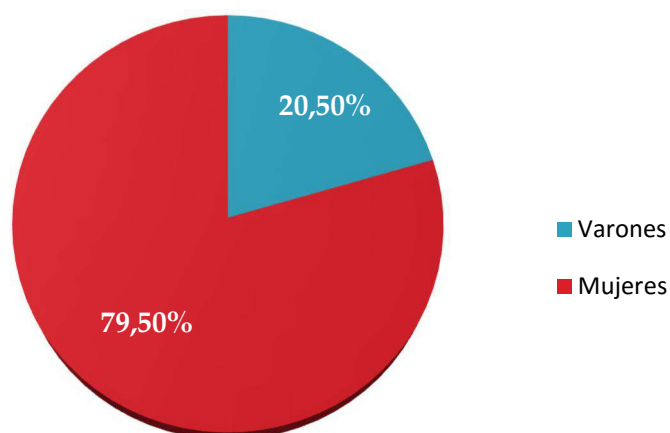


Figura 13. Distribución de la población por sexo.

- Edad

En relación a la edad de los estudiantes (tabla 7), ésta osciló entre los 18 y los 46 años, con un promedio de 21,0 años (DT=4,2). La mayor parte de la muestra la constituyen los estudiantes de 19 años (31,2%), seguido por la edad de 18 años (18,0%), 20 años (18,0%) y por último, los de 21 años (8%). Los 4 tramos de edad constituyen el 75,2% del total de la muestra. El resto está constituido por los estudiantes con edades comprendidas entre los 25 y los 46 años, disminuyendo considerablemente el número de estudiantes a partir de los 26 años (figura 3).

Tabla 7.

Edad

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válido	18-25	487	89,0
	25-30	33	6,0
	30-40	23	4,2
	> 40	4	,7
	Total	547	100,0

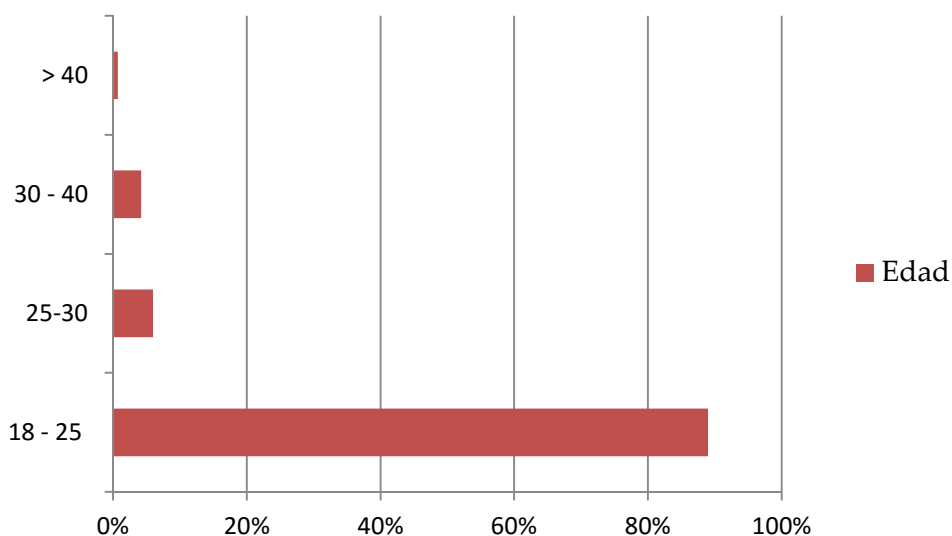


Figura 14. Distribución de la población por edad.

4.4 INSTRUMENTOS

4.4.1. Aplicación de cuestionarios

El cuadernillo de pruebas que se aplicó a los estudiantes encuestados se compone de los siguientes elementos

Hoja 1 (anexo 1): Cumplimentación de datos personales en lo referente a la titulación en la que el estudiante está cursando sus estudios, género y edad.

Hoja 2 (anexo 2): Repertorio de estilos de vida (CEV). Se trata de un inventario de preguntas semicerradas sobre determinados comportamientos relacionados con conductas de salud o de hábitos de vida, que ha sido elaborado expresamente para la presente investigación, centrándonos concretamente en preguntar sobre las variables que más frecuentemente se han relacionado con las dimensiones de personalidad en la literatura científica consultada, así como otras que hemos observado igualmente importantes y que sin embargo, no han tenido prácticamente repercusión en el estudio del análisis de ambas variables,

permitiéndonos, por tanto, arrojar información pionera con los datos de nuestro estudio. Por otro lado, hemos tenido presente las variables de estilos de vida que se han analizado siguiendo el modelo de los Cinco Grandes.

Este inventario está formado por 4 elementos, mediante los que se obtiene una orientación general sobre los estilos de vida más característicos de la población universitaria. Las variables que lo integran están relacionados con:

- Descanso (se registran las horas de sueño que el encuestado duerme de media al día, sin contar el tiempo de siesta).
- Frecuencia de alimentación (se registran el número de comidas diarias que el encuestado realiza al día, sin contar lo que conocemos como “picoteo” entre horas).
- Consumo de sustancias (alcohol, tabaco y drogas), junto con la frecuencia de consumo (nunca, en ocasiones, habitualmente).
- Desempeño de la actividad física que se practica en el momento de realización del cuestionario. Esta variable incluye tres subtipos de actividad física: deporte (caracterizado por ser un ejercicio diario o de carácter profesional), el cual a su vez se subdivide en registrar el tipo de deporte que se practica y si se hace a nivel recreativo o a nivel competitivo /federado, la actividad física (caracterizada por practicar ejercicio habitual que no incluye la práctica diaria ni profesional, como puede ser caminar, correr o nadar). Ésta, a su vez se subdivide en registrar la clase de actividad que se practica. La tercera variable corresponde con la ausencia de actividad física y deportiva (sedentarismo), que a su vez se subdivide en registrar si anteriormente a la realización del cuestionario se había practicado o no algún tipo de práctica física o deportiva.

Hoja 3: NEO–FFI (anexo 3):

El segundo cuestionario utilizado es el NEO–FFI, Neo Five–Factor versión reducida del cuestionario NEO–PI–R, Revised Neo Personality Inventory (Costa y McCrae, 1992), publicado en Español por TEA Ediciones (3ª edición revisada y ampliada, 2008) para la evaluación de la personalidad normal, en el que se recogen 60 ítems (12 por cada dimensión de personalidad). En relación a la

metodología de respuesta, se solicita a los estudiantes que respondan según la opción que más se ajuste a su forma de ser siguiendo una escala tipo Likert de cinco opciones, distribuidas de la siguiente manera: A “totalmente en desacuerdo”, B “En desacuerdo”, C, “Neutral”, D “de acuerdo”, E “totalmente en desacuerdo”, y permite la evaluación de cinco factores principales de la personalidad (neuroticismo, apertura, amabilidad, extraversión, responsabilidad), pero no evalúa las facetas de cada una de las dimensiones.

En este cuestionario se categorizan 5 niveles en la escala de neuroticismo: muy bajo, bajo, medio, alto y muy alto. En la tabla 8 se recogen las puntuaciones de la escala que corresponden a cada uno de ellos, y se especifica el sistema clasificatorio utilizado para este cuestionario.

Tabla 8.

Sistema clasificatorio de puntuaciones NEO-FFI

Categoría	Puntuación T
Muy bajo	< 36
Bajo	36 - 45
Medio	46 - 55
Alto	56 - 65
Muy alto	> 65

Fuente: Costa y McCrae, (2008).

A continuación, presentaremos una descripción de cada una de las dimensiones con definiciones básicas, pero importantes para entender las características de personalidad que las integran:

- Neuroticismo (N): caracteriza a una persona con tendencia a experimentar sentimientos negativos como miedo, melancolía, ira, culpa. Las personas con puntuaciones elevadas, también son propensas a tener ideas irracionales y menor capacidad para controlar sus impulsos y enfrentarse eficazmente a situaciones de estrés. Muestran tendencia a la depresión y son más vulnerables (Costa y McCrae, 1992). Se evalúa con ítems como: “a menudo me siento inferior a los demás”, “cuando estoy bajo un fuerte estrés, a veces siento que me voy a desmoronar”.
- Extraversión (E): contempla a personas sociables, asertivas, activas y con gusto por estar con gente. Puntuaciones elevadas en esta dimensión califica a las personas como alegres, enérgicas y optimistas (Costa, McCrae y Holland, 1984, citado en Costa y McCrae, 2008). Se mide con ítems como: “Disfruto mucho hablando con la gente”, “me gusta tener mucha gente alrededor”.
- Apertura (O): describe a una persona en relación a la creatividad, el sentido estético, abierto hacia el conocimiento intelectual e imaginativo (Costa y McCrae, 1990, citado en Costa y McCrae, 2008). Se mide con ítems como: “Tengo una gran variedad de intereses intelectuales”, “Rara vez experimento emociones fuertes”.
- Amabilidad (A): se relaciona con una persona altruista, confiada siempre dispuesta ayudar a los demás, nada rencoroso, sincero y con cierta ingenuidad (Costa y McCrae, 2008). Se mide con ítems como: “Tiendo a pensar lo mejor de la gente”, “A veces intimido o adulo a la gente para que hagan lo que yo quiero”.
- Responsabilidad (R): el individuo responsable es competente, ordenado, tiene sentido del deber, disciplina y ambición. (Costa y McCrae, 2008). Se mide con ítems como: “Trabajo mucho para conseguir mis metas”, “Tengo mucha auto-disciplina”.

El motivo de utilizar este cuestionario, sobre otros inventarios evaluadores de la personalidad que siguen el modelo de los Cinco Grandes, es debido a que el NEO-FFI se centra en la evaluación de las dimensiones principales de personalidad, no entrando a analizar cada una de las facetas que componen dichas dimensiones, aspecto que no hemos tenido en cuenta en la presente investigación por la temática de la misma. Además, es un inventario aplicable de corta duración, aproximadamente entre 15 y 20 minutos, ya que se trata de su forma abreviada, y no del cuestionario completo cuya ejecución sobrepasa los 40 minutos de duración (NEO-PI-R).

Por otro lado, la herramienta utilizada, tanto en su versión completa como en su versión reducida, está orientado, entre otras aplicaciones, al estudio de los hábitos y las conductas de salud, aspecto que constituye una de las principales variables de estudio en nuestra investigación.

Por último comentar que el cuestionario NEO-FFI es aplicable a estudiantes universitarios y adultos de todas las edades (Costa y McCrae, 2008), sector de la población que hemos evaluado para el análisis de las variables de nuestro trabajo.

Hoja 4. BDI (anexo 4):

El DBI o Beck Depression Inventory se trata de un inventario de 21 ítems de metodología autoaplicada que analiza la intensidad de la sintomatología depresiva (Sanz y Vázquez, 1998). La primera versión del BDI está fechada por Beck *et al*, (1961).

El Inventario de Depresión de Beck, consiste en una escala de 21 ítems ampliamente utilizada para medir y clasificar actitudes y síntomas característicos del estado de ánimo depresivo. En cada uno de los ítems, la persona tiene que elegir entre cuatro opciones de respuesta ordenadas de menor a mayor nivel de gravedad, aquella frase que mejor describe su estado de ánimo durante las últimas dos semanas, incluyendo el día que se completa el cuestionario (Sanz y García-Vera, 2013). Los ítems están elaborados dando mayor importancia a los

componentes cognitivos de la depresión frente a los conductuales y somáticos del individuo (Conde y Useros, 1974).

El cuestionario puede ser aplicado a varios ámbitos de investigación, por un lado, a población no clínica, de tal manera que no se utilice como herramienta diagnóstica sino simplemente como método de evaluación de síntomas depresivos, y por otro, como medida de sintomatología depresiva en pacientes con trastornos psicológicos, llegando a constituirse como la herramienta más utilizada en el ámbito de la investigación (Sanz, Navarro y Vázquez, 2003).

Respecto al método de corrección del cuestionario, cada ítem, en función de la alternativa seleccionada (a, b, c, d), tiene una puntuación de 0 a 3 puntos, de tal manera que, una vez completado, se procederá al sumatorio de todos los ítems y se calculará una puntuación directa total. El puntaje puede abarcar un mínimo de 0 puntos y un máximo de 63 puntos. En el caso de que el encuestado escoja más de una alternativa, se contará aquella a la que le corresponde mayor puntuación, o lo que es lo mismo, el ítem que refleja mayor gravedad de sintomatología depresiva. Las equivalencias entre la opción seleccionada y los puntajes se distribuye de la siguiente manera: A = 0 puntos, B= 1 punto, C= 2 puntos, D = 3 puntos.

El motivo de utilizar este cuestionario para nuestra investigación reside en dos elementos fundamentales, por un lado, la aplicación a población adulta no clínica, de tal manera que no buscamos un instrumento de diagnóstico de patología depresiva, sino únicamente medir sintomatología referida a un estado de ánimo, y, por otro lado, se trata de un cuestionario autoaplicado, con ítems de sencilla redacción y rápido de contestar (entre 10 y 15 minutos). Además de todo ello, en el año 2003, se presentó la versión Española del BDI – II, que justificaba su aplicación a población universitaria a través de la presentación de determinados datos psicométricos, ajustándose en este caso, al tipo de muestra seleccionada para nuestro estudio (Sanz, Navarro y Vázquez, 2003).

Hoja 5. State Trait Anxiety Inventory (STAI) (Anexo 5):

La primera versión del cuestionario de ansiedad estado–rasgo (STAI) está desarrollada en el manual de Levitt (1966, citado Riquelme y Buela–Casal 2011), cuando dedica uno de sus capítulos a contrastar el cuestionario STAI con otros instrumentos diseñados para medir la variable de ansiedad.

A partir de la realización de la tesis doctoral de Bermúdez y de diferentes publicaciones relacionadas con ésta (Bermúdez, 1977, 1978a, 1978b, citado en Buela Casal, Guillén–Riquelme y Seisdedos, 2011), junto con la replicación de los datos a cargo de Urraca (1981, citado en Buela Casal, Guillén–Riquelme y Seisdedos, 2011), se elabora la adaptación Española del cuestionario STAI en su primera edición. Desde entonces, empieza a adquirir una importante consolidación en diversos ámbitos, llegando a ser el séptimo cuestionario más utilizado en España por psicólogos especialistas de diferentes áreas (Muñiz y Fernández–Hermida, 2010).

Treinta años después de la primera adaptación Española, se aconseja una revisión de las propiedades psicométricas del test culminando en una nueva adaptación y edición del cuestionario a cargo de Buela–Casal, Guillén–Riquelme y Seisdedos (2011).

Este cuestionario es de carácter autoaplicado y está formado por escalas independientes que avalúan dos conceptos por separado de la ansiedad, por un lado, la ansiedad estado (A/E) y por otro, la ansiedad rasgo (A/R). La primera (A/E), hace referencia a la manifestación sintomatológica transitoria e intensa de sentimientos subjetivos, que son percibidos de manera consciente y que están relacionados fundamentalmente con la experimentación de tensión, preocupación, nerviosismo y aprensión, así como por una hiperactividad del SNA. La intensidad de los síntomas puede fluctuar en el tiempo. El segundo concepto de ansiedad (A/R), hace referencia a una disposición de carácter relativamente estable de percepción de las situaciones y los estímulos que las

desencadenan como amenazantes para el sujeto, elevando, consecuentemente, la ansiedad estado (Buéla-Casal, Guillén-Riquelme y Seisdedos, 2015).

La aplicación del cuestionario STAI está dirigido a población normal adolescente y adulta, con el objetivo de determinar los niveles en el momento actual de estrés (A/E), y la predisposición a responder ante el mismo de forma desajustada (A/R). Por otro lado, también ha demostrado su utilidad en el ámbito clínico, de tal manera que permite evaluar el nivel de gravedad que presentan los síntomas de ansiedad.

La herramienta puede ser aplicada tanto de manera individual como colectiva, y las instrucciones para realizar cada una de las partes (A/E y A/R), se encuentran descritas en el cuadernillo. Siempre se aplicará primero la parte de A/E y a continuación la parte A/R. Esto viene determinado así, por el hecho de que la medida A/E está diseñada para verse alterada por las circunstancias ambientales de las situaciones que se produzcan alrededor del sujeto próximas a la realización del cuestionario, y por lo tanto, las puntuaciones de esta escala podrían verse alteradas por la afectación emocional si la escala A/R se aplicara en primer lugar.

La metodología de realización del cuestionario consiste en rodear con un círculo la letra (A, B, C, D) que define el grado de intensidad en que se perciben cada una de las frases presentes en cada escala, teniendo en cuenta que, (A=nada, B= Algo, C= Bastante, D= Mucho). En cuanto al tiempo de realización, aunque no se exigen un periodo de tiempo limitado, suele emplearse entre 8 y 10 minutos para cada parte, por lo tanto, unos 20 minutos aproximadamente para completarlo en su totalidad.

En cuanto a la corrección del cuestionario, el puntaje en A/E y A/R puede oscilar de los 0 puntos (mínimo) hasta los 60 puntos (máximo). Las equivalencias entre las letras seleccionadas por el sujeto, y las puntuaciones correspondientes siguen el siguiente esquema tanto para la escala A/E como para la escala A/R: "A"

(nada) = 0 puntos, “B” (algo) = 1 punto, “C” (bastante) = 2 puntos, “D” (mucho) = 3 puntos.

Algunos ítems como por ejemplo “estoy tenso”, están redactados de tal manera que la letra D indica un elevado nivel de ansiedad, mientras que en otros como “me siento seguro”, la misma letra D, hace referencia a un bajo nivel de ansiedad. En este sentido, para obtener la puntuación total, la primera forma de redacción de los ítems se pondera en el mismo sentido descrito por la escala, mientras que el otro sentido de redacción, se invierten las puntuaciones. En la escala A/E, hay 10 ítems de estilo directo y 10 de estilos invertido, mientras que en A/R hay 13 directos y 7 invertidos. Por último, a través de la tabla de baremación, se transforma cada puntuación directa en percentil o decatipo, en función de la interpretación que se quiera realizar del cuestionario.

En caso de aparezcan 1 o 2 ítems sin contestar, se procederá a su corrección de tal manera que se podrá prorratear la puntuación calculando la media en los elementos contestados en esa parte, o bien multiplicando el resultado por 20, o, como última opción, redondeando el resultado al entero más próximo. Si encontramos 3 o más ítems en blanco, tendremos que pensar en la posible anulación del cuestionario (Buela-Casal, Guillén - Riquelme y Seisdedos, 2015).

La razón por la cual hemos utilizado este cuestionario en nuestra investigación radica en el hecho de constituirse como una herramienta de carácter autoaplicado, de corta duración para su realización (entre 10 y 12 minutos), y que se centra, entre otros aspectos, en evaluar niveles de gravedad de sintomatología ansiosa en población normal (no diagnosticada con trastorno de ansiedad), elemento importante para nuestro estudio, ya que no vamos buscando realizar diagnósticos, sino valorar la presencia de emocionalidad negativa, y, más concretamente, en síntomas de ansiedad, interesándonos también el análisis de las escalas, tanto de rasgo como de estado. Por otro lado, la herramienta está validada para ser aplicada a población universitaria, la cual constituye nuestra muestra objeto de estudio.

Por último, constatar que el STAI goza de un reconocido prestigio entre la comunidad científica, destacándose como uno de los primeros instrumentos validados en España y más utilizado por los investigadores y profesionales del área de la salud (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010).

4.5. PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La aplicación de herramientas para la recogida de información y el análisis de los datos debe seguir un proceso sistemático, de tal manera que tenga una secuencia y un orden establecidos (Álvarez-Gayou, 2005).

A continuación describimos los pasos que se han llevado a cabo para la aplicación de los cuestionarios y el tratamiento estadístico utilizado para el análisis de los datos:

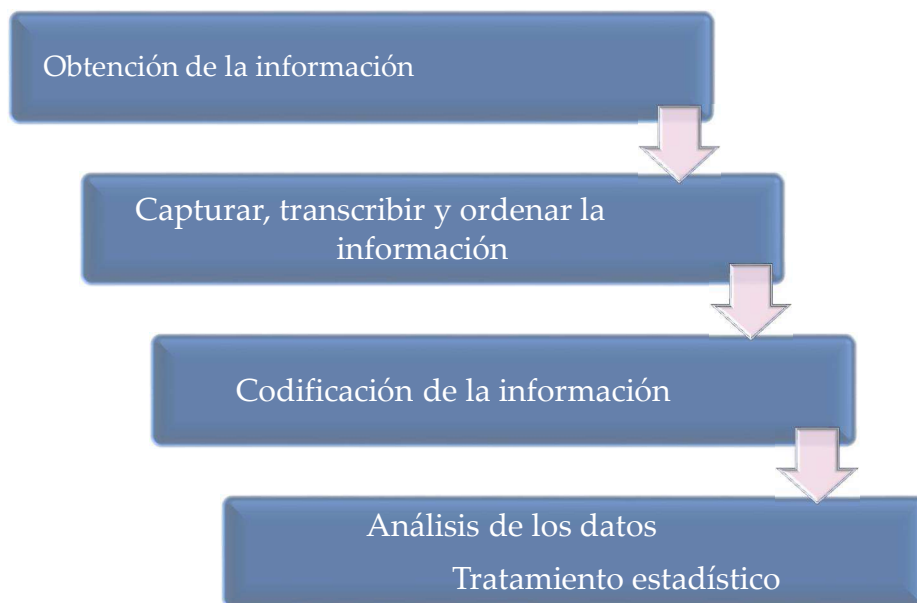


Figura 15. Fases de aplicación del cuestionario y análisis de datos

Fuente: Elaboración propia adaptada de Álvarez-Gayou (2005)

Fase 1ª. Obtención de la información

En primer lugar, se solicitó permiso a la Vicedecana de los títulos de Educación Infantil y Primaria de la Universidad San Antonio de Murcia para la recogida de los datos, aportándole toda la información referida al presente estudio y sus necesidades. En segundo lugar, se procedió a informar y solicitar el consentimiento de los profesores responsables de cada una de las aulas donde se pretendían recoger los datos, elaborando un esquema de horarios para no solaparnos con los mismos alumnos que podían estar en aulas distintas dependiendo de la asignatura a cursar. Por otro lado, se tuvo en cuenta el momento temporal para la aplicación de las pruebas, el cual debía ser fuera del período de exámenes para tratar de evitar el sesgo en las pruebas de medición de emocionalidad negativa. Puesto que todos los estudiantes son mayores de edad, no fue necesario el consentimiento de los padres para participar en la investigación.

La recogida de la información se realizó en las aulas acordadas con los profesores que habían accedido a ceder una parte de su tiempo de clase para la realización de los cuestionarios, de tal manera que, sin previo aviso, la persona responsable de la investigación accedía al aula, y junto al profesor/a que correspondía en la hora marcada, se explicaba al alumnado las instrumentos descritos anteriormente, los cuales se distribuían entre el alumnado presentados en un documento común para facilitar su utilización y posterior almacenamiento. Además, se informó del carácter totalmente anónimo y voluntario de las pruebas. La aplicación de las pruebas se desarrolló en un tiempo aproximado de 35 minutos. El investigador responsable estaba presente durante todo el tiempo de ejecución de las pruebas, de tal manera que podía resolver algunas dudas relacionadas con la redacción de los ítems o la transcripción de los mismos.

La investigación se desarrolló durante los meses de Octubre y Mayo (fuera del periodo de exámenes) del curso escolar 2012/2013, adaptándonos a los horarios de los profesores que impartían clase en los grados de Educación Infantil y Primaria.

Por último, se informaba a los alumnos que todo el tratamiento de los datos era absolutamente confidencial.

Fase 2ª: Captura, transcripción y orden de la información

Tras la aplicación de todas las pruebas descritas anteriormente, procedimos a reclutar toda la información recogida de la población encuestada, y se procedió al vaciado de los cuestionarios sobre un documento Excell para su estructuración y organización en base a todas las variables reclutadas. De esta manera, se empezó a trabajar sobre la información cualitativa y cuantitativa de los datos reclutados.

Fase 3ª. Codificación de la información

Siguiendo a Rubin y Rubin (1995, citado en Fernández-Núñez, 2006), codificar es el proceso mediante el cual se aplica una agrupación en categorías de la información obtenida, la cual alberga ideas comunes.

Para Fernández-Núñez (2006), “Los códigos son etiquetas que permiten asignar unidades con significado a la información descriptiva que se ha recogido durante la investigación” (p. 4).

Siguiendo las descripciones de ambos autores, procedimos a codificar las variables utilizadas en nuestra investigación, de tal manera que se facilitara la transcripción y el posterior análisis estadístico de las mismas.

Fase 4ª. Análisis de los datos y tratamiento estadístico

Para el análisis estadístico descriptivo de la muestra se emplearon los métodos descriptivos básicos, de modo que, para las variables cualitativas, se obtuvo el número de casos presentes en cada categoría y el porcentaje correspondiente, y para las variables cuantitativas los valores mínimo, máximo, media y desviación típica.

Las correlaciones entre variables se comprobaron mediante coeficiente de correlación lineal de Pearson. La comparación de las variables dependientes (dimensiones de personalidad del cuestionario NEO-FFI y síntomas de ansiedad de la prueba STAI) entre los grupos, se realizó mediante el análisis multivariante de la varianza (MANOVA), y para el cuestionario de depresión (BDI), mediante la prueba t-Student o ANOVA en función del número de grupos, y tras la comprobación de los supuestos de normalidad, con el test de Kolmogorov-Smirnov, y de homogeneidad de varianzas con el test de Levene.

El modelo de regresión múltiple se ha empleado para determinar si las variables demográficas (edad y género), de estilos de vida y la emocionalidad negativa de ansiedad y depresión presentan un efecto significativo sobre las dimensiones del NEO-FFI.

La metodología seguida en el análisis estadístico del modelo calculado fue: (1) Estimación puntual de los parámetros del modelo, (2) significación individual de las variables y la constante del modelo, (3) contraste de regresión (ANOVA) para estudiar la validez global del modelo y verificar que, de forma conjunta, las variables explicativas aportan información en la explicación de la variable de respuesta. Evaluación de la bondad de ajuste del modelo a través del coeficiente de determinación y (4) verificación de las hipótesis del modelo a través del análisis de los residuos.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 23.0 para Windows. Las diferencias consideradas estadísticamente significativas son aquellas cuya $p < 0,05$.

CAPÍTULO 5. ANÁLISIS DE DATOS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

INTRODUCCIÓN

En el desarrollo del presente capítulo exponemos tanto los datos recogidos en nuestro estudio según las variables utilizadas, como la interpretación de los resultados tras la realización del análisis estadístico pertinente. Para ello, en primer lugar analizamos los datos de tipo descriptivo, donde se incluyen las variables demográficas objeto de nuestro estudio, y, en segundo lugar, los datos de tipo correlacional, donde se analizan las relaciones existentes entre las distintas variables que componen la investigación.

Por otro lado, hemos estructurado el análisis de los datos correlacionales de forma desglosada según los objetivos específicos propuestos para el estudio, con la finalidad de hacer una presentación más aclaratoria y sencilla de los mismos.

5.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

A continuación se presenta el análisis estadístico de los datos descriptivos necesarios para iniciar el proceso de síntesis de toda la información de la que disponemos. Para ello, hemos utilizado los métodos descriptivos básicos ya mencionados en el capítulo anterior de metodología.

5.1.1. Variables demográficas

- **Titulación, sexo y edad**

La muestra final del estudio, se ha constituido con 547 estudiantes de la Universidad San Antonio de Murcia matriculados en los grados de Educación Infantil (49,2%) y Educación Primaria (50,8%), con una dimensión de género

distribuida en el 20,5% de hombres y el 79,5% de mujeres. La edad de los estudiantes osciló entre los 18 y 46 años con un promedio de 21,0 años (DT = 4,2).

5.1.2. Variables sobre estilos de vida

- **Consumo de alcohol**

En la tabla 9 y Figura 16, se muestra el porcentaje de estudiantes según el consumo realizado de alcohol. El 22,5% manifiesta no consumir alcohol, frente al 76,2% realiza un consumo ocasional, y tan sólo el 1,3% lo hace habitualmente.

Tabla 9.

Consumo de alcohol

Opciones de respuesta	Frecuencia	Porcentaje válido
Válido No	123	22,5
En ocasiones	417	76,2
Habitualmente	7	1,3
Total	547	100,0

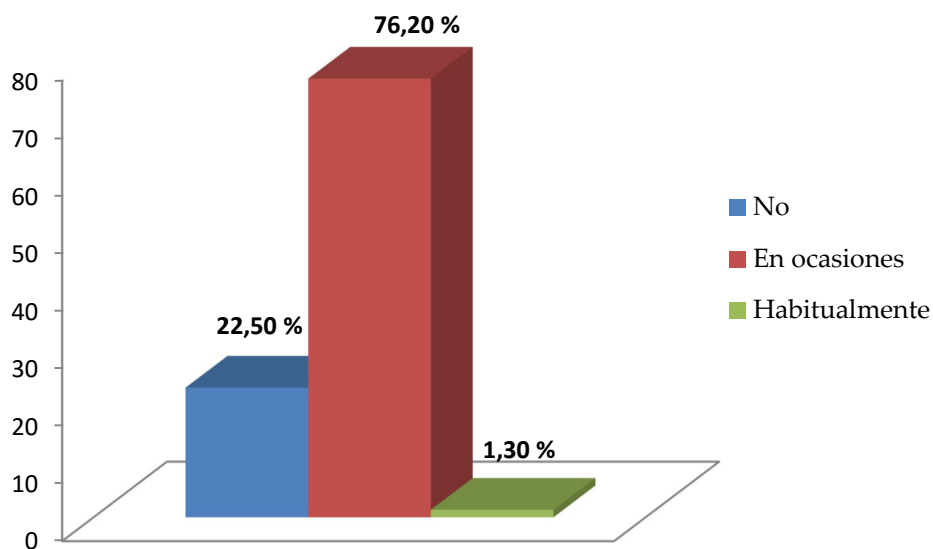


Figura 16. Consumo de alcohol.

- **Consumo de tabaco.**

La información aportada por la población encuestada muestra el porcentaje de estudiantes según el consumo realizado de tabaco. Como se puede observar en la tabla 10 y figura 17, el 62,7% de los estudiantes afirmaron no consumir tabaco, seguido del 13,5% que consumen de forma ocasional y por último, el 23,8% manifestaron ser consumidores habituales.

Tabla 10.

Consumo de tabaco

Opciones de respuesta		Frecuencia	Porcentaje acumulado
Válido	No	343	62,7
	En ocasiones	74	76,2
	Habitualmente	130	100,0
Total		547	

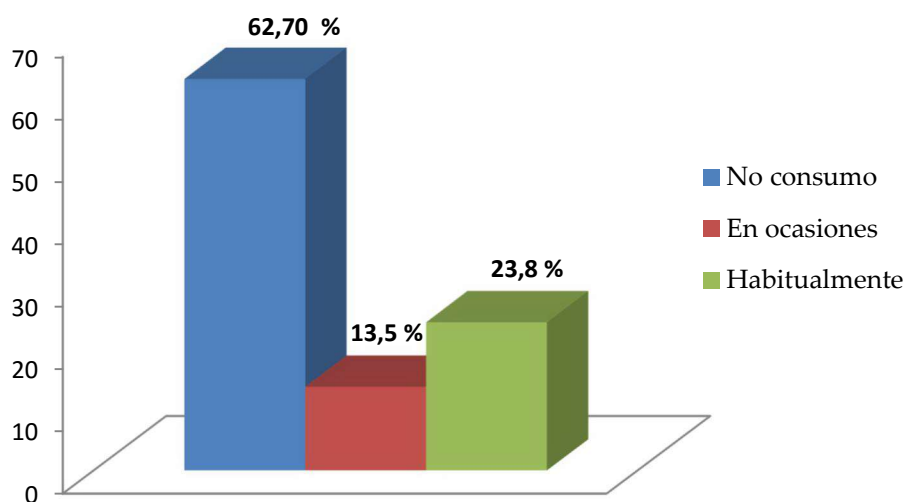


Figura 17. Consumo de tabaco

- **Consumo de drogas**

Tal y como se muestra en la figura 18 y tabla 11, la mayoría de la muestra analizada correspondiente al 96,5% manifiesta no consumir drogas, frente al 2,9% que consume de manera ocasional y tan sólo el 0,5% consume habitualmente.

Tabla 11.

Consumo de drogas

Opciones de respuesta	Frecuencia	Porcentaje válido
Válido No	528	96,5
En ocasiones	16	2,9
Habitualmente	3	,5
Total	547	100,0

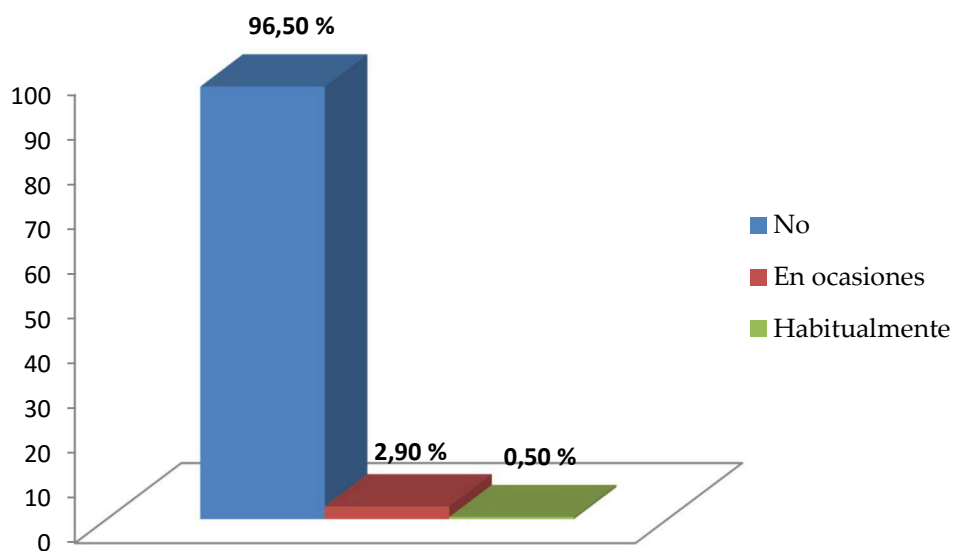


Figura 18. Consumo de drogas

- **Descanso.**

En relación a las horas de sueño, partiendo de la base que recomienda una duración del sueño de 8 horas para que resulte reparador en el sujeto, nos encontramos que, el 25,4% duermen una media de 7 horas diarias, el 42% una media de 8 horas, y el 21% una media de 9 horas o más.

Tabla 12.

Horas de sueño diarias

Opciones de respuesta	Frecuencia	Porcentaje válido
Válido < 6	9	1,6
6-8	420	76,8
>8	118	21,6
Total	547	100,0

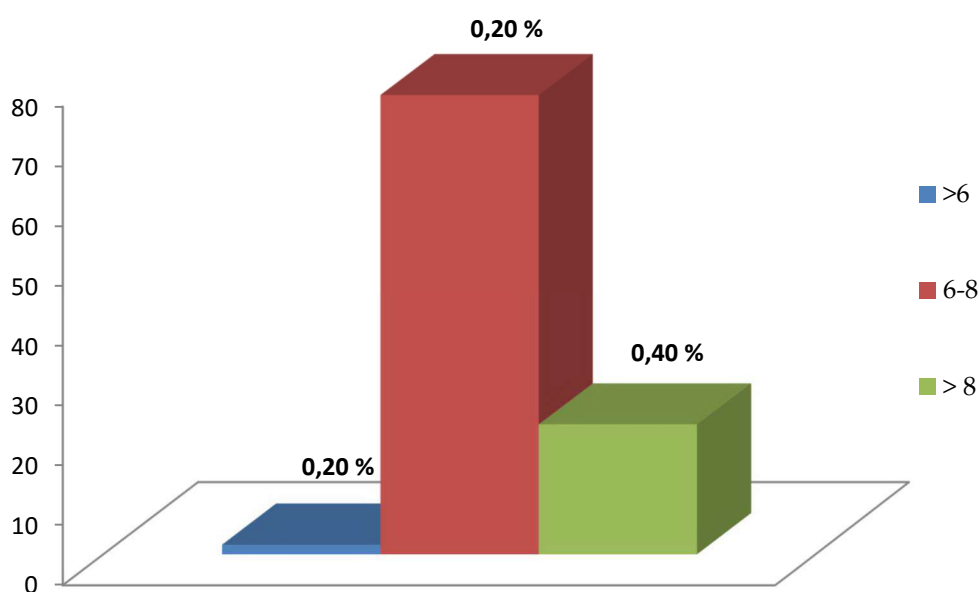


Figura 18. Horas de sueño al día

- **Alimentación.**

Respecto a los hábitos de alimentación, se recomienda una cantidad de 5 comidas diarias repartidas durante el día. Siguiendo este criterio y tal y como se observa en la tabla 13 y figura 19, encontramos que, el 95,6% de la muestra realizan entre 3 y 5 comidas diarias, mientras que un pequeño porcentaje, el 3,8%, manifiestan realizar menos de 3 comidas/día. Por último, tan sólo el 0,6% presenta una frecuencia superior a las 5 comidas/día.

Tabla 13.

Número de comidas diarias

Opciones de respuesta	Frecuencia	Porcentaje válido
Válido <3	21	3,8
3-5	523	95,6
>5	3	,6
Total	547	100,0

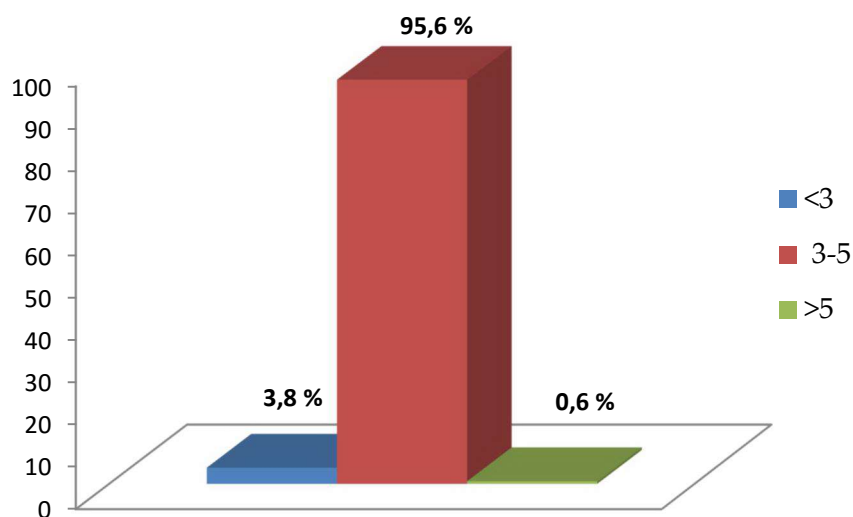


Figura 19. Comidas diarias.

- **Hábitos deportivos**

Tal y como reflejan la tabla 14 y figura 20, con respecto al tipo de actividad que realizan los estudiantes, un 49,5% practica actividad física, frente a un 16,3 % que manifiesta realizar algún tipo de actividad deportiva, y un 34% que no realiza actividad alguna o se incluye como persona "sedentaria".

Tabla 14.

Hábitos deportivos

Opciones de respuesta		Frecuencia	Porcentaje válido
Válido	Deporte	89	16,3
	Actividad física	271	49,6
	Ninguna	186	34,1
	Total	546	100,0
Perdidos	Sistema	1	
Total		547	

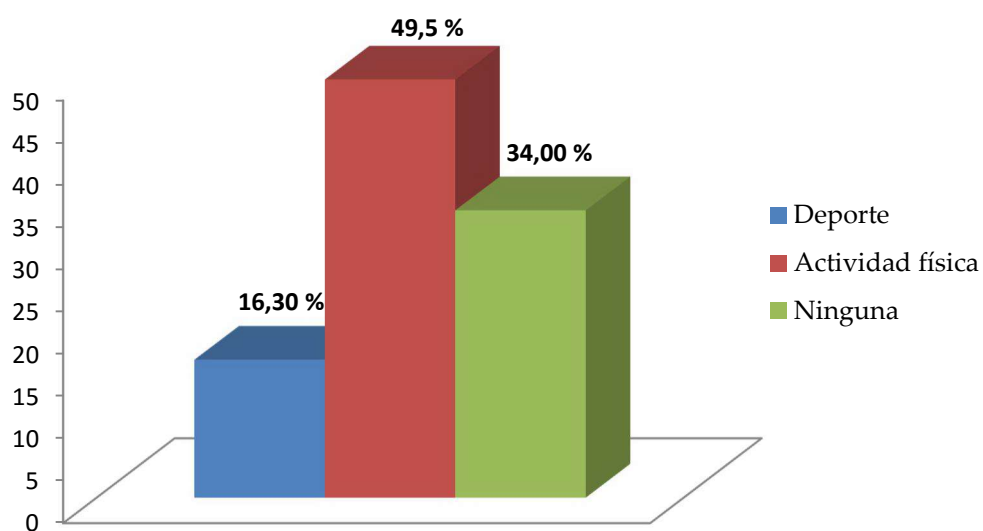


Figura 20. Hábitos deportivos

5.2. ANÁLISIS CORRELACIONAL

Una vez analizados los resultados de los datos descriptivos procedemos al análisis de las relaciones entre las diferentes variables propuestas. Para ello, hemos utilizado diferentes pruebas entre las que se incluyen: coeficiente de correlación de Pearson para el estudio de las correlaciones entre variables, análisis multivariante de la varianza (MANOVA), para la comparación de las variables dependientes (dimensiones de personalidad y ansiedad), prueba T de Student o prueba ANOVA en función del número de grupos para el análisis de la depresión, y tras la comprobación de los supuestos de normalidad, con el test de Kolmogorov-Smirnov. Por último, para la prueba de homogeneidad de varianzas se utilizó el Test de Levene.

A efectos de la comprobación de los supuestos básicos del MANOVA, se realizaron: el contraste de esfericidad de Barlett para determinar si las variables dependientes (dimensiones de personalidad y ansiedad) están significativamente correlacionadas, y el contraste M de Box, para comprobar la homogeneidad de matrices de varianzas-covarianzas entre los grupos, comprobando previamente la homogeneidad univariante de la varianza entre grupos mediante el test de Levene.

Con respecto a la normalidad multivariante, cabe destacar que, MANOVA es una técnica robusta frente a desviaciones a la normalidad con tamaños muestrales grandes si la falta de normalidades está causada por la asimetría en lugar de valores atípicos.

La comprobación del supuesto de esfericidad de Barlett se realizó para los test NEO-FFI (personalidad) y STAI (ansiedad estado-rasgo), y el de homogeneidad univariante y matrices de varianzas-covarianzas, se comprobó para las variables demográficas y de estilos de vida.

5.2.1. Análisis globales de la escala dimensiones de personalidad, variables demográficas, psicográficas y de estilos de vida.

En la tabla 15, se muestran los rangos, medias y desviaciones típicas de las puntuaciones obtenidas en la muestra del estudio de la escala NEO-FFI, la cual evalúa las cinco dimensiones de personalidad descritas anteriormente.

Los valores medios alcanzados, una vez trasladados a puntuaciones típicas para baremar según la escala NEO-FFI, muestran que las dimensiones de extraversión (PT=52), amabilidad (PT=48), apertura (PT=48) y responsabilidad (PT=42) se encuentran en unas puntuaciones medias o medio-bajas, mientras que la dimensión de neuroticismo se encuentra por encima de la media de la población general (PT=59).

Tabla 15.

Dimensiones de personalidad

Dimensión	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Neuroticismo	1	46	21,58	8,49
Extraversión	4	48	33,92	6,81
Apertura	6	45	27,23	6,74
Amabilidad	8	45	31,74	5,96
Responsabilidad	6	48	31,04	6,7

La prueba Barlett determinó que las variables dependientes presentan una correlación significativa Aprox. $\chi^2(10) = 199,03$, $p < 0,001$.

- **Dimensiones de personalidad y género**

En la tabla 16, se observa que se cumplen: la homogeneidad univariante y la homogeneidad de las matrices de varianzas-covarianzas.

Tabla 16.

Homogeneidad varianzas y matriz varianzas-covarianzas según género en dimensiones de personalidad

Dimensión	Prueba de igualdad de varianzas de error (Levene)	Prueba homogeneidad de matrices de varianzas-covarianzas
Neuroticismo	F(1,545) = 0,02, p = 0,880	M de Box = 15,86, p = 0,410
Extraversión	F(1,545) = 0,34, p = 0,559	
Apertura	F(1,545) = 0,56, p = 0,455	
Amabilidad	F(1,545) = 0,01, p = 0,928	
Responsabilidad	F(1,545) = 0,38, p = 0,536	

El MANOVA realizado para comparar las puntuaciones en las dimensiones de personalidad (NEO–FFI) entre hombres y mujeres, mostró que existen diferencias estadísticamente significativas [$F T^2$ de Hotelling (5,541) = 11,89, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,10$] según género. El tamaño del efecto medio indica que el 10% de la varianza en relación a las dimensiones del test, es explicada por la variable género, por lo que se continúa con el estudio para indagar en cuáles de las dimensiones se pudieron obtener las diferencias.

En los resultados de la tabla 17, se muestran los ANOVAs de continuación para el MANOVA que establece la relación entre el género con las dimensiones del test.

Los efectos significativos se presentaron en neuroticismo y amabilidad, donde las puntuaciones medias directas en las mujeres fueron significativamente superiores que la de los hombres.

Tabla 17.

Media P.D. (DT) y contrastes univariados para hombres y mujeres en dimensiones de personalidad

NEO-FFI	Género		ANOVA	
	Hombre (n = 112)	Mujer (n = 435)	F(g.l.), p-valor	eta ²
Neuroticismo				
Media (DT)	17,77 (8,5)	22,57 (8,2)	F(1,545) = 29,99, p < 0,001***	0,052
Extraversión				
Media (DT)	34,44 (6,4)	33,78 (6,9)	F(1,545) = 0,83, p = 0,364	0,002
Apertura				
Media (DT)	27,18 (6,4)	27,25 (6,8)	F(1,545) = 0,01, p = 0,922	0,001
Amabilidad				
Media (DT)	29,88 (6,0)	32,22 (5,9)	F(1,545) = 14,03, p < 0,001***	0,025
Responsabilidad				
Media (DT)	30,35 (6,7)	31,22 (6,7)	F(1,545) = 1,51, p = 0,219	0,003

DT: desviación típica. g.l.: grados libertad. eta²: eta cuadrado parcial (tamaño efecto). *p < 0,05. **p < 0,01. ***p < 0,001.

- **Dimensiones de personalidad y edad.**

Para determinar la influencia de la edad sobre las dimensiones del NEO-FFI se realizó el análisis de correlación de Pearson entre las variables.

Como podemos observar en la tabla 18, la edad correlaciona negativa y significativamente con el neuroticismo de forma que, a mayor edad, menor neuroticismo. Por el contrario, correlaciona positiva y significativamente con la apertura y la responsabilidad de tal manera que ambas dimensiones aumentan con la edad.

Tabla 18.*Correlación entre dimensiones de personalidad y edad*

	Neuroticismo	Extraversión	Apertura	Amabilidad	Responsabilidad
r	-0,108*	-0,048	0,088*	0,025	0,091*
p-valor	0,011	0,266	0,041	0,552	0,033

*p < 0,05

- **Dimensión de personalidad neuroticismo y titulación**

En relación al nivel de neuroticismo que presentan los estudiantes de las titulaciones de Educación Infantil y Primaria, encontramos que más de la mitad de esta población, se encuentra entre los niveles alto y muy alto de neuroticismo (59,8%), equivalente a los niveles 3 (36,4%) y 4 (23,4%), de esta dimensión de personalidad. Próximo al nivel 3, tenemos el porcentaje de la población situado en el grado medio de neuroticismo equivalente al nivel 2 (30%). Por último, el resto de la muestra estudiada se encuentran entre en grado bajo equivalente al nivel 1 (8,6%) y el grado muy bajo o nivel 0 (1,6%). Todo ello lo reflejamos representado en la tabla 19.

Tabla 19.*Niveles de neuroticismo*

	Nivel	Frecuencia	Porcentaje válido
Válido	Muy bajo	9	1,6
	Bajo	47	8,6
	Medio	164	30,0
	Alto	199	36,4
	Muy alto	128	23,4
	Total	547	100,0

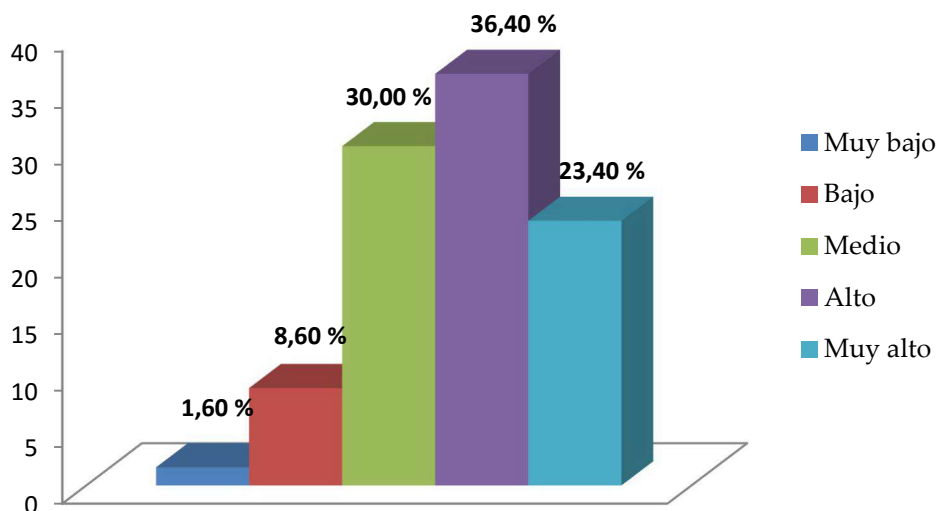


Figura 21. Nivel de neuroticismo

Respecto al análisis por titulaciones, encontramos que, el grado de Educación Infantil (tabla 20), presenta un porcentaje más elevado en la dimensión neuroticismo en comparación con el grado de Educación Primaria (tabla 21), de tal manera que, la población encuestada en Educación Infantil se encuentra entre los niveles alto (38,7%) y muy alto (26,8%) de neuroticismo, integrando al 65,5% del total de la muestra. En la población restante, encontramos que el 27,5% se sitúa en el grado medio, y tan sólo el 7,1% entre los grados bajo (6,7%) y muy bajo (0,4%) respectivamente en dicha dimensión.

Tabla 20.

Niveles de neuroticismo. Tabulación cruzada por titulación

Recuento		grado neuroticismo					Total
		muy bajo	bajo	medio	alto	muy alto	
Título	Infantil	1	18	74	104	72	269
	Primaria	8	29	90	95	56	278
Total		9	47	164	199	128	547

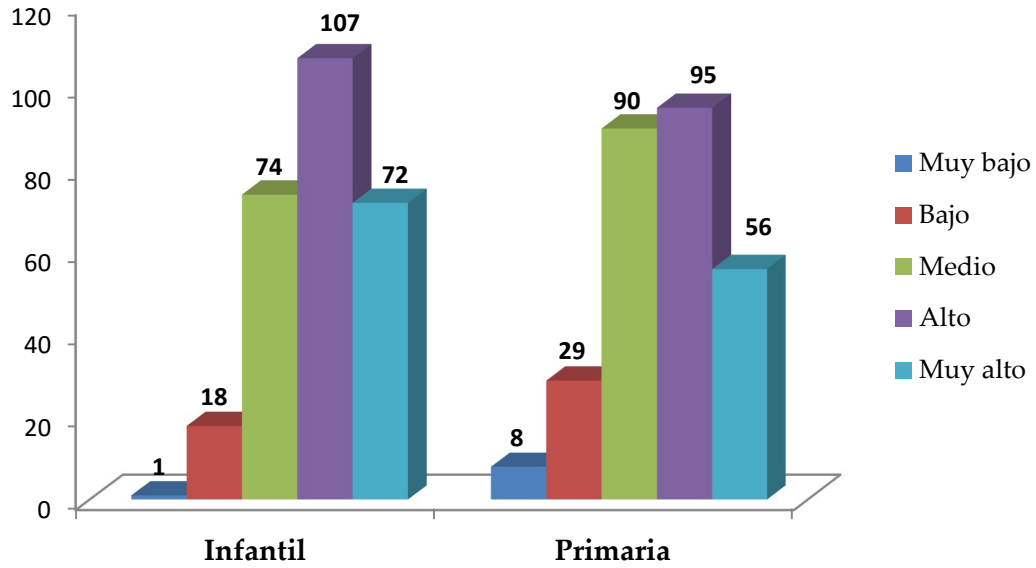


Figura 22. Niveles de neuroticismo según titulación.

Tabla 21.

Niveles de neuroticismo en Educación Infantil

Educación		Frecuencia	Porcentaje válido
Válido	muy bajo	1	,4
	bajo	18	6,7
	medio	74	27,5
	alto	104	38,7
	muy alto	72	26,8
	Total	269	100,0

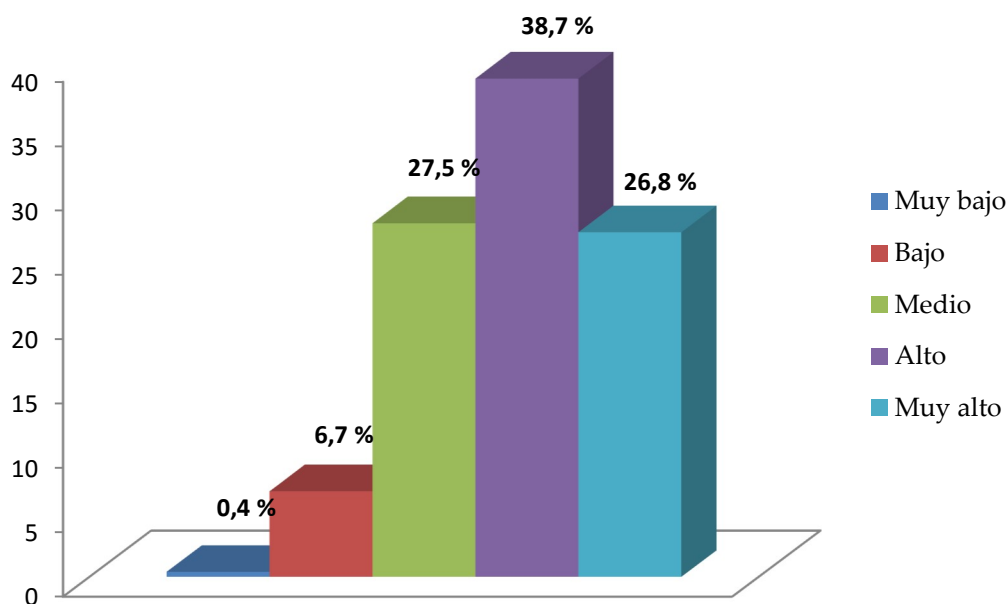


Figura 23. Niveles de neuroticismo en Educación Infantil.

En relación al grado de Educación Primaria, observamos que el 54,3% de la población se encuentra entre los grados muy alto (20,1%) y alto (34,2) de neuroticismo, mientras que en un grado medio se sitúan el 32,4% y entre los grados bajo y muy bajo, el 10,4% y 2,9% respectivamente (tabla 22).

Tabla 22.

Niveles de neuroticismo en Educación Primaria

Educación		Porcentaje	
Primaria		Frecuencia	válido
Válido	muy bajo	8	2,9
	bajo	29	10,4
	medio	90	32,4
	alto	95	34,2
	muy alto	56	20,1
	Total	278	100,0

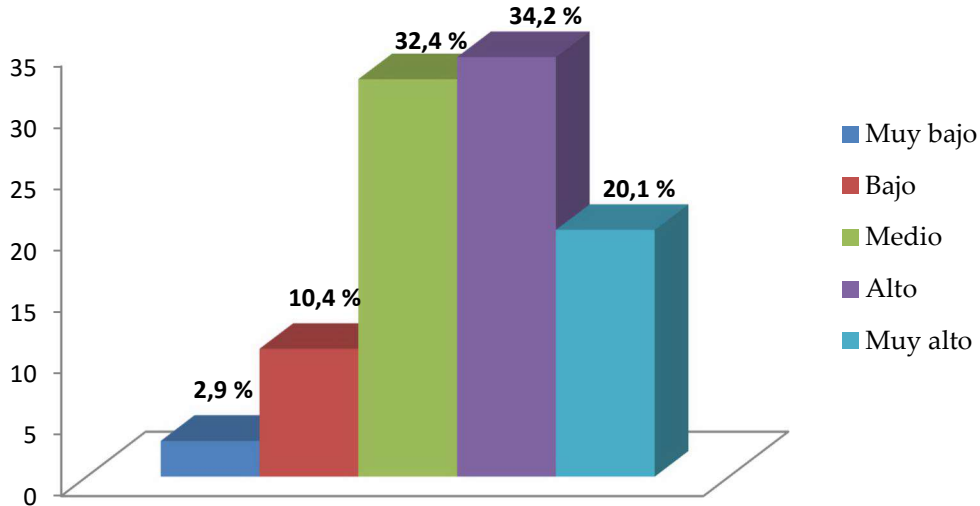


Figura 24. Niveles de neuroticismo en Educación Primaria.

5.2.3. Dimensiones de personalidad y estilos de vida.

A continuación se muestran los resultados de las pruebas de homogeneidad univariante y homogeneidad de las matrices de varianzas-covarianzas realizadas en cada una de las variables de estilos de vida en las que se puede comprobar que en todas ellas se cumplen los supuestos y por tanto la idoneidad de los MANOVA's realizados (tablas 23, 24 y 25).

Tabla 23.

Homogeneidad de varianzas y matriz varianzas-covarianzas según consumo de tabaco en dimensiones de personalidad

Dimensión	Prueba de igualdad de varianzas de error (Levene)	Prueba homogeneidad de matrices varianzas-covarianzas
Neuroticismo	$F(2,544) = 1,59, p = 0,205$	M de Box = 32,15, $p = 0,391$
Extraversión	$F(2,544) = 2,34, p = 0,097$	
Apertura	$F(2,544) = 2,60, p = 0,075$	
Amabilidad	$F(2,544) = 0,76, p = 0,471$	
Responsabilidad	$F(2,544) = 0,56, p = 0,572$	

Tabla 24.

Homogeneidad varianzas y matriz varianzas-covarianzas según consumo de alcohol en dimensiones de personalidad

Dimensión	Prueba de igualdad de varianzas de error (Levene)	Prueba homogeneidad de matrices varianzas-covarianzas
Neuroticismo	F(1,538) = 1,28, p = 0,258	M de Box = 12,32, p = 0,670
Extraversión	F(1,538) = 2,53, p = 0,112	
Apertura	F(1,538) = 0,28, p = 0,598	
Amabilidad	F(1,538) = 0,09, p = 0,770	
Responsabilidad	F(1,538) = 2,21, p = 0,138	

Tabla 25.

Homogeneidad varianzas y matriz varianzas-covarianzas según hábitos deportivos en dimensiones de personalidad

Dimensión	Prueba de igualdad de varianzas de error (Levene)	Prueba homogeneidad de matrices de varianzas-covarianzas
Neuroticismo	F(2,543) = 0,46, p = 0,634	M de Box = 23,12, p = 0,826
Extraversión	F(2,543) = 0,62, p = 0,537	
Apertura	F(2,543) = 0,62, p = 0,539	
Amabilidad	F(2,543) = 0,04, p = 0,966	
Responsabilidad	F(2,543) = 0,69, p = 0,501	

Los MANOVA's realizados para comparar las puntuaciones en las dimensiones del NEO-FFI en las diferentes variables de hábitos saludables mostraron que existen diferencias estadísticamente significativas según el consumo de tabaco, alcohol, y la actividad física realizada (tabla 26).

Tabla 26.*Resultados MANOVAS's variables de estilos de vida*

Variable	Traza de Hotelling	
	F(g.l.)	p-valor
Tabaco	F(5,541) = 3,48	p < 0,001***
Alcohol	F(5,541) = 13,18	p < 0,001***
Actividad	F(5,541) = 3,76	p < 0,001***

p < 0,05. ***p < 0,001.

A continuación, se mostrarán los ANOVA's de continuación para determinar en qué dimensiones del test de personalidad (NEO-FFI) se hallan las diferencias para cada variable de hábitos saludables.

- **Dimensiones de personalidad y consumo de tabaco.**

Tal y como se observa en la tabla 27, los efectos significativos se presentaron en extraversión, donde la puntuación de los fumadores habituales fue significativamente superior a los no fumadores. En el resto de dimensiones de personalidad, no se encontraron diferencias significativas según el grupo de consumidores de tabaco.

Tabla 27.

Medias (DT) y contrastes univariados según consumo de tabaco en dimensiones de personalidad

NEO-FFI	Tabaco			ANOVA	
	En			F(g.l.), p-valor	eta ²
	No (n = 343)	ocasiones (n = 74)	Habitualm. (n = 130)		
Neuroticismo Media (DT)	21,45 (8,4)	20,96 (7,9)	22,30 (9,1)	F(2,544) = 0,71, p = 0,493	0,003
Extraversión Media (DT)	33,03 (7,0)a	34,46 (6,7)a,b	35,94 (5,9)b	F(2,544) = 9,12, p < 0,001***	0,032
Apertura Media (DT)	26,76 (6,4)	27,70 (7,1)	28,23 (7,3)	F(2,544) = 2,48, p = 0,085	0,009
Amabilidad Media (DT)	32,02 (5,8)	31,53 (6,2)	31,14 (6,2)	F(2,544) = 1,08, p = 0,339	0,004
Responsabilidad Media (DT)	31,55 (6,9)	30,42 (6,0)	30,06 (6,5)	F(2,544) = 2,71, p = 0,068	0,010

DT: desviación típica. g.l.: grados libertad. eta²: eta cuadrado parcial (tamaño efecto).

***p < 0,001.a-b: diferentes letras indican diferencias estadísticamente significativas a nivel p < 0,05.

- **Dimensiones de personalidad y consumo de alcohol.**

En la tabla 28, se refleja que en las dimensiones de neuroticismo y extraversión la puntuación de los encuestados que no consumen alcohol fue significativamente inferior con respecto a los bebedores ocasionales, mientras que en amabilidad y responsabilidad la puntuación de los encuestados que no consumen alcohol fue significativamente superior con respecto a los bebedores ocasionales.

Tabla 28.

Medias (DT) y contrastes univariados según consumo de alcohol en dimensiones de personalidad

NEO-FFI	Alcohol		ANOVA	
	No (n = 123)	En ocasiones (n = 417)	F(g.l.); p-valor	eta ²
Neuroticismo Media (DT)	20,09 (9,0)	21,99 (8,2)	F(1,538) = 4,86, p = 0,028*	0,009
Extraversión Media (DT)	31,56 (7,2)	34,52 (6,5)	F(1,538) = 18,62, p < 0,001***	0,033
Apertura Media (DT)	26,95 (6,7)	27,21 (6,7)	F(1,538) = 0,15, p = 0,703	0,001
Amabilidad Media (DT)	32,94 (5,7)	31,47 (6,0)	F(1,538) = 5,83, p = 0,016*	0,011
Responsabilidad Media (DT)	33,67 (7,0)	30,42 (6,3)	F(1,538) = 23,80, p < 0,001**	0,042

DT: desviación típica. g.l.: grados libertad. eta²: eta cuadrado parcial (tamaño efecto).

*p < 0,05. **p < 0,01. ***p < 0,001.

- **Dimensiones de personalidad y hábitos deportivos.**

En la tabla 29, se muestra que los efectos significativos se presentaron en neuroticismo, donde la puntuación de los alumnos que no realizan actividad alguna fue significativamente inferior a los que realizan actividad física o son deportistas, mientras que en apertura la puntuación de los alumnos que no realizan actividad alguna fue significativamente superior a los que realizan actividad física o son deportistas.

Tabla 29.

Medias (DT) y contrastes univariados según hábitos deportivos en dimensiones de personalidad

NEO-FFI	Actividad			ANOVA	
	Ninguna (n = 89)	física (n = 271)	Deporte (n = 186)	F(g.l.), p-valor	eta ²
Neuroticismo	18,22	22,51 (8,4)b	21,74 (8,2)b	F(2,543) = 8,93,	0,032
Media (DT)	(8,5)a			p < 0,001***	
Extraversión	34,78 (6,2)	33,91 (6,8)	33,61 (7,0)	F(2,543) = 0,90,	0,003
Media (DT)				p = 0,406	
Apertura	28,03	27,75 (6,5)b	26,01 (6,7)b	F(2,543) = 4,61,	0,010
Media (DT)	(7,1)a			p = 0,010*	
Amabilidad	30,55 (5,7)	32,14 (5,9)	31,77 (6,0)	F(2,543) = 2,40,	0,009
Media (DT)				p = 0,092	
Responsabilidad	30,98 (6,3)	31,29 (6,7)	30,71 (7,0)	F(2,543) = 0,42,	0,002
Media (DT)				p = 0,658	

DT: desviación típica. g.l.: grados libertad. eta²: eta cuadrado parcial (tamaño efecto). *p < 0,05. **p < 0,01. ***p < 0,001. a-b: diferentes letras indican diferencias estadísticamente significativas a nivel p < 0,05

- **Dimensiones de personalidad y descanso.**

A partir de la tabla 30, se observa que las horas de sueño correlacionan positiva y significativamente con la extraversión de forma que a mayor número de horas de sueño mayor nivel de extraversión.

Tabla 30.*Coefficiente de correlación entre horas de sueño y dimensiones de personalidad*

Variable	Neuroticismo	Extraversión	Apertura	Amabilidad	Responsabilidad
Sueño r	-0,074	0,104*	-0,079	-0,046	-0,059
P-valor	0,085	0,015	0,065	0,284	0,166

- **Dimensiones de personalidad y hábitos de alimentación.**

Siguiendo la tabla 31, se observa que el número de comidas diarias no presenta relación significativa con ninguna de las dimensiones de personalidad descritas.

Tabla 31.*Coefficiente de correlación entre comidas diarias y dimensiones de personalidad*

Variable	Neuroticismo	Extraversión	Apertura	Amabilidad	Responsabilidad
Comidas r	-0,035	0,072	-0,002	0,039	0,039
P-valor	0,415	0,092	0,968	0,359	0,36

5.2.4. Análisis globales de la escala de ansiedad y las variables demográficas y de estilos de vida.

En la tabla 32, se muestran los rangos, medias y desviaciones típicas de las puntuaciones obtenidas en la muestra del estudio en las dimensiones de la escala ansiedad.

Tabla 32.*Descriptivo escala ansiedad*

Ansiedad	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Estado	11	39	24,46	4,8
Rasgo	6	43	25,65	5,47

La prueba Barlett determinó que las variables dependientes presentan una correlación significativa Aprox. $\chi^2(1) = 25,22$, $p < 0,001$.

- **Ansiedad y Variable Género.**

En la tabla 33, se observa que se cumplen la homogeneidad univariante y la homogeneidad de las matrices de varianzas-covarianzas.

Tabla 33.

Homogeneidad varianzas y matriz varianzas-covarianzas según género y ansiedad estado y rasgo

Ansiedad	Prueba de igualdad de varianzas de error (Levene)	Prueba homogeneidad de matrices de varianzas-covarianzas
Ansiedad estado	F(1,538) = 0,45, p = 0,501	M de Box = 3,38,
Ansiedad rasgo	F(1,538) = 2,73, p = 0,099	p = 0,340

El MANOVA realizado para comparar las puntuaciones en las dimensiones de la ansiedad entre hombres y mujeres, mostró que existen diferencias estadísticamente significativas [$F T^2$ de Hotelling (2,537) = 14,61, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,05$] según género. El tamaño del efecto medio indica que el 5% de la varianza en relación a las dimensiones del test es explicada por la variable género, por lo que se continúa con el estudio para indagar en cuáles de las dimensiones se pudieron obtener las diferencias.

En los análisis de la tabla 34, se muestran los ANOVA's de continuación para el MANOVA que establece la relación entre el género con las dimensiones de la ansiedad.

Como podemos observar, los efectos significativos se presentaron en ambas dimensiones, donde en ansiedad estado la puntuación de la mujer fue significativamente inferior con respecto a los hombres, mientras que en ansiedad rasgo la puntuación fue significativamente superior.

Tabla 34.*Medias (DT) y contrastes univariados para hombres y mujeres en ansiedad*

Ansiedad	Género		ANOVA	
	Hombre (n = 112)	Mujer (n = 428)	F(g.l.), p-valor	eta ²
Ansiedad estado Media (DT)	25,45 (4,9)	24,20 (4,7)	F(1,538) = 6,05, p = 0,014*	0,011
Ansiedad rasgo Media (DT)	23,79 (5,0)	26,14 (5,5)	F(1,538) = 16,80, p < 0,001***	0,03

DT: desviación típica. g.l.: grados libertad. eta²: eta cuadrado parcial (tamaño efecto).

*p < 0,05. ***p < 0,001.

- **Ansiedad y Variable Edad.**

Para determinar la influencia de la edad sobre la ansiedad estado y rasgo, se realizó el análisis de correlación de Pearson entre las variables. Tal y como se muestra en la tabla 35, la edad no correlaciona significativamente con ninguna de las dimensiones de la ansiedad.

Tabla 35.*Correlaciones edad con ansiedad estado y rasgo*

	Ansiedad estado	Ansiedad rasgo
r	0,001	-0,063
p-valor	0,990	0,144

*p < 0,05

- **Estilos de vida: comprobación supuestos**

A continuación se muestran los resultados de las pruebas de homogeneidad univariante y homogeneidad de las matrices de varianzas-covarianzas realizadas en cada una de las variables de estilos de vida, en las que

se puede comprobar que en todas ellas se cumplen los supuestos y por lo tanto, la idoneidad de los MANOVA's realizados (tablas 36, 37 y 38).

Tabla 36.

Homogeneidad varianzas y matriz varianzas-covarianzas según consumo de tabaco en ansiedad estado y rasgo

Ansiedad	Prueba de igualdad de varianzas de error (Levene)	Prueba homogeneidad de matrices de varianzas-covarianzas
Ansiedad estado	$F(2,537) = 0,31, p = 0,736$	M de Box = 3,86,
Ansiedad rasgo	$F(2,537) = 1,27, p = 0,282$	$p = 0,700$

Tabla 37.

Homogeneidad varianzas y matriz varianzas-covarianzas según consumo de alcohol en ansiedad estado y rasgo

Ansiedad	Prueba de igualdad de varianzas de error (Levene)	Prueba homogeneidad de matrices de varianzas-covarianzas
Ansiedad estado	$F(1,531) = 0,00, p = 0,972$	M de Box = 1,78,
Ansiedad rasgo	$F(1,531) = 0,19, p = 0,665$	$p = 0,623$

Tabla 38.

Homogeneidad varianzas y matriz varianzas-covarianzas según hábitos deportivos en ansiedad estado y rasgo

Ansiedad	Prueba de igualdad de varianzas de error (Levene)	Prueba homogeneidad de matrices de varianzas-covarianzas
Ansiedad estado	$F(2,536) = 1,06, p = 0,349$	M de Box = 6,41,
Ansiedad rasgo	$F(2,536) = 1,06, p = 0,348$	$p = 0,384$

Los MANOVA's realizados para comparar las puntuaciones en ansiedad de estado y de rasgo en las diferentes variables de estilos de vida (consumo de tabaco, consumo de alcohol, hábitos deportivos), mostraron que únicamente existen diferencias estadísticamente significativas según la presencia de la actividad física realizada, (tabla 39). Seguidamente, en la tabla 40, se mostrarán los ANOVA's de continuación para determinar en qué dimensiones del test de ansiedad se dan las diferencias para cada variable de estilos de vida en la que el MANOVA resultó significativo.

Tabla 39.

Resultados MANOVA,s variables estilos de vida en ansiedad estado y rasgo

Variable	Traza de Hotelling	
	F(g.l.)	p-valor
Tabaco	F(2,537) = 0,78	0,535
Alcohol	F(2,537) = 0,22	0,801
Actividad	F(2,537) = 3,38	0,009**

**p <0,01.

Como podemos observar en la tabla 40, los efectos significativos se presentaron en ansiedad de rasgo, donde la puntuación de los alumnos que no realizan actividad alguna fue significativamente inferior a los deportistas, no siendo significativa con respecto a los que realizan actividad física. Entre los estudiantes que practican actividad física y los deportistas no se mostraron diferencias significativas.

Tabla 40.

Medias (DT) y contrastes univariados según hábitos deportivos en ansiedad estado y rasgo

Ansiedad	Actividad			ANOVA	
	Ninguna (n = 89)	Actividad física (n = 265)	Deporte (n = 185)	F(g.l.), p-valor	eta ²
Ansiedad estado Media (DT)	25,07 (4,9)	24,26 (4,6)	24,40 (5,0)	F(2,536) = 0,96, p = 0,382	0,004
Ansiedad rasgo Media (DT)	24,29 (5,3)a	25,53 (5,2)a,b	26,46 (5,8)b	F(2,536) = 4,90, p = 0,008**	0,018

DT: desviación típica. g.l.: grados libertad. eta²: eta cuadrado parcial (tamaño efecto). **p < 0,01. a-b: diferentes letras indican diferencias estadísticamente significativas a nivel p < 0,05

- **Ansiedad y descanso**

En la tabla 41, se observa que el número de horas sueño manifestados por la muestra no correlaciona significativamente con ninguna de las dos dimensiones de la ansiedad, tanto en estado como en rasgo.

Tabla 41.

Coefficiente de correlación entre horas de sueño y ansiedad estado y rasgo

		Ansiedad estado	Ansiedad rasgo
Sueño	r	0,052	-0,042
	p-valor	0,228	0,331

- **Ansiedad y alimentación**

Tal y como se muestra en la tabla 42, no existen diferencias significativas entre el número de comidas diarias y los niveles de ansiedad en sus dimensiones, tanto en estado como en rasgo.

Tabla 42.

Coefficiente de correlación entre número de comidas diarias y ansiedad estado y rasgo

		Ansiedad estado	Ansiedad rasgo
Comidas	r	0,046	0,01
	p-valor	0,286	0,819

5.2.5. Análisis globales de la escala de depresión y las variables demográficas y de hábitos de vida saludables

En la tabla 43, se muestra el rango, media y desviación típica de la puntuación obtenida en la muestra del estudio en la escala de depresión.

Tabla 43.

Descriptivo escala depresión

Escala	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Depresión	0	41	6,61	5,74

- **Depresión y Variable Género**

Para determinar el efecto de los síntomas depresivos según el género, se utilizó la prueba t-Student a través de la cual podemos observar, que la puntuación media en sintomatología depresiva, fue significativamente superior en las mujeres en comparación a la de los hombres, todo ello reflejado en la tabla 44.

Tabla 44.*Medias (DT) y comparación según género en depresión*

Variable	Depresión	Prueba t-Student	
	Media(DT)	t(g.l.)	p-valor
Sexo		t(545) = -2,31	0,021*
Hombre	5,5 (6,31)		
Mujer	6,9 (5,55)		

DT: desviación típica. g.l.: grados libertad.*p < 0,05.

- **Depresión y Variable Edad**

El análisis de correlación de Pearson entre las variables se llevó a cabo para determinar la influencia de la edad sobre la depresión, cuyo resultado mostró que la edad no presenta correlación significativa con la depresión ($r = -0,004$, $p = 0,922$).

- **Estilos de vida**

Con respecto a las variables de estilos de vida (consumo de alcohol, consumo de tabaco y hábitos deportivos), en relación a la actividad físicas realizada es donde encontramos diferencias significativas, de tal manera que, los alumnos que no practican actividad física alguna, presentaron una puntuación significativamente inferior en depresión, en relación a los que la practican de forma ocasional y a los deportistas (tabla 45).

Tabla 45.*Medias (DT) y comparación puntuaciones en depresión en variables de estilos de vida*

Variable	Depresión	Prueba t-Student	
	Media(DT)	t(g.l.)	p-valor
Alcohol		t(538) = -0,56	0,575
No	6,27 (5,37)		
En ocasiones	6,59 (5,6)		
		ANOVA	
		F(g.l.)	p-valor
Tabaco		F(2,544) = 2,34	0,098
No	6,43 (5,28)		
En ocasiones	5,88 (4,47)		
Habitualmente	7,50 (7,29)		
Actividad		F(2,543) = 5,89	0,003**
Ninguna	4,71 (3,95)a		
Actividad física	6,89 (5,93)b		
Deporte	7,04 (5,95)b		

DT: desviación típica. g.l.: grados libertad. *p < 0,05. **p < 0,01. a-b: diferentes letras indican diferencias estadísticamente significativas a nivel p < 0,05

- **Depresión y descanso**

Tal y como queda reflejado en la tabla 46, a través de la prueba de correlación de Pearson, observamos que las horas de sueño correlacionan significativa y negativamente con la depresión, de manera que, a menor horas de sueño, mayores niveles de sintomatología depresiva.

Tabla 46.*Coefficiente de correlación entre horas de sueño y depresión*

		Depresión
Sueño	r	-0,179**
	p-valor	<0,001

Por otro lado, en relación a la alimentación, se refleja igualmente una correlación negativa y significativa entre ambas variables, de manera que a menor número de comidas diarias, mayores niveles de sintomatología depresiva (tabla 47).

Tabla 47.*Coefficiente de correlación entre número de comidas diarias y depresión*

		Depresión
Comidas	r	-0,101*
	p-valor	0,018

5.2.6. Dimensiones de personalidad y emociones negativas: ansiedad y depresión

Con la idea de conocer las posibles relaciones entre las cinco dimensiones de personalidad estudiadas y la presencia de sintomatología negativa, podemos observar a través de la tabla 58, que en relación a las correlaciones realizadas entre neuroticismo y emociones negativas, observamos que la ansiedad rasgo y la depresión presentan un efecto positivo y directo, de tal manera que, a mayor nivel de neuroticismo, puntuaciones más elevadas tanto en ansiedad rasgo como en síntomas de depresión.

Respecto a las correlaciones entre extraversión y emociones negativas de ansiedad y depresión, concretamente fue la ansiedad estado la que presentó un

efecto significativo y directo, de tal manera que a mayor ansiedad estado mayor puntuación en extraversión, mientras que tanto la ansiedad rasgo como la depresión mostraron un efecto indirecto, por lo tanto, menores puntuaciones en extraversión, implican puntuaciones más altas tanto en ansiedad rasgo como en síntomas de depresión.

Continuando con las relaciones entre responsabilidad y emociones negativas, podemos observar que, tanto la ansiedad de estado como de rasgo presentaron un efecto significativo y directo, de forma que aquellos sujetos con puntuaciones elevadas en responsabilidad, muestran un mayor nivel de ansiedad. Por el contrario, puntuaciones bajas en responsabilidad, reflejan una presencia más baja de sintomatología depresiva. Por último, en relación a las dimensiones de apertura y amabilidad, los modelos realizados no resultaron significativos, por lo que las variables introducidas no influyen sobre dichas dimensiones.

Tabla 48.

Correlaciones dimensiones personalidad y emociones negativas

	NE	EX	AP	AM	RE	AE	AR
Neuroticismo	1						
Extraversión	-0,365**	1					
Apertura	0,011	0,260**	1				
Amabilidad	-0,161**	0,142**	0,103*	1			
Responsabilidad	-0,236**	0,102*	0,092*	0,211**	1		
Ansiedad estado	-0,210**	,0273**	0,034	0,043	0,157**	1	
Ansiedad rasgo	0,461**	-0,151**	0,006	0,018	0,042	0,214**	1
Depresión	0,652**	-0,338**	0,050	-0,095*	0,231**	-0,165**	0,397**

NE: Neuroticismo. EX: Extraversión. AP: Apertura. AM: Amabilidad. RE: Responsabilidad. AE: Ansiedad estado. AR: Ansiedad rasgo

5.2.7. Variables demográficas, estilos de vida, emociones negativas y dimensiones de personalidad

Para determinar la influencia que sobre las dimensiones de personalidad tienen las variables demográficas, de estilos de vida y las emociones negativas de ansiedad y depresión, se realizaron modelos de regresión múltiple cuyos resultados se muestran a continuación.

- **Efecto de las variables demográficas, estilos de vida y emociones negativas en la dimensión neuroticismo**

En la tabla 49, se muestra el análisis de regresión múltiple para el neuroticismo. El modelo analizado resultó significativo ($F(13,518) = 43,66$, $p < 0,001$) con un coeficiente de determinación de 0,511, por lo que el 51,1% de la variabilidad del neuroticismo queda explicada por las variables introducidas en el modelo.

En relación con el efecto predictivo de cada una de las variables independientes, se observa que ser mujer aumenta la puntuación en neuroticismo con respecto los hombres ($B = 2,60$, $p < 0,001$) y los que consumen alcohol tienen un mayor neuroticismo con respecto a los que no consumen ($B = 1,60$, $p = 0,015$).

Con respecto a la ansiedad, la de estado presentó un efecto significativo e indirecto ($B = -0,31$, $p < 0,001$) de forma que a mayor ansiedad de estado menor puntuación en neuroticismo, mientras que la ansiedad de rasgo mostró un efecto positivo ($B = 0,43$, $p < 0,001$) de modo que a mayor ansiedad de rasgo mayor puntuación en neuroticismo. La depresión también mostró un efecto significativo y positivo ($B = 0,75$, $p < 0,001$) de forma que a mayor depresión mayor puntuación en neuroticismo. Con respecto al peso predictivo de las variables significativas (r parcial en valor absoluto), la depresión es la mejor predictora de la puntuación de neuroticismo (r parcial = 0,516) y el alcohol el de menor peso (r parcial = 0,106).

Tabla 49.*Efecto de las variables en la predicción del neuroticismo*

Variable	B (ET)	Beta	IC_{95%} B	t	p-valor	r parcial
Sexo (Mujer vs. Hombre)	2,60 (0,74)	0,13	1,15 ; 4,04	3,531	< 0,001***	0,153
Edad	-0,11 (0,07)	-0,06	-0,24 ; 0,02	-1,678	0,094	-0,074
Tabaco (Sí vs. No)	-0,04 (0,32)	0,00	-0,67 ; 0,59	-0,115	0,909	-0,005
Alcohol (Sí vs. No)	1,60 (0,66)	0,08	0,31 ; 2,90	2,434	0,015*	0,106
Drogas (Sí vs. No)	-1,68 (1,21)	-0,04	-4,06 ; 0,71	-1,384	0,167	-0,061
Enfermo (Sí vs. No)	0,22 (0,52)	0,01	-0,81 ; 1,24	0,415	0,678	0,018
Crónico (Sí vs. No)	-0,21 (0,67)	-0,01	-1,53 ; 1,11	-0,313	0,754	-0,014
Actividad (Sí vs. No)	-0,72 (0,42)	-0,06	-1,54 ; 0,11	-1,699	0,090	-0,074
Sueño	0,12 (0,23)	0,02	-0,33 ; 0,58	0,54	0,590	0,024
Comidas	0,04 (0,29)	0,00	-0,54 ; 0,61	0,12	0,905	0,005
Ansiedad estado	-0,31 (0,06)	-0,18	-0,43 ; -0,20	-5,401	< 0,001***	-0,231
Ansiedad rasgo	0,43 (0,06)	0,28	0,32 ; 0,54	7,796	< 0,001***	0,324
Depresión	0,75 (0,06)	0,49	0,64 ; 0,86	13,708	< 0,001***	0,516
<i>Constante</i>	10,24 (3,43)		3,49 ; 16,99	2,982	< 0,001***	
Resumen del modelo						
R ² (%)	51,1					
Modelo	F(13,518) = 43,66, p-valor = < 0,001					
Supuestos						
Normalidad [†]	p = 0,200					
Independencia [‡]	1,871					
Homocedasticidad	p = 0,821					
+						

B: coeficientes no estandarizados. ET: error típico. Beta: coeficientes estandarizados. R²: coeficiente de determinación. [†]Test de normalidad Kolmogorov-Smirnov de los residuos. [‡]Test de Durbin-Whatson. + Test de Levene entre los valores residuales y predichos. *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001.

- **Efecto de las variables demográficas, estilos de vida y emociones negativas en la dimensión extraversión**

El modelo analizado resultó significativo ($F(13,518) = 43,66, p < 0,001$) con un coeficiente de determinación de 0,227, por lo que el 22,7% de la variabilidad de la extraversión queda explicada por las variables introducidas en el modelo.

En relación con el efecto predictivo de cada una de las variables independientes (tabla 52), se observa que el hecho de consumir tabaco ($B = 1,13, p < 0,001$) y alcohol ($B = 2,30, p < 0,001$) aumenta la puntuación en extraversión con respecto a los no consumidores. La ansiedad de estado presentó un efecto significativo y directo ($B = 0,37, p < 0,001$) de forma que a mayor ansiedad de estado mayor puntuación en extraversión, mientras que la ansiedad de rasgo mostró un efecto indirecto ($B = -0,12, p = 0,027$) de modo que a mayor ansiedad de rasgo menor puntuación en extraversión. La depresión también mostró un efecto significativo e indirecto ($B = -0,35, p < 0,001$) de forma que a mayor depresión menor puntuación en extraversión. Con respecto al peso predictivo de las variables significativas (r parcial en valor absoluto), la ansiedad de estado y la depresión son las mejores predictoras de la puntuación de extraversión (r parcial = 0,268) y la ansiedad de rasgo la variable de menor peso (r parcial = 0,097) (tabla 50).

Tabla 50.*Efecto de las variables en la predicción de extraversión*

Variable	B (ET)	Beta	IC_{95%} B	t	p-valor	r parcial
Sexo (Mujer vs. Hombre)	1,10 (0,75)	0,07	-0,37 ; 2,57	1,473	0,141	0,065
Edad	-0,05 (0,07)	-0,03	-0,18 ; 0,08	-0,774	0,439	-0,034
Tabaco (Sí vs. No)	1,13 (0,33)	0,14	0,49 ; 1,77	3,465	0,001**	0,151
Alcohol (Sí vs. No)	2,30 (0,67)	0,14	0,99 ; 3,62	3,448	0,001**	0,15
Drogas (Sí vs. No)	0,36 (1,23)	0,01	-2,06 ; 2,77	0,288	0,773	0,013
Enfermo (Sí vs. No)	0,33 (0,53)	0,03	-0,71 ; 1,37	0,629	0,530	0,028
Crónico (Sí vs. No)	0,71 (0,68)	0,04	-0,64 ; 2,05	1,033	0,302	0,045
Actividad (Sí vs. No)	-0,15 (0,43)	-0,02	-0,99 ; 0,69	-0,352	0,725	-0,015
Sueño	0,04 (0,23)	0,01	-0,42 ; 0,50	0,155	0,877	0,007
Comidas	0,37 (0,30)	0,05	-0,21 ; 0,95	1,251	0,211	0,055
Ansiedad estado	0,37 (0,06)	0,26	0,26 ; 0,49	6,328	< 0,001***	0,268
Ansiedad rasgo	-0,12 (0,06)	-0,10	-0,23 ; -0,01	-2,211	0,027*	-0,097
Depresión	-0,35 (0,06)	-0,28	-0,46 ; -0,24	-6,319	< 0,001***	-0,268
Constante	25,18 (3,48)		18,33 ; 32,02	7,228	< 0,001	
Resumen del modelo						
R ² (%)				22,7		
Modelo				F(13,518) = 13,00	p-valor = < 0,001	
Supuestos						
Normalidad [‡]				p = 0,358		
Independencia [‡]				1,937		
Homocedasticidad [‡]				p = 0,687		

B: coeficientes no estandarizados. ET: error típico. Beta: coeficientes estandarizados. R²: coeficiente de determinación. [‡]Test de normalidad Kolmogorov-Smirnov de los residuos. [‡]Test de Durbin-Whatson. ⁺ Test de Levene entre los valores residuales y predichos. *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001.

- **Efecto de las variables demográficas, estilos de vida y emociones negativas en la dimensión de responsabilidad**

En la tabla 51, se observa el resultado del modelo de regresión realizado para la puntuación en responsabilidad. Así, el hecho de consumir alcohol mostró un efecto significativo e indirecto en la puntuación en responsabilidad ($B = -2,89$, $p < 0,001$) de forma que tomar alcohol hace disminuir la puntuación en responsabilidad con respecto a los que no consumen. La cronicidad de la enfermedad mostró un efecto significativo y directo ($B = 1,48$, $p = 0,036$) de modo que los alumnos con alguna enfermedad crónica son más responsables que los que no presentan una enfermedad crónica. Tanto la ansiedad de estado como de rasgo presentaron un efecto significativo y directo (estado: $B = 0,16$, $p = 0,007$ y rasgo: $B = 0,14$, $p = 0,019$) de forma que a mayor ansiedad mostró un efecto significativo e indirecto ($B = -0,33$, $p < 0,001$) de forma que a mayor depresión menor puntuación en responsabilidad.

Con respecto al peso predictivo de las variables significativas (r parcial en valor absoluto), la depresión es la mejor predictora de la puntuación de responsabilidad (r parcial = 0,243) y la ansiedad de rasgo la variable de menor peso (r parcial = 0,103). El modelo analizado resultó significativo ($F(13,518) = 7,18$, $p < 0,001$) con un coeficiente de determinación de 0,131, por lo que el 13,1% de la variabilidad de la responsabilidad queda explicada por las variables introducidas en el modelo.

Tabla 51.*Efecto de las variables en la predicción de responsabilidad*

Variable	B (ET)	Beta	IC_{95%} B	t	p-valor	r parcial
Sexo (Mujer vs. Hombre)	1,41 (0,77)	0,09	-0,10 ; 2,92	1,833	0,067	0,08
Edad	0,11 (0,07)	0,07	-0,02 ; 0,25	1,643	0,101	0,072
Tabaco (Sí vs. No)	-0,34 (0,34)	-0,04	-0,99 ; 0,32	-1,003	0,316	-0,044
Alcohol (Sí vs. No)	-2,89 (0,69)	-0,18	-4,24 ; -1,53	-4,194	< 0,001***	-0,181
Drogas (Sí vs. No)	-0,22 (1,27)	-0,01	-2,71 ; 2,28	-0,169	0,866	-0,007
Enfermo (Sí vs. No)	0,73 (0,54)	0,06	-0,34 ; 1,80	1,335	0,182	0,059
Crónico (Sí vs. No)	1,48 (0,70)	0,09	0,10 ; 2,86	2,103	0,036*	0,092
Actividad (Sí vs. No)	-0,47 (0,44)	-0,05	-1,33 ; 0,40	-1,06	0,290	-0,047
Sueño	-0,29 (0,24)	-0,05	-0,76 ; 0,18	-1,201	0,230	-0,053
Comidas	0,11 (0,30)	0,02	-0,49 ; 0,71	0,362	0,717	0,016
Ansiedad estado	0,16 (0,06)	0,12	0,04 ; 0,28	2,692	0,007**	0,117
Ansiedad rasgo	0,14 (0,06)	0,11	0,02 ; 0,25	2,353	0,019*	0,103
Depresión	-0,33 (0,06)	-0,27	-0,44 ; -0,21	-5,699	< 0,001***	-0,243
Constante	25,63 (3,59)		18,58 ; 32,68	7,14	< 0,001	
Resumen del modelo						
R ² (%)			13,1			
Modelo			F(13,518) = 7,18, p-valor < 0,001			
Supuestos						
Normalidad [†]			p = 0,153			
Independencia [‡]			2,148			
Homocedasticidad ⁺			p = 0,321			

B: coeficientes no estandarizados. ET: error típico. Beta: coeficientes estandarizados. R²: coeficiente de determinación. [†]Test de normalidad Kolmogorov-Smirnov de los residuos. [‡]Test de Durbin-Whatson. ⁺ Test de Levene entre los valores residuales y predichos. *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001.

Por último, en relación a las dimensiones de apertura y amabilidad, los modelos realizados no resultaron significativos (apertura: $F(13,518) = 1,48$, $p = 0,120$) y amabilidad ($F(13,518) = 1,09$, $p = 0,365$) por lo que las variables introducidas en el modelo no influyen en la apertura y amabilidad.

PARTE III.

REFLEXIONES

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Una vez analizados e interpretados tanto los datos como los resultados obtenidos de cada uno de los objetivos planteados en nuestro estudio, procedemos a presentar en el capítulo actual la discusión de los resultados finales, para continuar con las conclusiones generales de esta investigación. Para ello, haremos referencia a otras investigaciones previas que están relacionados con la temática que nos ocupa, esperando poder aportar nuevos conocimientos a las áreas de estudio referenciadas en las que, como hemos podido comprobar, sobre algunas de ellas todavía no se han desarrollado de una manera más amplia, y, por otro lado, la mayoría de las conclusiones son de carácter contradictorio o poco consistente, dejando, por tanto, muchas puertas abiertas hacia el seguimiento de las mismas líneas de conocimiento, pero también a la apertura de diferentes y novedosas perspectivas de investigación.

Los objetivos que se plantearon en este estudio perseguían determinar la influencia de las cinco dimensiones de personalidad según el modelo de Costa y McCrae sobre los estilos de vida (consumo de alcohol, tabaco, alimentación, descanso y actividad física). Además, se han estudiado las relaciones existentes entre los estilos de vida y las emociones negativas, concretamente la ansiedad y la depresión, así como estimar los efectos de los estilos de vida sobre dichas emociones. También hemos considerado importante conocer la influencia del género y la edad sobre todas las variables estudiadas. Por otro lado, se ha analizado el nivel de la dimensión neuroticismo en la población universitaria encuestada, ya que muchos autores apuntan a que dicha dimensión es la que está más directamente relacionada con la adquisición de hábitos de vida saludables y no saludables, así como con el bienestar psicológico que tanto contribuye a la ausencia de sintomatología ansiosa y/o depresiva, entre otras variables. Por último, se ha evaluado el efecto que puede ejercer la personalidad sobre la presencia de síntomas relacionados con emocionalidad negativa.

Por todo ello, esperamos que este trabajo contribuya a conocer de un modo más específico, las dimensiones de personalidad que están implicados por un lado, en la adopción de diferentes estilos de vida en población adulta joven, y por otro, en la influencia y repercusión de éstos sobre estados de malestar psicológico que pueden llegar a ser tan perturbadores para el individuo como la ansiedad y la depresión, así como las diferencias encontradas en función del género y la edad de los sujetos. De esta manera, pretendemos favorecer la identificación de patrones de personalidad que podríamos denominar “de riesgo”, con el objetivo de predecir a medio-largo plazo, posibles conductas no saludables y por lo tanto, de establecer programas de prevención, que en nuestro caso estarían dirigidos a población universitaria, de tal manera que pudiéramos minimizar lo máximo posible la adopción de conductas de salud que podrían acarrear una adicción, una enfermedad física, mental o ambas.

A continuación, describimos las conclusiones generales de nuestro estudio tomando como referencia los objetivos específicos planteados al inicio de nuestra investigación:

- ***Objetivo 1: Analizar las dimensiones de personalidad en relación a las variables demográficas de género y edad***

El primer elemento que hemos evaluado y con el que empezamos este capítulo de discusión, está relacionado con el análisis de las diferencias entre hombres y mujeres en base a los cinco factores de personalidad descritos por el modelo de Costa y McCrae (1985).

En relación a los resultados de los MANOVAS obtenidos en nuestra investigación, observamos que aparecen efectos significativos en dos de los cinco rasgos de personalidad analizados, de tal manera que, los factores Neuroticismo y Amabilidad mostraron puntuaciones significativamente superiores en el género femenino, en comparación con las del género masculino.

En investigaciones previas relacionadas con la temática que nos ocupa (Urquijo y Del Valle, 2013; Caballo, Guillén y Salazar, 2009; De Miguel, 2005; Dresch, 2006; Pérez–Fuentes, Gázquez y Molero, 2012; Lippa, 2010; Barra, Soto, Smith, 2013; Lehman *et al*; 2013, Garaigordobil, Aliri, Fontaneda, 2009 y Serodino, 2014), encontramos concordancia con nuestros resultados, corroborando en sus conclusiones que es la dimensión Neuroticismo, aquella que presenta puntuaciones significativamente más elevadas en mujeres que en hombres. Por otro lado, la dimensión Amabilidad, no presenta en los estudios mencionados anteriormente unas diferencias de género tan marcadas como el Neuroticismo, algo que sí ocurre en nuestra investigación.

Según las dimensiones evaluadas, los resultados de nuestro estudio interpretan la personalidad de la mujer con una mayor tendencia a presentar rasgos de responsabilidad, amabilidad y neuroticismo, en cambio, los hombres presentarían por un lado, una mayor extraversión y apertura a la experiencia y, por otro, una menor tendencia a la amabilidad, y, de forma más acusada en comparación con el resto de dimensiones de personalidad, al neuroticismo.

Es importante resaltar que, a pesar de no encontrar diferencias según el género en la dimensión responsabilidad, ésta sí muestra una puntuación media superior en el género femenino en comparación con el género masculino.

En contraposición a los resultados de nuestro estudio y de la mayor parte de las investigaciones consultadas, encontramos otros estudios que no reflejan diferencias significativas en las relaciones entre dimensiones de personalidad y variable de género, o, únicamente, en una dimensión, la cual varía en función de la investigación contrastada, por lo tanto, los resultados de éstos últimos carecen de consistencia (Bernarás, Garaigordobil y de Las Cuevas, 2011; Bausela, 2007; Cardenal y Fierro, 2001 y Villanueva, 2016).

Siguiendo los datos expuestos anteriormente, podríamos elaborar un perfil de personalidad de la mujer, cuya tendencia está más orientada a presentar rasgos elevados en las dimensiones responsabilidad, amabilidad y neuroticismo, y por el contrario, una menor tendencia hacia la extraversión y la apertura en

comparación con los hombres. Dicho esto, también es importante tener en cuenta que las diferencias en todas las dimensiones de personalidad entre hombres y mujeres son escasas, exceptuando el neuroticismo donde esas diferencias aparecen con una puntuación superior más acusada en el género femenino.

En cuanto a las relaciones entre las dimensiones de personalidad y la edad, nuestro estudio, al igual que otros estudios publicados (Jiménez, 2015; Orejudo y Froján, 2005 y Osada, Rojas, Rosales; Quiceno, 2014 y Vega-Dienstmaier, 2010) indica que la edad correlaciona negativa y significativamente con el neuroticismo de forma que a mayor edad menor neuroticismo. Por el contrario, los niveles tanto de la apertura como de la responsabilidad aumentan con la edad.

- ***Objetivo 2: Estimar el nivel de neuroticismo en estudiantes universitarios de los grados de Educación Infantil y Primaria***

En relación al segundo objetivo específico planteado en este estudio, se analizaron los resultados llevados a cabo mediante análisis de frecuencias y porcentajes, sobre los niveles de la dimensión neuroticismo que presentaron los estudiantes universitarios correspondientes a los grados de Educación Infantil y Primaria.

Los resultados de nuestro estudio demuestran que el 38,6% de los estudiantes de educación infantil presentan un nivel alto (grado de 3) de neuroticismo, y el 26,7% un nivel muy alto (grado 4) de neuroticismo, por lo tanto, el 65,3% de la muestra total evaluada, se encontrarían entre los niveles alto y muy alto de neuroticismo. Por el contrario, tan sólo el 8,6% y el 1,6% se ubicarían entre los niveles bajo y muy bajo respectivamente. El grado medio correspondería al 30% de la población estudiada.

Si atendemos a los resultados obtenidos en su conjunto entre ambas titulaciones (Educación Infantil y Primaria), nos encontramos con que el 66,4% de la muestra se encuentra entre los niveles medio (30%) y alto (33,4%), y un 23,4% en el nivel muy alto. Sin embargo, entre los niveles bajo

y muy bajo, se encontraría el 10,2% (8,6% y 1,6% respectivamente) de la muestra restante.

Este patrón de resultados sugiere con claridad, al igual que otros estudios relacionados con el tema (Barra, Soto, Smith, 2013; Castellano, Fermoselle, Osma y Crespo, 2015 y Contreras, Barbosa y Espinosa, 2010;) que los niveles presentados por el grupo de población universitaria en la dimensión de personalidad neuroticismo, es más elevado que la media general, y por tanto, nos encontramos con un perfil de personalidad que define al individuo como una persona con mayor tendencia a experimentar sentimientos negativos, nerviosismo, irritabilidad, hostilidad, impulsividad, etc, facilitando el desajuste emocional y la falta de adaptación al medio.

Las investigaciones encontradas que corroboran los resultados analizados en este objetivo, asumen que estas puntuaciones más elevadas de los percentiles, podrían estar relacionados con factores propios del ciclo vital en el que se encuentran los estudiantes, ya que el inicio de los estudios universitarios pueden suponer, entre otras cosas, el abandono del núcleo familiar, el aumento de las autoexigencias personales y académicas, el afrontamiento hacia situaciones nuevas o desconocidas, el inicio de relaciones personales en otro entorno diferente al controlado anteriormente, así como por el periodo de adaptación propiamente dicho de los estudiantes en la universidad.

Consideramos relevante resaltar, junto con los resultados de la dimensión neuroticismo, la importancia que presentan estas elevadas puntuaciones en la relación con otras variables psicológicas como son, la percepción del bienestar y los estilos de afrontamiento que utilizan los estudiantes, ya que ambas pueden ser uno de los determinantes que influyan en la adopción de los comportamientos o conductas de hábitos de vida que valoraremos más adelante. En relación a la primera variable, diversos estudios concluyen que el neuroticismo, ejerce una relación inversa con respecto al bienestar psicológico (Barra, Soto, Smith, 2013;

Garaigordobil, Aliri, Fontaneda, 2009; Grant, Langan-Fox & Anglim, 2009 y Novoa y Barra, 2016), de tal manera que, a mayor nivel de neuroticismo, menor percepción en los niveles de satisfacción con la vida en todas sus dimensiones, cognitivo, emocional y personal-experiencial. Por otro lado, analizando algunos estudios relacionados con la segunda variable (Fierro-Hernández y Jiménez, 2002; Galeano, 2012 y Rueda y Pérez, 2004), los estilos de afrontamiento ejercen una relación directa en las dimensiones de personalidad, y concretamente, en la población que presenta puntuaciones elevadas en el neuroticismo, podemos observar cómo la mayor parte del afrontamiento utilizado por ésta ante los problemas y situaciones adversas que le acontecen, están relacionados con la distorsión, evitación y adopción de conductas paliativas sobre el evento problemático al que se enfrentan, también llamados, “estilos maladaptativos”, los cuáles harían que los sujetos tiendan a evaluar las situaciones problemáticas como más amenazantes, peligrosas o dañinas, así como con mayor incapacidad para resolverlas con éxito (Taylor, 2003). Todo ello, podría provocar niveles más elevados de ansiedad y/o síntomas de depresión, e incluso, patologías relacionadas con estas emociones negativas, además de frecuentes manifestaciones somáticas (Cassareto, 2011).

Buscando una relación de ésta última variable psicológica que acabamos de mencionar, con algunas de aquellas que hemos analizado en nuestro estudio sobre estilos de vida, podemos decir que determinados estilos de afrontamiento pueden llegar a desencadenar algunas conductas que se traduzcan en hábitos poco saludables como el consumo de tabaco, alcohol y drogas, trastornos en la alimentación y alteraciones del sueño. Además, estas conductas pueden verse reforzadas y potenciadas cuando éstos estilos de afrontamiento, debido a su inadecuada e ineficaz adaptación ante las situaciones problemáticas a las que se tienen que enfrentar los sujetos, eleva los niveles de emocionalidad negativa, pudiendo generar con el paso del tiempo, y en caso de que no se toman las medidas adecuadas para paliarlo, un grupo de síntomas específicos, que englobe tanto el inicio y mantenimiento de determinadas conductas adictivas, como la presencia

de trastornos psicopatológicos ansioso–depresivos, mermando de manera muy acusada el bienestar psicológico de los sujetos.

- ***Objetivo 3: Comprobar las relaciones existentes entre estilos de vida y dimensiones de personalidad***

El concepto de estilo de vida y su estudio ha variado ampliamente en los últimos 30 años, concretamente desde los años 70 hasta la actualidad, la conceptualización y desarrollo de la conducta de los sujetos hacia su salud, ha sufrido varios cambios en función de la escuela o corriente psicológica que formulaba dicho concepto. A día de hoy, el estilo de vida se ha desarrollado fundamentalmente dentro de la corriente médica, pero también, y cada vez más, se le está dando importancia al aspecto psicológico.

En nuestro estudio, y siguiendo los patrones que la sociedad reconoce, hemos dividido los estilos de vida en dos vertientes hacia las que el sujeto puede encaminar sus comportamientos. Por un lado, hablamos de los denominados hábitos de vida saludable, que integran la tendencia del individuo a ocuparse por su salud desde el punto de vista de mantener buenos hábitos en cuanto a la alimentación, el descanso, la actividad física y el consumo de sustancias. Por otro lado, los hábitos no saludables, que conducen al sujeto a todo lo contrario, es decir, a realizar y mantener conductas dañinas, e incluso peligrosas para su salud en todos los elementos expuestos anteriormente.

Si bien es cierto que la adquisición de un patrón u otro de estilo de vida está muy condicionado por las variables sociodemográficas (edad, género, nivel cultural, relaciones sociales, etc.), no es menos cierto que la personalidad también juega un papel muy importante en la tendencia y predisposición del sujeto hacia la elección de uno u otro estilo. En este sentido, si consideramos la definición de personalidad de Allport (1961) como “aquella que se puede definir en función de la organización dinámica de los sistemas psicofísicos del individuo que determinan sus conductas y pensamientos característicos” (p. 28), no es de extrañar que reflexionemos sobre la acusada influencia que podría tener la personalidad sobre los estilos de vida adoptados por los sujetos. De todo ello, se suscita nuestro interés por intentar establecer relaciones entre ambas variables

(personalidad y estilo de vida), y comprobar, si efectivamente, se ven afectadas de manera significativa.

Para establecer dichas relaciones, hemos analizado las cinco dimensiones de personalidad propuestas según el modelo de Costa y McCrae (1985), con las variables de estilo de vida, todo ello especificado en el capítulo de metodología de esta tesis.

Por lo que respecta al tercer objetivo aquí expuesto, si analizamos los datos de nuestro estudio, podemos observar la aparición de diferencias significativas en las dimensiones de extraversión en relación con el consumo de tabaco y de alcohol, y se añade la dimensión neuroticismo, que correlaciona únicamente para el consumo de alcohol. En este sentido, y en relación al consumo de tabaco, podemos especificar que, las puntuaciones en extraversión fueron significativamente superiores en los fumadores habituales en comparación con los no fumadores, y en cuanto al consumo de alcohol, las puntuaciones en neuroticismo y extroversión fueron significativamente inferiores en los sujetos no bebedores con respecto a los bebedores ocasionales. Además, nuestro estudio también refleja diferencias en la dimensiones de amabilidad y responsabilidad, siendo las puntuaciones de éstas significativamente superiores entre los individuos de la muestra que no consumen alcohol en comparación con los consumidores ocasionales.

A partir de este patrón de resultados, comenzaremos la discusión de las investigaciones previas consultadas en relación a las variables de las dimensiones de personalidad descritas anteriormente, y el consumo de alcohol y tabaco como conductas que forman parte del estilo de vida. En este sentido, es necesario comentar que la publicación de estudios a lo largo de los años ha sido muy intermitente, y que en la última década ha escaseado bastante. Si atendemos a investigaciones previas, encontramos que a diferencia de nuestro estudio, existe una clara relación entre el hábito tabáquico y la dimensión neuroticismo (Cándido *et al*, 2007; Fernández del Río y Becoña, 2009; Jackson y Unrod, 2000; Munafo y Black, 2007; Sánchez y Robles, 2013 y Villar *et al*, 2004), y por otro lado, consultamos otros estudios que sí corroboran el nuestro cuando establecen

diferencias con la dimensión extraversión (Cándido et al, 2007; Munafo y Black, 2007 y Walton y Roberts, 2004). Por el contrario, estudios como el de Terraciano y Costa (2004), no encuentran efectos significativos entre el hábito tabáquico y la extraversión.

En la línea de todo lo expuesto anteriormente y analizando la revisión bibliográfica realizada, observamos que poco más de la mitad de los estudios revisados, encuentran diferencias significativas entre dimensiones de personalidad y estilos de vida. Por lo tanto, podríamos decir que a la vista de estos resultados, que los datos no arrojan conclusiones estables que permitan corroborar con cierta consistencia la relación directa entre ambas variables.

En relación al consumo de alcohol, parece que hay un mayor acuerdo en la influencia que ejerce el neuroticismo sobre el mismo en población universitaria, y al igual que los datos arrojados por nuestro estudio, otras investigaciones corroboran la relación significativa entre ambas variables con mayor consistencia que en el caso de consumo del tabaco (Arana, 2013; Munafo y Black, 2007 y Pilatti, Urrizaga, Chicolla, Cupani, 2014). Con todo ello, algunos estudios como el de Munafo y Black (2007), Audrian-Mc Govern, *et al*; (2004) y Cándido *et al*; (2007), sugieren que los efectos de éstas dos dimensiones sobre el consumo tanto de alcohol como de tabaco son pequeños, y que más bien pueden relacionarse con el inicio temprano del consumo más que con el desarrollo en sí mismo del hábito adictivo, conclusión que avalan otros estudios. Por el contrario, estudios como el de Chassin, Presson, Pitts y Sherman (2000), y White, Pandina y Chen, 2002, no encuentran en sus resultados datos que permitan demostrar que los rasgos de personalidad pueden tener un efecto sobre el inicio del consumo de sustancias, fundamentalmente en la adolescencia.

Por lo tanto, y al amparo de los resultados expuestos anteriormente por la literatura científica consultada, podemos observar cómo el estudio entre las dimensiones de personalidad y el consumo de sustancias adictivas de alcohol y tabaco en el entorno universitario, presenta resultados poco concluyentes y de baja consistencia, mostrando la necesidad de seguir investigando sobre el tema.

Para terminar con la discusión entre dimensiones de personalidad y conductas adictivas, creemos interesante mencionar que a raíz de la búsqueda de investigaciones sobre la temática que nos ocupa, y aunque los estudios que vamos a citar posteriormente no se centran en nuestro objetivo de investigación, es importante valorar que la mayor parte de los análisis encontrados mucho más actuales que los anteriormente expuestos, siguen dos líneas muy definidas en el campo de la investigación sobre la personalidad y las adicciones. En esta línea, tenemos por un lado, aquellos que evalúan las relaciones entre trastornos de personalidad y trastorno de sustancias adictivas, cuyos resultados están enfocados principalmente al desarrollo y aplicación de programas de prevención ante el consumo de dichas sustancias (Becoña *et al*, 2011; Becoña *et al*, 2012; Becoña y Míguez, 2004; Cándido *et al*, 2007; Cervera *et al*, 2001; De la Villa, 2007; Fantin, 2006; Gil, 2012; Gómez, Luengo, Romero, Villar, y Sobral, 2006; Lara, 2015; Lara, Romero, Foncerrada, Rebollo y Aguilar, 2006 y Sáiz, González, Paredes, Martínez y Delgado, 2001) y por otro lado, el estudio de la mejora en los tratamientos psicológicos, así como en el pronóstico y evolución de consumidores adictos a sustancias en población clínica adulta (Fernández del Río y Becoña, 2010; Fernández del Río, López y Becoña, 2010, 2011; Fernández del Río, Cañadas, López, Becoña, 2011; Márquez-Arrico y Adán, 2013; Martínez, 2011; Pedrero, 2003; Pedrero, 2007; Pedrero y Rojo, 2008; Perea, Oña, Ortiz, 2009 y Salazar, Ripoll, Bobes, 2010).

Con este último análisis, queremos dejar constancia de hacia dónde se han dirigido gran parte de las líneas de investigación más actuales sobre el estudio entre dimensiones de personalidad y conductas de consumo de sustancias adictivas, y cómo el elemento primario de estudio, que trata el establecimiento de relaciones consistentes entre ambas variables, todavía no está lo suficientemente claro ni ha sido corroborado por las diferentes investigaciones que han trabajado sobre el tema.

En cuanto a la relación entre actividad física y dimensiones de personalidad, los resultados de nuestra investigación revelan que aparecen efectos significativos entre la práctica de deporte y el neuroticismo, de tal manera, que los sujetos que no realizan ningún tipo de actividad física obtuvieron una

puntuaciones significativamente inferiores a los que sí practican ejercicio físico con regularidad o son deportistas de competición. Por otro lado, también encontramos diferencias en la dimensión de apertura, donde la población no deportista fue superior a la deportista profesional o que practica ejercicio de forma habitual. En el resto de las dimensiones de personalidad, no se han encontrado relaciones entre población sedentaria, deportista habitual y deportista de competición. Estos resultados, son totalmente opuestos a la mayoría de los encontrados, donde se establece que los deportistas correlacionan positivamente con los rasgos de extroversión y responsabilidad y negativamente en el rasgo de neuroticismo en comparación con los sedentarios (Cabrita, Rosado, De la Vega y Serpa, 2014; García-Naviera, 2009; García-Naviera, Ruiz y Pujals, 2011; McKelvie, Lemieux, Scout, 2003 y Rodríguez-Peláez, Arrayás, Fernández-Ozcorta, Tornero, 2013). Sin embargo, siguiendo esta línea de investigación, encontramos otro grupo de estudios menos numerosos, donde no se obtienen diferencias significativas entre población deportista y no deportista y las cinco dimensiones de personalidad (Giacobbi, Hausenblas y Frye, 2005; Meza, 2008 y Rodríguez, 2011).

En relación a los estudios previos consultados y debido a la contraposición de los resultados, García-Naviera y Ruiz-Barquín (2013), establecieron dos perspectivas sobre las relaciones entre éstas variables. Por un lado, la escéptica, cuyos autores se decantan por demostrar los efectos de las dimensiones de personalidad sobre la actividad física, y por otro lado, la crédula, que afirma todo lo contrario. Ambas perspectivas siguen vigentes a día hoy debido a esa falta de acuerdo entre los autores. Dicho esto, nuestros datos corroboran, precisamente, esta contraposición en los resultados, ya que no podemos consensuarlos con la mayor parte de la bibliografía consultada.

Por otro lado, creemos importante resaltar, que la mayor parte de las investigaciones se han centrado en estudiar la personalidad en sí misma del sujeto deportista y, sobre todo, del profesional de competición, y no tanto en buscar comparaciones entre los tres grupos de población delimitados en nuestro estudio como sedentarios, aquellos que practican ejercicio físico de forma regular y

deportistas que compiten o no profesionalmente, siendo más escasas las publicaciones referidas a nuestro objetivo.

Siguiendo con la línea de estudio entre estilos de vida y dimensiones de personalidad, nos vamos a centrar a continuación en la variable hábitos de alimentación, y más concretamente, en nuestra investigación, nos hemos ajustado a medir exclusivamente el número de comidas diarias que realizan los sujetos para valorar la influencia de las dimensiones de personalidad sobre la adquisición de un hábito.

La población universitaria es un grupo especialmente vulnerable desde el punto de vista nutricional, ya que tiende a suprimir algunas de las comidas principales con cierta frecuencia, aumentando por otro lado la ingesta de alimentos poco saludables entre éstas. Por lo tanto se trata de un período muy importante para el desarrollo de conductas dietéticas saludables que repercutirán en el estado de salud futuro (Pi; Vidal; Brassesco; Viola y Aballay, 2015).

Los resultados obtenidos de nuestro estudio sobre la relación entre dimensiones de personalidad y hábitos de alimentación, nos indican que no existen diferencias significativas entre ninguna de las cinco dimensiones evaluadas y el número de comidas diarias que realiza el sujeto universitario, por lo tanto, no parece que exista una influencia de la personalidad sobre la adquisición de unos hábitos alimenticios adecuados o no adecuados. Estos resultados corroboran los aportados por otros estudios que abordan la temática de los estilos de vida y los rasgos de personalidad (Campos, 2009).

Por otro lado, es importante destacar que la contribución científica en el estudio de las relaciones entre las dos variables mencionadas, es muy escaso, y por esta razón, nos hemos interesado en buscar otros estudios que sigan una línea de investigación similar. En este sentido, hemos observado dos campos de estudio entre los cuales se centran gran parte de las aportaciones encontradas. Por un lado, las investigaciones centradas en analizar las relaciones significativas entre dimensiones de personalidad y población obesa o con sobrepeso, cuyo objetivo principal radica en la evaluación de la adherencia a los tratamientos pautados

para pacientes con obesidad, y de esta manera, poder predecir, por otro lado, el éxito o el fracaso de las terapias de la manera más ajustada posible (Bravo del Toro, Espinosa, Mancilla y Tello, 2011; Lorence, 2008 y López–Pantoja *et al*; 2012).

Una vez evaluados los resultados de los estudios mencionados, observamos que la mayoría de ellos sí coinciden en la existencia de relaciones significativas entre dimensiones de personalidad y pacientes obesos, concretamente, aparecen puntuaciones significativamente elevadas en los sujetos con obesidad en las dimensiones de extraversión e impulsividad en comparación con la población en normopeso, además de esto, otros estudios también relacionan la obesidad con la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en el entorno universitario (Nieto, 2016 y Unikel, Díaz de León y Rivera, 2016). Confirmamos, de esta manera, la necesidad de un mayor número de investigaciones sobre la relación entre hábitos de alimentación y personalidad en población considerada como no clínica en el entorno universitario, ya que no buscamos tratar patologías relacionadas con la alimentación, sino prevenir posibles alteraciones de la personalidad relacionadas con los estilos de vida, más concretamente, y en relación a todo lo expuesto en este último apartado, con los posibles cambios que se puedan producir en los patrones alimenticios durante el periodo universitario. Por otro lado, nuestros resultados indican la ausencia de relación entre dimensiones de personalidad y hábitos de alimentación, aunque sí queda corroborada la incidencia que tienen éstos cambios alimenticios sobre la presencia y/o mayor queja somática por parte del sujeto de síntomas relacionados con ansiedad y depresión, aspecto este último, que abarcaremos con mayor profundidad en la discusión del siguiente objetivo específico.

- ***Objetivo 4: Evaluar las relaciones existentes entre estilos de vida y emocionalidad negativa de ansiedad y depresión***

En relación a los estilos de vida evaluados, en este objetivo procedemos a la discusión sobre la existencia de relaciones entre el consumo de alcohol y tabaco, la actividad física, los hábitos alimenticios y el descanso, con la presencia de emocionalidad negativa en población universitaria, centrándonos específicamente en el estudio de la sintomatología ansiosa y depresiva.

Empezando con el consumo de alcohol y tabaco y la presencia de ansiedad en sus dos dimensiones, tanto estado como rasgo, y síntomas de depresión, nuestros resultados indican que no existen diferencias significativas entre el consumo de dichas sustancias y la presencia de sintomatología ansiosa y/o depresiva en la población universitaria encuestada. No encontrándose tampoco relaciones en función de los diferentes grupos de consumo (no consumidores, consumidores ocasiones y consumidores habituales), y la presencia de ansiedad.

En relación a otros estudios consultados sobre la temática que nos ocupa, los resultados de nuestra investigación arrojan datos contrapuestos, ya que algunos como el de Pérez Lo Presti, Molina y Alberto (2012) y Pérez, Pérez y Medina (2011), constatan que los estudiantes universitarios consumidores de bebidas alcohólicas y tabaco sí presentaban síntomas de ansiedad generalizada. Además, estos estudios encuentran diferencias en cuanto a la gravedad de la sintomatología ansiosa según el grupo de consumidores a los que estamos evaluando, presentando una mayor puntuación en ansiedad el consumidor habitual frente al consumidor ocasional. En este sentido, es importante destacar que los inventarios utilizados entre nuestro estudio y otras investigaciones para la medición de la ansiedad en la población diana, no son los mismos, lo que puede provocar variaciones tanto en los resultados como en la interpretación de los datos.

Por otro lado, es importante destacar que tanto nuestro estudio como los consultados, fueron llevados a cabo sobre población no clínica, por lo tanto no podemos hablar en ningún caso de la presencia o ausencia de patologías diagnosticadas como trastorno de ansiedad o trastorno depresivo, sino únicamente de la presencia de síntomas relacionados con dichas emociones negativas.

Siguiendo con la variable de estilos de vida que evalúa las relaciones entre el nivel de actividad física y la presencia de ansiedad, los resultados de nuestro estudio revelan que sí existen relaciones significativas entre los estudiantes que practica deporte y la ansiedad rasgo, de tal manera que, las puntuaciones de los

estudiantes sedentarios fue significativamente inferior respecto a los deportistas, y no resultó significativa la relación con aquellos que practica actividad física de manera ocasional.

En relación a los síntomas depresivos, nuestros resultados indican que los estudiantes que no realizan ningún tipo de actividad física presentan una puntuación significativamente inferior con respecto a los que sí la practican de manera ocasional y en comparación con los deportistas, siendo estos últimos los que presentan un mayor nivel de sintomatología depresiva.

Estos resultados encontrados en nuestra investigación, se contradicen con los expuestos en otros estudios consultados de la misma temática, de tal manera, que la gran mayoría de ellos, sí encuentran relaciones positivas y directas entre ambas variables, consolidando el hecho de que los estudiantes universitarios que son deportistas, ya sean o no de competición, muestran una menores puntuaciones de síntomas ansiosos y depresivos en comparación con los sedentarios, llegando a la conclusión de que la práctica deportiva de forma regular es altamente beneficiosa para una buena salud tanto física como mental (Gunell, Crocker, Mack, Wilson y Zumbo, 2014; Jiménez, Narváez, Morales y Sánchez, 2008; Olmedilla, Ortega y Candel, 2010 y Texeira, Carraça, Marklan, Silvan y Ryan, 2012). Sin embargo, indagando con mayor profundidad en la literatura científica sobre las relaciones entre la práctica de ejercicio físico y los beneficios psicológicos que reporta, aunque los estudios encontrados no son tan recientes como los expuestos anteriormente, podemos ver que no existe una total unanimidad entre los autores sobre el efecto positivo de esta relación, sino que algunas investigaciones han encontrado una relación contraria entre ambas variables, de tal manera que, la práctica de deporte podría aumentar los niveles de malestar psicológico entre los sujetos que la practican, y particularmente, influir en el aumento de la sintomatología ansiosa, aunque no se ha descrito nada del efecto sobre la depresión (Cairney, Faught, Hay, Wade y Corna, 2005; Candel, Olmedilla y Blas, 2008; Cassidi *et al*; 2004).

Por lo tanto, al amparo de los resultados encontrados en diversas investigaciones, y de los datos aportados por nuestro estudio, parece no existir una consistencia totalmente clarificadora del efecto de la práctica de actividad física sobre el bienestar emocional y psicológico de los sujetos, ya que, por un lado, la mayoría de las investigaciones sí aportan resultados que avalan los elevados beneficios psicológicos que conlleva el realizar deporte, mientras que otros, contradicen estos argumentos mostrando el efecto contrario en sus resultados de investigación. En esta línea, es importante destacar, que estos estudios contradictorios con el resto, se centran fundamentalmente en población deportista de competición, y justifican sus resultados argumentando sobre la hipótesis del alto nivel de exigencia que conlleva este tipo de deporte, pudiendo provocar un efecto contrario que se manifieste en quejas somáticas y emocionales de sintomatología ansiosa. En este sentido, consideramos importante valorar la enorme presión a la que se encuentran sometidos los deportistas de competición que cursan estudios universitarios, ya que tienen que compaginar los estudios con los entrenamientos y las competiciones profesionales, añadiéndose además, la responsabilidad de conseguir logros deportivos que les permitan mantener las becas que sustentan sus matrículas universitarias. Por todo ello, no sería de extrañar que se produjera un desajuste emocional contrario a los beneficios que parece reportar la práctica de deporte.

Analizando todos los resultados descritos anteriormente, parece necesario seguir investigando a este respecto, y esclarecer si efectivamente el aumento de emocionalidad negativa sólo puede aplicarse a un grupo de población específica como son los deportistas de élite, o si realmente, la práctica de ejercicio físico más ocasional o habitual entre población normal, no tiene tanta repercusión como se cree sobre el bienestar emocional.

En cuanto a la variable de estilo de vida relacionada con el descanso, hemos evaluado la relación entre el número de horas que manifiestan dormir los estudiantes de nuestro estudio, y su efecto sobre la emocionalidad negativa de los mismos. En este sentido, nuestros resultados indican una correlación negativa y significativa entre ambas variables. Así, encontramos que a menor número de horas de sueño, mayores niveles de sintomatología depresiva. Por otro lado,

respecto a la ansiedad, no se han encontrado diferencias significativas en su relación con la cantidad de sueño manifestada. Estos resultados son coincidentes con otros estudios consultados sobre las relaciones entre ambas variables, cuyos datos también corroboran que los sujetos con menor cantidad de horas de sueño, presentaban emociones más negativas de depresión, en comparación con aquellos que dormían lo considerado como saludable para un descanso óptimo, y que está estipulado en 8 horas diarias (Bórquez, 2011; Cano, Miró, Espinosa y Buela-Casal, 2004; Cruz-Sáez *et al*; 2016; Miró, Martínez y Arriaza, 2006; Tafoya, Jurado, Yépez, Fouilloux y Lara, 2013 y Wong *et al*; 2013).

Por otro lado, y siguiendo esta línea de investigación, otros estudios como el de Sierra, Zubeidat, Ortega y Delgado-Domínguez (2005), y Moo, Pérez, Solís y Arankowsky (2005), consideran que, si bien la depresión sí guarda una estrecha relación con la cantidad de horas de sueño, la ansiedad sólo se ve afectada por la calidad del descanso y la percepción que tiene el sujeto sobre el mismo.

Al amparo de todos los resultados aquí descritos, parece clara la relación entre número de horas de sueño y sintomatología depresiva, pero no parece tan evidente el efecto de la cantidad de descanso sobre la ansiedad, ya que en este sentido hay resultados contradictorios que establecen una relación significativa e inversa entre calidad del sueño y presencia de síntomas de ansiedad, pero no encuentran relación con la cantidad de horas que manifiesta dormir la población encuestada.

Por último, en relación a los resultados analizados sobre la variable de hábitos de alimentación, es importante destacar, en primer lugar, que nuestro estudio se ha centrado en analizar únicamente el número de comidas diarias que realiza la población universitaria, teniendo en cuenta que el acceso a la universidad supone en la mayoría de los casos cambios importantes en la alimentación debido a la adaptación a nuevos horarios, siendo frecuente la ausencia de la comida principal del día (Redondo del Río *et al*, 2016). El motivo de centrarnos únicamente en este aspecto, radica en el hecho de que no pretendemos evaluar los cambios alimenticios a nivel de las alteraciones nutricionales que se

pueden producir en el entorno universitario, ya que eso pertenecería a otras líneas de investigación, sino en valorar la repercusión que puede tener una disminución del número de comidas recomendadas como saludables, sobre la emocionalidad negativa, de la misma manera que hemos hecho con la evaluación del descanso.

Los resultados de nuestro estudio, reflejan una correlación significativa y negativa entre el número de comidas diarias que manifiestan realizar los estudiantes universitarios y la presencia de síntomas emocionales negativos, de tal manera que, al igual que sucedía con la cantidad de horas de sueño, a menor número de comidas diarias realizadas, mayor nivel de sintomatología depresiva. En este caso, y coincidiendo también con los resultados del descanso descritos anteriormente, no observamos correlación alguna con la ansiedad.

En relación a los variables específicamente analizadas en nuestra investigación, no hemos encontrado estudios que establezcan relaciones entre la cantidad de comidas diarias que realizan los jóvenes universitarios y la emocionalidad negativa. En este sentido, es importante destacar que las líneas de investigación relacionadas con esta temática, se han centrado en investigar mayoritariamente dos áreas de estudio, por un lado, la influencia de la emocionalidad negativa como variable predictora del riesgo de padecer un trastorno de la alimentación centrado en población no clínica (Hernández y Londoño, 2013; Martínez-González *et al*; 2014 y Puccio, Fullen, Ong & Krug, 2016), y por otro, el estudio del papel mediador de la depresión y la ansiedad sobre población clínica con sobrepeso u obesidad (Cruz-Sáez, Jimeno, Wlodarczyk, Polo-López y Echeburúa, 2016). Por lo tanto, nos parece muy importante destacar el hecho palpable de la escasez de fuentes documentales sobre investigaciones realizadas en población general no clínica, fundamentalmente aquellas relacionadas con el área del conocimiento que estamos tratando, y más concretamente, sobre muestras formadas por estudiantes universitarios, puesto que es el tipo de población propuesta en esta tesis, observando la necesidad de iniciar nuevas líneas de investigación futuras que arrojen datos sobre esta cuestión.

- ***Objetivo 5: establecer el efecto de las dimensiones de personalidad sobre la emocionalidad negativa de ansiedad y depresión.***

Respecto a las dimensiones de personalidad evaluadas y su relación con la emocionalidad negativa, comenzaremos el análisis de los resultados con la dimensiones neuroticismo y extraversión.

Según los resultados de nuestro estudio, el neuroticismo presenta una relación significativa y directa con las emociones negativas aquí descritas, de tal manera que, un nivel más elevado de neuroticismo, se relaciona con puntuaciones más altas tanto en ansiedad rasgo como en sintomatología depresiva. Lo mismo sucede con la extraversión, pero en este caso, es la ansiedad estado la que se ve afectada por dicha dimensión de personalidad. En esta línea, tanto el modelo de Costa y Mc Crae de la personalidad (1992), como otros estudios paralelos (Vallejo, 2015 y Villanueva, 2016), coinciden en explicar que ambas dimensiones son aquellas que podrían corroborar de manera más consistente la aparición de síntomas de depresión y ansiedad, puesto que son aquellas con una mayor influencia genética y más ligadas al temperamento, presentando por ello determinados factores que podrían significar un aumento en la predisposición al padecimiento de trastornos emocionales y de conducta en el futuro (Bergeman *et al*; 1993), como por ejemplo, los trastornos adaptativos (Vallejo 2015), los cuales comportan la aparición de síntomas emocionales o de comportamiento clínicamente significativos en el individuo ante la presencia de uno o varios estresantes identificables (DSM-5).

Por otro lado, otro grupo de investigaciones, determinan que es principalmente el neuroticismo el que se relaciona sobre todo con la ansiedad y la depresión (Peñate, Perestelo, Bethencourt y Ramírez, 2009) y con una mayor predisposición a padecer problemas emocionales derivados (Caballo, Salazar, Irurtia, Arias y Guillén, 2010 y Kotov, Gámez, Smitch y Watson, 2010) y trastornos internalizantes, considerándose como uno de los predictores más consistentes para el desarrollo de psicopatologías ante sucesos vitales estresantes (Lahey, 2009 y Widiger, 2011).

En esta misma línea, Costa y Mc Crae (1985), plantean que los rasgos de personalidad que más se relacionan con el bienestar psicológico son los de extraversión y neuroticismo. Estos autores, aunque consideran que los Cinco Grandes Factores de la personalidad, intervienen en el bienestar psicológico de un sujeto, enfatizan sobre las dos dimensiones mencionadas, ya que aquellos sujetos que tienden a ser extrovertidos, experimentan mayores sentimientos positivos, a diferencia de los que suelen presentar mayores niveles de neuroticismo, quienes expresan estados de afectividad negativa más acusados que el resto (Serodino, 2014). Por lo tanto, son las dos dimensiones que parecen tener una mayor repercusión tanto positiva como negativamente sobre el bienestar psicológico del sujeto.

Siguiendo con los resultados que arrojan el estudio de las relaciones entre extraversión y emociones negativas, observamos que conforme disminuyen las puntuaciones en extraversión, aumentan los valores tanto de ansiedad estado como de sintomatología depresiva. En este sentido encontramos otros análisis coincidentes como los de González-Leandro y Castillo (2010), Lahey (2009) y Widiger (2009), que corroboran cómo puntuaciones bajas en extraversión, se asociaría positivamente con la aparición de problemas externalizantes como los trastornos de conducta o de consumo de sustancias adictivas (Vallejo, 2015; Kotov *et al*; 2010).

A partir de todo lo expuesto anteriormente, parece claro que el neuroticismo es una variable de personalidad que debe tenerse muy presente a la hora de determinar su influencia sobre la aparición, desarrollo y evolución tanto de los trastornos físicos y el comportamiento adictivo, como de los trastornos mentales, ya que, como hemos podido comprobar a través de análisis de todos los estudios consultados, si hiciéramos referencia a población clínica diagnosticada, esta dimensión permite pronosticar, entre otras cosas, diversos factores que configuran la efectividad de un tratamiento, como por ejemplo, la adherencia del sujeto al mismo (Hilsenroth, 2004 citado en Vallejo, 2015). En este sentido, estudios como los de Bagby *et al*; (2008), demostraron que los pacientes deprimidos respondían mejor a un tratamiento farmacológico cuando sus puntuaciones era más bajas en neuroticismo y más altas en extraversión.

Por otro lado, nos parece importante resaltar un hecho, que aunque no se encuentra dentro de nuestros objetivos de estudio, su trascendencia y repercusión está lo suficientemente corroborada como para pronunciarse sobre ello, y trata sobre la influencia que ejercen las dimensiones de personalidad neuroticismo y extraversión en las personas que comenten actos delictivos. En esta línea, diversos estudios coinciden en argumentar que un elevado nivel de neuroticismo (excitabilidad autónoma), unido a altas puntuaciones en extraversión (personas activas e impulsivas), junto con otras variables psicológicas, ambientales, etc, contribuyen al diseño de un sujeto con una personalidad potencial de riesgo encaminado a cometer actos delictivos (Ortíz-Tallo, Fierro, Blanca, Cardenal, y Sánchez, 2006 y GaraigordobiL *et al*; 2013). Tras esta consideración, podemos observar como otro tipo de investigaciones, contribuyen a generar un mayor nivel de consistencia sobre la repercusión que tienen, concretamente, las dimensiones de personalidad neuroticismo y extraversión sobre la conducta y el comportamiento de los individuos.

Respecto a la responsabilidad, nuestros resultados indican que las personas con elevadas puntuaciones en esta dimensión, muestran mayores niveles de ansiedad. Sin embargo, en el caso de la depresión, son unas bajas puntuaciones en responsabilidad, las que repercuten sobre los niveles de esta emoción negativa, presentando una reducción de la sintomatología depresiva entre los sujetos encuestados.

Por último, los resultados de nuestro estudio indican que las dimensiones de personalidad amabilidad y apertura, no se relacionan con la presencia de emocionalidad negativa. Estos datos coinciden con el de otros estudios como el de Serodino (2014) y González-Leandro y Castillo (2010), cuyos resultados indican que dichas dimensiones se asocian con la autoaceptación, las relaciones positivas, el crecimiento personal, la satisfacción vital, y el nivel de autonomía personal, permitiendo a los sujetos con elevadas puntuaciones en dichas dimensiones, establecer vínculos de confianza y tender hacia una actitud positiva con ellos mismos, por lo tanto, nos encontramos con constructos de personalidad encaminados a favorecer el bienestar psicológico de las personas y contrarios a la presencia de sintomatología ansiosa y/o depresiva.

De todo lo expuesto anteriormente, podemos deducir que las personas con elevados niveles de ansiedad y/o depresión, tendrían una o más de las siguientes características: alto neuroticismo, baja extraversión y alta responsabilidad. Sin embargo, puesto que no hemos encontrado una consistencia clara entre todos los estudios analizados y en comparación con el nuestro, consideramos que sería necesario seguir investigando sobre los aspectos específicos de la personalidad que podríamos considerar como elementos predisponentes para el origen de trastornos depresivos y/o de ansiedad.

CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES, LIMITACIONES E IMPLICACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

A partir del análisis realizado en la presente investigación y los datos aportados por la misma, procedemos a establecer las siguientes conclusiones generales tomando como referencia los objetivos específicos planteados al comienzo de nuestro estudio:

7.1. CONCLUSIONES

Objetivo 1. Analizar las dimensiones de personalidad en relación a las variables de género y edad.

El neuroticismo y la amabilidad presentan niveles más elevados en el género femenino, destacando las diferencias en neuroticismo entre ambos sexos, sin embargo, las dimensiones de extraversión, apertura y responsabilidad no presentan diferencias consistentes en función del género.

La edad es determinante sobre el neuroticismo: a mayor edad, menores niveles de neuroticismo. Por el contrario, la apertura y la responsabilidad aumentan con el paso de los años.

Objetivo 2. Estimar el nivel de neuroticismo en estudiantes universitarios de los grados de Educación Infantil y Primaria.

El nivel de neuroticismo en los estudiantes de Educación Infantil y Primaria es alto, siendo más elevado en los primeros.

Objetivo 3. Comprobar las relaciones existentes entre estilos de vida y dimensiones de personalidad.

El neuroticismo se asocia únicamente al consumo de alcohol, mientras que la extraversión se encuentra relacionada con el consumo de alcohol y tabaco.

Ambas dimensiones, neuroticismo y extraversión, son superiores en el grupo de consumidores habituales, alcohol y tabaco en el caso de la extraversión, y alcohol en el caso del neuroticismo. Por el contrario, las dimensiones de amabilidad y responsabilidad son más elevadas en el grupo de no consumidores.

Respecto a la actividad física, los estudiantes que no practican ni deporte ni ejercicio físico de manera regular presentan niveles más bajos de neuroticismo, así como un mayor nivel de apertura en comparación con los sujetos que sí lo realizan o a los deportistas profesionales y de competición.

Los hábitos de alimentación y el descanso, no se relacionan con ninguna de las cinco dimensiones de personalidad evaluadas, salvo la extraversión que presenta niveles superiores en los sujetos que duermen más.

Objetivo 4. Evaluar las relaciones existentes entre estilos de vida y dimensiones de personalidad.

Las mujeres presentan mayores niveles de sintomatología depresiva que los hombres, sin embargo, los niveles en ansiedad estado son menores en comparación con éstos. Por otro lado, el género masculino muestra niveles superiores en ansiedad rasgo en comparación con el género femenino.

El consumo de tabaco y alcohol, no tiene influencia sobre los niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo, al contrario que la práctica de ejercicio físico. De esta manera, los estudiantes sedentarios, presentan unos niveles en ansiedad rasgo menores y una menor sintomatología depresiva que los alumnos deportistas, y en éstos, los niveles de ansiedad no están influidos por el grado de práctica de ejercicio.

La sintomatología depresiva es más elevada en personas que duermen menos horas y realizan un menor número de ingestas alimentarias.

Objetivo 5: Establecer el efecto de las dimensiones de personalidad sobre la emocionalidad negativa de ansiedad y depresión.

Las dimensiones de apertura y amabilidad no se relacionan con la presencia de emocionalidad negativa.

La extraversión se relaciona con un aumento en ansiedad estado y el neuroticismo con mayores niveles en ansiedad rasgo y sintomatología depresiva.

Tanto la ansiedad rasgo como la depresión mostraron un efecto indirecto, de tal manera que a menor ansiedad rasgo y sintomatología depresiva, menores puntuaciones en extraversión.

La responsabilidad se relaciona con un aumento en las puntuaciones tanto de la ansiedad rasgo como de la ansiedad estado, sin embargo, mostró un efecto indirecto con la depresión, de tal manera que, a mayor presencia de síntomas depresivos, menor responsabilidad.

Por todo lo mencionado anteriormente, las conclusiones obtenidas en el presente trabajo indican la existencia de relaciones entre ciertas dimensiones de personalidad y los estilos de vida expuestos por los sujetos, así como la influencia de éstos sobre la ansiedad y la depresión. Además, se comprueba el elevado nivel de neuroticismo que presentan los estudiantes universitarios encuestados, así como las diferencias existentes en las variables mencionadas en relación al género y a la edad.

7.2. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación, se exponen todas aquellas dificultades con las que nos hemos ido encontrando a lo largo de todo el proceso y desarrollo de la investigación.

En primer lugar, una de las mayores limitaciones está centrada en la escasez de estudios encontrados en referencia a algunas de las variables de estilos de vida utilizadas y su relación con las dimensiones de personalidad. En concreto,

las dificultades se han focalizado en encontrar investigaciones cuyo objeto de estudio esté diseñado para aplicar en una muestra de población no clínica, y por tanto, dirigida al posible diseño y aplicación de programas de prevención, y no tanto a las vías de reorientación y evaluación de tratamientos psicológicos en grupos de población clínica ya diagnosticados con diversas patologías.

Por otro lado, y siguiendo con las limitaciones derivadas de las fuentes de documentación sobre la población encuestada, otra dificultad ha sido encontrar estudios cuya muestra esté focalizada en estudiantes universitarios, de tal manera que muchas de las investigaciones encontradas en este ámbito están orientadas a investigar los cambios producidos en los hábitos saludables de los estudiantes debido al inicio de la vida universitaria, pero no a relacionar los estilos de vida ya adquiridos dentro de la universidad con otras variables psicológicas que permitan descubrir aquellas dimensiones de personalidad que pueden estar afectando más directamente a la adquisición de unos estilos de vida u otros, así como su influencia sobre la emocionalidad negativa que, en un futuro, podrían derivar en patologías diversas.

Por todos los motivos mencionados anteriormente, consideramos que nuestra investigación tiene varios aspectos pioneros y novedosos que han sido escasamente trabajados por la literatura científica hasta la actualidad.

7.3. IMPLICACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Tras analizar los resultados y concretar las conclusiones derivadas de nuestro estudio, procedemos a determinar las posibles líneas de investigación futuras que podrían ponerse en marcha a partir de los datos aquí presentados.

En primer lugar, destacar uno de los elementos que han motivado el desarrollo de esta tesis, el cual está centrado en encontrar variables de personalidad que estén directamente implicadas en la adquisición o no de determinados estilos de vida en los estudiantes universitarios, los cuales, quedan reflejados mediante la puesta en marcha de determinados hábitos de vida. En este sentido, y a pesar de tratarse mayoritariamente de una población adulta joven,

consideramos que deberían diseñarse programas de prevención dentro de la universidad que permitieran trabajar sobre las dimensiones de personalidad que hemos podido detectar como posible origen de determinados comportamientos no saludables sobre la salud, y por tanto, prevenir el desarrollo de determinadas conductas que en un principio, no tienen una consideración clínica, pero que con el paso del tiempo, podría desembocar en varios tipos de patologías, como pueden ser, la obesidad, el insomnio, las adicciones u otras de carácter psicológico como los trastornos de ansiedad y depresión.

Actualmente, los programas de prevención en el ámbito universitario están dirigidos en su mayoría a la transmisión de información a través de programas y cursos formativos en el área de las drogodependencias, aunque se ha demostrado la ineficacia de los mismos, razón por la cual en los últimos años se han incluido programas basados en habilidades básicas para mejorar el bienestar psicológico. Con todo, a día de hoy no se ha demostrado la eficacia de ninguno de ellos. En este sentido, y en base a los datos aportados en nuestra investigación, consideramos importante tener en cuenta las variables de personalidad del individuo (fundamentalmente el neuroticismo y la extraversión) que pueden estar ejerciendo un efecto como mediadoras del consumo de sustancia adictivas en el momento presente y futuro, obviando, por tanto, aspectos que pueden ser claves en el desarrollo de un determinado patrón de comportamiento hacia la salud.

Los programas de prevención se pueden extrapolar a toda la comunidad universitaria, entre otras cosas, porque los docentes tienen una proximidad e influencia importante sobre sus estudiantes, y son capaces de detectar mediante la mera observación, comportamientos y conductas que pueden ser consecuencia de unos determinados estilos de personalidad. En este sentido, quisiera resaltar que precisamente este factor fue el principal elemento de motivación para la realización de esta tesis.

Por otro lado, otra de las líneas de investigación futuras deberían ir encaminadas a profundizar en el estudio de las relaciones entre las variables de personalidad neuroticismo, extraversión y responsabilidad sobre la presencia de

emocionalidad negativa, de tal manera que, fuera posible determinar qué facetas de dichas dimensiones de personalidad están más directamente relacionadas con la afectación tanto en ansiedad como depresión, y por tanto permitirnos poder prevenir sobre la aparición de posibles patologías psicológicas en la población general.

Además, la mayor parte de los programas de prevención están destinados a población adolescente, pero consideramos importante la creación de nuevos diseños en el entorno universitario, ya que es un periodo donde se sufren muchos cambios y, por lo tanto, podría ejercer de factor precipitante para el inicio de conductas irresponsables hacia la salud y generadora de adicciones.

Siguiendo con las posibles líneas de investigación futura, consideramos relevante profundizar sobre la repercusión que puede tener el alto nivel de neuroticismo aparecido en los estudiantes de Educación Infantil y Primaria sobre su profesión futura como maestros, ya que, precisamente esta orientación laboral requiere de una serie de características de personalidad que distan considerablemente de las que han aparecido en nuestro estudio con puntuaciones por encima de lo normal en la variable mencionada anteriormente. Por este motivo, sería interesante realizar también un estudio comparativo entre distintas titulaciones universitarias, de tal manera, que se pueda determinar si las puntuaciones en neuroticismo están más relacionadas con factores propios relacionados con el ingreso y la continuidad en la universidad, o, por el contrario, con elementos de personalidad de los sujetos de esta edad, permitiéndonos además, realizar un análisis predictivo del tipo de personalidad que tiene a elegir incorporarse a una determinada carrera y no otra.

En relación al estudio de los estilos de vida, consideramos importante seguir profundizando en las variables de personalidad que pueden ejercer un efecto sobre la constitución de unos hábitos y unas actitudes en torno a potenciar o en caso contrario a dañar la salud, ya que, como hemos podido comprobar, aunque las dimensiones de neuroticismo y extraversión para claras como predictoras de comportamientos adictivos, los resultados son todavía inconsistentes y es necesario ahondar sobre las facetas que ambas dimensiones

pueden constituir un perfil psicológico de riesgo a medio – largo plazo. Por otro lado, la escasez de publicaciones relacionadas con el estudio de otros hábitos de salud no relacionados con el consumo de sustancias, como pueden ser los analizados en nuestra investigación (descanso y alimentación), y que hemos podido comprobar a la hora de la búsqueda de fuentes documentales sobre el tema, nos lleva a determinar la necesidad de abrir líneas de investigación al respecto, de tal manera que nos permita en un futuro, elaborar un perfil de personalidad mucho más ajustado sobre las variables implicadas en la adquisición de los estilos de vida de los sujetos, y con esto, permitirnos también el diseño de programas de prevención más ajustados a la población diana, aumentando así la eficacia de los mismos.

Por lo tanto, es importante seguir investigando sobre el uso de las dimensiones de personalidad para predecir conductas de salud, identificar a los sujetos que probablemente tendrán mayores beneficios de un programa de prevención en población general, desarrollar perfiles de personalidad que presentan un alto riesgo de generar conductas adictivas, delictivas y patologías tanto físicas como psicológicas en el futuro.

Por último, estas investigaciones podrían beneficiar la mejora de los tratamientos por parte de los profesionales de la salud, con el objetivo de poder afinar y reorientar los tratamientos hacia población clínica diagnosticada con patologías psicológicas ansioso–depresivas, así como la adhesión a los mismos por parte de dichos sujetos.

REFERENCIAS

- Aaro, L.E., Lamberg, J.C. & Wold, B. (1995). Health behaviours among adolescents: Towards a hypothesis of two dimensions. *Health Education Research*, (10), 83–93.
- Abel, T. (1991). Measuring health lifestyles in a comparative analysis: Theoretical issues and empirical findings. *Social Science & Medicine*, 32(8), 899–908.
- Adler, N. y Mathews, K. (1994). Health psychology: Why do some people get sick and some stay healthy? *Annual Review of Psychology*, 45, 229–259. Doi: [10.1146/annurev.ps.45.020194.001305](https://doi.org/10.1146/annurev.ps.45.020194.001305)
- Aguado, L. (2014). *Emoción, afecto y motivación*. Alianza editorial.
- Agudelo, D., Buena-Casal, G. y Spielberger, C. D. (2007). Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*, 30(2), 33–41.
- Agudelo, D.M., Casadiegos, C. P. y Sánchez, D. L. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 34–39.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211.
- Álvarez, E.M. y Gutiérrez, L. (2015). Comorbilidad entre el trastorno bipolar y los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8(4), 232–241.

Álvarez, L.S. (2012). Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto. *Revista Facultativa Nacional Salud Pública*, 30(1), 95–101.

Álvarez, M. A., Guillén, D. M., Ríos, M. R. y Jiménez, C.A. (2011). *Evaluación del estilo de vida y depresión en estudiantes universitarios. Desarrollo científico de enfermería*, 19(8), 264–269.

Álvarez, M.A. y Ríos M.A. (2007). *Manual de intervención psicológica para adolescentes: ámbito de la salud y educativo*. Psicom Editores: Colombia.

Álvarez-Gayou, J.L. (2005) *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. Ciudad de México, México: Paidós.

Amador, B., Montero, C., Beltrán-Carrillo, V.J., González-Cutre, D. y Cervelló, E. (2017). Ejercicio físico agudo, agotamiento, calidad del sueño, bienestar psicológico e intención de práctica de actividad física. *Revista Iberoamericana de Psicología del Deporte*, 12(1), 121–127.

Amézquita, M., González, R. y Zuluaga, D. (2000). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 32 (4), 341–356.

Andrés, M.L. y Stelzer, F. (2015). Emoción: disensos y acuerdos en su caracterización, una revisión de las perspectivas actuales. *Anuario de proyectos e informes de becarios de investigación* 12, 1172–1180.

Arana, M. (2013). *Factores de personalidad es estudiantes universitarios según características de consumo de alcohol* (tesis doctoral). Universidad Católica Pontificia de Perú, Lima.

- Arboleda, A., Gutiérrez, J. C., & Miranda, C. A. (2001). Prevalencia de síntomas depresivos en médicos internos y residentes de la Universidad del Valle, 1999. *Médicas UIS*, 15, 4–7.
- Arco, J.L., López, S., Heilborn, V.A. y Fernández.F.D. (2005). Terapia breve en estudiantes universitarios con problemas de ansiedad y rendimiento académico. *International Journal of Clinical and HealthPsychology*, 5(3), 589–608.
- Arrivillaga, M., Salazar, I.C. y Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia médica*, 34(4), 186–195.
- Arrivillaga, M; Cortés, C; Goicoechea, J; Lozano, T (2003). Caracterización de la depression en jóvenes universitarios. *Univesitas Psicológica*, 3, 17–26.
- Audrain-McGovern, J., Rodriguez, D., Tercyak, K. P., Cuevas, J., Rodgers, K. y Patterson, F. (2004). Identifying and characterizing adolescent smoking trajectories. *Cancer Epidemiology, Biomarkers, and Prevention*, 13, 2023–2034.
- Baile, J. L. y González, M.J. (2011). Comorbilidad psicopatológica en obesidad. *Análisis Sistema Sanitario Navarro*, 34(2), 253–261.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice Hall.
- Bandura, A. (1982). *Teoría del aprendizaje social*. Espasa Calpe.
- Barra, E., Soto, O. y Smith, K. (2013). Personalidad y bienestar psicológico: un estudio en universitarios Chilenos. *Revista de Psicología*, 9(17), 7–18.

- Bausela, E. (2007). Diferencias interindividuales en relación a la capacidad intelectual y de personalidad en función del género en un grupo de estudiantes universitarios. *Revista de Psicodidáctica*, 12(2), 249–256.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571.
- Becoña, E. y Míguez, M.C. (2004). Consumo de tabaco y psicopatología asociada. *Psicooncología*, 1(1), 99–112.
- Becoña, E., López, A., Fernández del Río, E., Martínez, U., Fraga, J., Osorio, J;...Domínguez, M.N. (2012). ¿Podemos predecir el uso de psicoestimulantes en jóvenes? *Adicciones*, 24(4), 339–346.
- Becoña, E., López, A., Fernández del Río, E., Martínez, U., Fraga, J., Osorio, J; Arrojo, M;...Domínguez, M.N. (2011). ¿Tienen una personalidad distinta los adolescentes consumidores de psicoestimulantes? *Psicothema*, 23(4), 552–559
- Behar, R. (2010). Funcionamiento psicosocial en los trastornos de la conducta alimentaria: Ansiedad social, alexitimia y falta de asertividad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(2), 90–101.
- Beldarraín, E. (2002). Henry E. Sigerist y la medicina social occidental. *Revista Cubana de Salud Pública*, 28(1), 62–70.
- Belli, S. e Íñiguez–Rueda, L. (2008). El estudio psicosocial de las emociones; una revisión y discusión de la investigación actual. *Revista Psico*, 39(2), 139–151.

- Belloc, N.B. & Breslow, L. (1972). Measurement of physical health in a general population survey. *American Journal of Epidemiology*, 93(5), 328–336. Doi: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a121265>
- Bennasar, M. (2011). *Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno promotor de la salud* (tesis doctoral). Universidad de las Islas Baleares. Recuperado de: <http://www.tdx.cat/handle/10803/84136>
- Bergeman, C.S., Chipuer, H.H., Plomin, R., Pedersen, H.L., McClean, G.E., Nesselrode, J.R., Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1993). Genetic and environmental effects on openness to experience, agreeableness, and conscientiousness: An adoption/twin study. *Journal of Personality*, 61(2), 159–179.
- Bermúdez, J. (1986). *Psicología de la personalidad. Vol.1*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Bermúdez, J., Sánchez-Elvira, A. y Pérez, A.M. (1993). ¿Puede la conducta ser un factor de riesgo coronario? En J. Bermúdez, A.M. Pérez. Y P. San Juan (Eds), *Psicología de la personalidad: teoría e investigación* (Vol. II). (UNED).
- Bernarás, E., Garaigordobil, M. y De las Cuevas, C. (2011). Inteligencia emocional y rasgos de personalidad: Influencia de la edad y el género durante la edad adulta y la vejez. *Boletín de Psicología*, (103), 75–88.
- Bisquerra, R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona: Praxis.
- Bisquerra, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de investigación educativa*, 21(1), 7–43.

- Borquez, P. (2011). Calidad de sueño, somnolencia diurna y salud autopercebida en estudiantes universitarios. *Eureka*, 8(1), 80–91.
- Bourdieu, P.L. (1991). *El sentido práctico*. Taurus: Madrid.
- Bravo Del Toro, A., Espinosa, T., Mancilla, L.N., y Tello, M. (2011). Rasgos de personalidad en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(1), 115–123.
- Brody, N. & Ehrlichman, H. (2000). *Psicología de la personalidad*. Madrid: Prentice Hall.
- Brofenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Paidós Ibérica.
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., y Seisdedos, N. (2011). STAI: *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Adaptación española (8ª ed.). Madrid: TEA Ediciones.
- Caballo, V.E., Guillén, J.L. y Salazar, J. (2009). Estilos, rasgos y trastornos de la personalidad: interrelaciones y diferencias asociadas al sexo. *Psico*, 40(3), 319–327.
- Caballo, V.E., Salazar, I.C., Irurtia, M.J., Arias, B. y Guillén, J.L. (2010). Relaciones entre ansiedad social y rasgos, estilos y trastornos de personalidad. *Psicología Conductual*, 18(2), 259–276.
- Cabrita, T., Rosado, A., De la Vega, R. y Serpa, S. (2014). Relaciones entre identidad atlética y de personalidad en el deporte de competición. *Revista de Psicología del Deporte*, 23(2), 247–253.

- Cairney, J., Hay, J.A., Faight, B., Wade, T., Corna, L. & Flouris, A. (2005). Developmental coordination disorder, generalized self-efficacy toward physical activity, and participation in organized and free play activities. *The Journal of Pediatrics*, 147(4), 515–520.
- Camarillo, C. (2015). *Rasgos de personalidad en trastornos de la conducta alimentaria, evolución y gravedad de los síntomas* (tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/33297/>
- Campo, G. y Gutiérrez, J.C. (2001). Psicopatología en estudiantes universitarios de la facultad de la salud, Univalle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 30(4), 351–358.
- Campos, C. (2009). Los estilos de vida y los valores interpersonales según la personalidad en jóvenes del departamento de Huánuco. *Revista IIPSI*, 12 (2), 89–100.
- Candel, N., Olmedilla, Z. y Redondo, B. (2008). Relaciones entre la práctica de actividad física y el autoconcepto, la ansiedad y la depresión en chicas adolescentes. *Cuadernos de psicología del deporte*, 8(1), 61–77.
- Cándido, J; Delgado, B; Bautista, R; Torregrosa, M.S; Espada, J; García-Fernández, M.D. y García-López, L.J. (2007). Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 403–420.
- Cano-Vindel, A. (2001). Emociones y salud. *Ansiedad y estrés*, 7(2–3), 111–121.

- Cano-Vindel, A. (2010). Ansiedad, estrés, emociones negativas y salud. *Revista crítica*, (968), 12-16.
- Cano-Vindel, A., Tobal, J.J., González, H. e Iruarrizaga, I. (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *Anales de Psicología*, 10(2), 145-156
- Cano, M.C., Miró, E., Espinosa-Fernández, L. y Buela-Casal, G. (2004). Parámetros subjetivos de sueño y estado de ánimo disfórico. *Revista psicopatología y psicología clínica*, 9(1), 35-48.
- Cano-Vindel, A. Miguel Tobal, J.J. (2000). Emociones negativas (ansiedad, depresión e ira) y salud. I Congreso Virtual de Psiquiatría. Recuperado de: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa28/conferencias/28_ci_a.htm.
- Carbajal, A. y Ortega, R. (2001). La dieta mediterránea como modelo de dieta prudente y saludable. *Revista Chilena de Nutrición*, 28(2), 224-236.
- Cardenal, V. y Fierro, A. (2001). Sexo y edad en estilos de personalidad, bienestar social y adaptación social. *Psicothema*, 13(1), 118-126.
- Caspi, A., Dickson, N., Harrington, H., Langley, J., Moffit, T.E. y Silva, P.A. (1997). Personality traits predict healthrisk behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(5), 1052-1063.
- Cassareto, M. (2011). Relaciones entre la personalidad y el afrontamiento en estudiantes pre - universitarios. *Revista Vanguardia Psicológica*, 1(2), 202-225.

- Cassidy, K., Kotynia-English, R., Acres, J., Flicker, L., Lautenschlager, NT. y Almeida, O.P. (2004). Association between lifestyle factors and mental health measures among community-dwelling older women. *Aust NZJ Psychiatri*, 38(11–12), 940–947.
- Castellano, E., Fernoselle, E., Osma, J.J. y Crespo, E. (2015). Variables de personalidad en estudiantes universitarios en función de la rama de conocimiento. *Ágora de Salut*, 1(26), 337–346.
- Castellanos, V., Mateus, S.M., Cáceres, I.R. y Díaz, P.A. (2016). Caracterización de la depresión en estudiantes universitarios. *Revista Salud, Historia y Sanidad* 11 (1), 37–50.
- Cervelló, E., Peruyero, F., Montero, C., González – Cutre, D., Beltrán – Carrillo, V.J. y Moreno – Murcia, J.A. (2014). Ejercicio, bienestar psicológico, calidad del sueño y motivación situacional en estudiantes de educación física. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 14(3), 31–38.
- Cervera, G., Rubio, G., Haro, G., Bolinches, F., De Vicente, P. y Valderrama, J.C. (2001). La comorbilidad entre los trastornos del control de los impulsos, los relacionados con el uso de sustancias y los de la personalidad. *Trastornos adictivos*, 3(1), 3–10.
- Chang, E.C. & Sanna, L.J. (2003). Virtue, vice and personality: the complexity of behavior. Psychological Association. Recuperado de: <http://www.movilizacioneducativa.net/imprimir.asp?idLibro=70>
- Chassin, L., Presson, C.C., Pitts, S. C. & Sherman, S.J. (2000). The natural history of cigarette smoking from adolescence to adulthood in a midwestern

- community sample: multiple trajectories and their psychosocial correlates. *Health Psychology, 19*(3), 223–231.
- Chelet, M., Montiel, E., Saura, A., García, J. y Moreno, P. (2011). Consumo de tabaco en población universitaria de Valencia. *Trastornos adictivos, 13*(1), 5–10.
- Chóliz, M. (2005). Psicología de la emoción: el proceso emocional. Recuperado de <http://www.uv.es/choliz/Proceso%20emocional.pdf>
- Christensen, A. J. & Smith, T. W. (1995). Personality and patient adherence: Correlates of the fivefactor model in renal dialysis. *Journal of BehavioralMedicine, 18*(3), 305–313.
- Cockerham, W. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal Health Social Behavioral 46*(1), 51–67.
- Cockerham, W. (2009). New directions in health lifestyle research. *International Journal of Public Health, 52*(6), 327 – 328.
- Cohen, S., Hamrick, N., Rodríguez, M., Feldman, P., Rabin, B. y Manuck, S. (2000). The stability of intercorrelations among cardiovascular, immune, endocrine, and psychological reactivity. *Annalsof Behavioral Medicine, 22*(3), 171–179 .
- Collado, MJ. (2013). Matutinidad, vespertinidad y ansiedad–rasgo en adolescentes. *Anales de Psicología, 29*(1), 90–93 .
- Colomer, C. y Álvarez–Dardet. (2000). *Promoción de la Salud y Cambio Social*. Elsevier, España.

- Conde, V. y Useros, E. (1974). El inventario para la medida de la depresión de Beck. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, 12(3), 153-167.
- Conner, M. & Sparks, P. (2005). Theory of Planned Behavior and health behavior. En M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behavior: Research and practice with social cognition models* (pp. 170–222). Buckingham: Open University Press. Recuperado de: <https://es.scribd.com/doc/51975529/Predicting-Health-Behaviour>
- Conner, M. & Norman, P. (2005). Predicting health behavior: Research and practice with social cognition models. En M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behavior* (pp. 1–28). Buckingham: Open University Press. Recuperado de: <https://es.scribd.com/doc/51975529/Predicting-Health-Behaviour>.
- Connor-Smith, J. K. & Flachsbart, C. (2007). Relations between personality and coping: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(6), 1080–1107.
- Contreras, F., Barbosa, D. y Espinosa, J.C. (2010). Personalidad, inteligencia emocional y afectividad en estudiantes universitarios de áreas empresariales. Implicaciones para la formación de líderes. *Diversitas*, 6(1), 65–79.
- Cooper, M. L., Word, P. K. & Albino, A. (2003). Personality and the Predisposition to Engage in Risky or Problem Behaviors during Adolescents. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 390-410.

- Coreil, J., Levin, J. S. y Jaco, G. (1992). Estilo de vida. Un concepto emergente en las ciencias sociomédicas. *Clínica y Salud*, 3(3), 221-231.
- Cortez, M.S. (2015). Dimensiones de la Personalidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de Enfermería Técnica. *Ciencia y Tecnología*, 11 (2), 125–138.
- Costa, P., y McCrae, R (1985). The NEO Personality Inventory manual. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1992). Revised NEO Personality Inventory [NEO-PI-R]. and NEO Five-Factor Inventory [NEO-FFI]: professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P.T. Jr. Y McCrae, R.R. (2008). *NEO – PI – R, Inventario de Personalidad Neo Revisado*. 3ª Edición. Tea Ediciones.
- Cova, F. (2004). Diferencias de género en bienestar y malestar emocional: Evidencias contradictorias. *Terapia Psicológica*, 22(2), 165–169.
- Cruz-Sáez, M.S., Jimeno, P., Wlordarczyk, A., Polo-López, R. y Echeburúa, E. (2016). Insatisfacción corporal y conductas de control de peso en chicas adolescentes con sobrepeso: papel mediador de la ansiedad y la depresión. *Nutrición Hospitalaria*, 33(4), 935–940.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1992). Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe Recuperado de: [http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD414\(2\)](http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD414(2))

- De Miguel, A. (2005). Diferencias de edad y género en el NEO – PIR en dos muestras con distinto nivel académico. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 1(1), 13–31.
- Dever, G.E.A. (1977). An epidemiological model for health policy analysis. *Social Indicator Research*, 2(4), 453–466.
- Díaz, J. F. y Sánchez-López, M. P. (2002). Relaciones entre estilos de personalidad y satisfacción autopercibida en diferentes áreas vitales. *Psicothema* (14)1, 100–105.
- Díaz, J.F. y Sánchez-López, M. P. (2001). Relevancia de los estilos de personalidad y las metas personales en la predicción de la satisfacción vital. *Anales de psicología* 17(2), 151–158.
- Di Caprio, N.S. (1976). *Teoría de la personalidad*. Interamericana.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403–425. Doi: [10.1146/annurev.psych.54.101601.145056](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145056)
- Donovan, J. E., Jessor, R. & Costa, F. M. (1993). Structure of healthenhancing behavior in adolescence: A latent-variable approach. *Journal of Health and Social Behavior*, 34(4), 346-362.
- Dresch, V. (2006). *Relaciones entre personalidad y salud física-psicológica: diferencias según sexo-genero, situación laboral y cultura-nación* (tesis doctoral).
- Dunn, J. (2003). The development of individual differences in understanding emotion and mind. En A. Manstead., N. Frijda. Y A. Fischer (Eds.), *Feelings and emotions* (pp. 303–322). The Amsterdam Symposium.

Recuperadode:<https://books.google.es/books?id=t191L1qxYc8C&pg=PA313&lpg=PA313&dq=Dunn+2003+emotions&source=bl&ots=OY-f1mLuA&sig=E6cTzl5xLVdYr5zt3oFBKw6sqSQ&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwibh9uOpKHTAhXK1hoKHXMjDLcO6AEINDAC#v=onepage&q=Dunn%202003%20emotions&f=false>

- Durán, T. (2010). Las escenografías del estilo de vida. *Revista de Arquitectura, Urbanismo y Ciencias Sociales*, 2(1),1–18.
- Elliot, D.S. (1993). Health – enhancing and health – compromising lifestyles. En S. Milsstein., A. Petersen. Y E. Nightingale (Eds). Promoting the health of adolescents (pp. 119-145). Oxford University Press.
- Escribano-Barreno, C. y Díaz-Morales, J. F. (2013). Rendimiento académico en adolescentes matutinos y vespertinos *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 2(36), 147–162.
- Espinosa, J.C., Contreras, F.V. y Esguerra, G. A. (2009). Afrontamiento al estrés y modelo psicobiológico de la personalidad en estudiantes universitarios. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 5(1), 87–95.
- Eysenck, H. J. (1990). Genetic and Enviromental Contributions to Individual Differences: the three major dimensions of personality. *Journal of personality*, 58(1), 245-261.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, M. (1985). *Personality and Individual Differences*. N.Y.: Plenum Press.
- Eysenck, H.J. (1967). *The Biological Basis of Personality*. Transaction Publishers, London.
- Eysenck, H. J. (1982). *Fundamentos biológicos de la personalidad*. Barcelona: Fontanella.

- Eysenck, H.J. (1994). *Tabaco, personalidad y estrés*. Madrid: Herder.
- Eysenck, H.J. y Eysenck, M.W. (1987). *Personalidad y diferencias individuales*. Pirámide. Madrid.
- Eysenck, H.J. (1944). Types of personality a factorial study of seven hundred neurotics. *The British Journal of Psychiatry*, 90(381) 851-861.
Doi: 10.1192/bjp.90.381.851
- Fantin, M.B. (2006). Perfil de personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados. *Adicciones*, 18(3), 285–292.
- Fernández del Río, E. y Becoña, E. (2010). Trastornos de personalidad en fumadores: una revisión. *Adicciones*, 22(2), 155–172.
- Fernández del Río, E., Cañadas, G.A., López, A. y Becoña, E. (2011). Trastornos de la personalidad en fumadores y personas con dependencia de la cocaína que acuden a tratamiento: un estudio comparativo. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 16(1), 67–75.
- Fernández del Río, E., López, A. y Becoña, E. (2010). Trastornos de personalidad y abstinencia del consumo de tabaco en un tratamiento psicológico para dejar de fumar. *Psicothema*, 22(3), 357–362.
- Fernández del Río, E., López, A. y Becoña, E. (2011). El tratamiento psicológico de la adicción al tabaco en fumadores con trastornos de la personalidad. *Papeles del psicólogo*, 32(2), 175–184.
- Fernández, E.G; y Palmero, F.(1999). *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel

Fernández, J. y Edo, S. (1994). Emociones y salud. *Anuario de psicología*, (61), 25–32.

Fernández, J., Doval, E., Edo, S. y Santiago, M (1991). Emociones y estrés. *Latini Diess*. Comunicación presentada al 1 Congreso Internacional de Sitges (Barcelona). Recuperado de: <http://docplayer.es/21191157-Emociones-y-salud-universitat-autdnoma-de-barcelona-jordi-fernandez-castro-silvia-edo-anuario-de-psicologia.html>

Fernández-Abascal, E. G., García, B., Jiménez, M. P., Martín, M. D. y Domínguez, F.J. (2010). *Psicología de la emoción*. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.

Fernández-Abascal, E.G. (2000). *Psicología general motivación y emoción*. Centro de Estudios Ramón Areces S.A.

Fernández-Núñez, L. (2006). ¿Cómo analizar datos cualitativos? *Butlletí La Recerca. Universitat de Barcelona. Institut de Ciències de l'Educació*. Recuperado de <http://transparent.upf.edu/pdfs/ficha7-cast.pdf>

Fierro-Hernández, C. y Jiménez, J.A. (2002). Bienestar, variables personales y afrontamiento en jóvenes universitarios. *Escritos de psicología*, (6), 85–91.

Flórez-Alarcón, L., Mercedes Botero, M. y Moreno Jiménez. (2005) Personalidad positiva y salud. En B. Moreno., E. Garrosa., M. Gálvez (Eds). *Psicología de la salud. Temas actuales de investigación en Latinoamérica* (pp.59–76) Bogotá: Alapsa.

Font-Mayolas, S. y Planes, M. (2000). Efectos del modelado por parte de la familia, pareja y amigos en la conducta de fumar de jóvenes universitarios. *Adicciones*, 12(4), 467–477 .

- Forgas, J.L. (2002). *Feeling and thinking affective influences and social cognition*. New York: Cambridge University Press.
- Frías, A. (2000). *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Masson Elsevier.
- Fridja, N.H. (1986). *The emotions*. Cambridge University Press.
- Fridja, N.H. (1993). *Appraisal and Beyond*. Hillsdale. Lawrence Erlbaum Associates.
- Friedman, H.S., Tucker, J.S., Schwartz, J.E., Tomlinson-Keasey, C., Martin, L.R., Wingard, D.L. y Criqui, M.H. (1995). Psychosocial and behavioral predictors of longevity: the aging and death of the "Termites". *American Psychologist*, 50(2), 69–78.
- Galarsi, M.F., Ledezma, C., De Bortoli, M.A. y Correche, M.S. (2009). Rasgos de personalidad y trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarias. *Fundamentos en humanidades*, 19(1), 157–166.
- Galeano, J. (2012). *Riesgo psicosocial, estrategias de afrontamiento y personalidad en universitarios y población general*. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Galli, A. (2005). Prevalencia de trastornos psicopatológicos en alumnos de psicología. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan* 6(1), 55–66.

- Gantiva, R., Rodríguez, M., González, M. y Vera, A. (2011). Perfil de personalidad en consumidores moderados y excesivos de sustancias psicoactivas en universitarios. *Psicología del Caribe. Universidad del Norte*, (28), 24–38.
- Garaigordobil, M., Aliri, J. y Fontaneda, I. (2009). Bienestar psicológico subjetivo: diferencias de sexo, relaciones con dimensiones de personalidad y variables predictoras. *Psicología Conductual*, 17(3), 543–559 .
- Garaigordobil, M., Aliri, J., Martínez-Valderrey, V., Maganto, C; Bernarás, E. y Jaureguizar, J. (2013). Conducta antisocial: conexión con emociones positivas y variables predictoras. *Apuntes de Psicología*. 31(2), 123–133.
- García, A. (1998). *Claves de educación para la salud*. DM.
- García–Naveira, A. (2009). El estilo de personalidad en jugadores de fútbol de competición y diferencias en función de la demarcación. *Cuadernos de psicología del deporte*, 9(2), 19–38.
- García–Naveira, A. y Ruíz – Barquín, R. (2013). La personalidad del deportista: una revisión teórica desde la perspectiva de rasgos. *Revista internacional de medicina y ciencias de la actividad física y el deporte*, 13(51), 627–645.
- García–Naveira , A., Ruiz, R. y Pujals, C. (2011). Diferencias en personalidad en función de la práctica o no deportiva, nivel de competición y categoría por edad en jugadores de fútbol desde el modelo de Costa y McCrae. *Revista de Psicología del Deporte*, 20(1), 29–44 .
- Giacobbi, P R., Hausenblas, H. A. & Frye, N. (2005). A naturalistic assessment of the relationship between personality, daily life events, leisure-time exercise and mood. *Psychology Sport Exercise*, 6(1), 67-81.

- Gil–Roales, J. (2004). *Psicología de la salud: aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Psicología Pirámide.
- Gil, S. (2012). *Alcoholismo de fin de semana en adolescentes: funcionamiento prefrontal, rasgos psicopatológicos y de personalidad* (Tesis doctoral). U. Complutense de Madrid. Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/16183/1/T33905.pdf>
- Girón–Daviña (2010). *Los determinantes de la salud percibida en España* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/11024/>
- Gómez, J. A., Luengo, Á., Romero, E., Villar, P. y Sobral, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 581-597.
- Góngora, C. (2002). Trastornos de personalidad en pacientes con desórdenes de la conducta alimentaria. *Psicodebate: psicología, cultura y sociedad*, 2, 75–96.
- González, A., Juárez, F., Solís, C., González, C., Jiménez, A., Medina, M.E. y Fernández, H. (2012). Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura. *Salud mental*, 35(1), 51–55.
- González, L., Unikel, C., Cruz, C. y Caballero, A. (2003). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental*, 26(3), 1–8.
- González–Celis, A.L. y Martínez, R.L. (2009). Análisis comparativo de la calidad y la ansiedad en jóvenes estudiantes universitarios y adultos mayores. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 1(1), 98–110.

- González–Celis, R.A.L y Padilla, F.A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de ciudad de México. *Revista UniversitasPsicológica*, 5(3), 501–509.
- González–Leandro, P. y Castillo, M.D. (2010). Ansiedad y depresión: relaciones con la personalidad. En P. García; J.M. Bathancourt., A.R. Martín y E. Armas (Eds.), *Ansiedad y depresión: investigación e intervención* (pp. 27– 49). Universidad de La Laguna. Editorial Comares.
- Grant, S., Langan-Fox, J. & Anglim, J. (2009). The big five traits as predictors of subjective and psychological well-being. *Psychological Reports*, 105(1), 205–231. Doi: [10.2466/PRO.105.1.205-231](https://doi.org/10.2466/PRO.105.1.205-231)
- Grigsby, J. y Stevens, D. (2000). *Neurodinamics of personality*. New York: Guilford Press.
- Grizb, G. (2002). *Bases cognitivas y conductuales de la motivación y emoción*. Centro de estudios Ramón Areces, S.A.
- Guerrero, L.R; León, A. R. (2010). Estilo de vida y salud. *Educere*, 14(48), 13–19.
- Guillén–Riquelme, A. y Buela–Casal, G. (2013). Versión Breve del STAI en Adolescentes y Universitarios Españoles. *Terapia Psicológica*, 31(3), 293-299.
- Gunnel, K., Crocker, P., Mack, D., Wilson, P. & Zumbo, B. (2014). Goal contents, motivation, psychological need satisfaction, well-being and physical activity: a test of self determination theory over 6 months. *Psychological of sport and exercise*, 15(1), 19–29.

- Harris, D.M y Gutten, S. (1979). Health protective behavior: an exploratory study. *Journal of Health and Social Behavior*, 20(1), 17–29.
- Herbert, TB; Cohen, S. (1993). Stress and immunity in humans: a meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, 55(4), 364-79.
- Hernández, L.M. y Londoño, C. (2013). Imagen corporal, IMC, afrontamiento, depresión y riesgo de TCA en jóvenes universitarios. *Anales de psicología*, 29(3), 748–761.
- Inglés, C.J., Delgado, B., Bautista, R., Torregrosa, M.S., Espada, J.P., García – Fernández, J.M;...García – López, L.J. (2007). Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes Españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 403–420.
- Isla, P., Moncho, J. y López, C. (2010). Tabaco y universidad: percepción de los estudiantes sobre la ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo. *Revista ROL de enfermería*, 33(7–8), 7–14.
- Jaúregui, J., Santiago, M.J. y Estébanez, S. (2009). Trastornos de la conducta alimentaria y la personalidad. Un estudio con el MCMI-II. *Atención Primaria*, 41(4), 201–206. Doi:10.1016/j.aprim.2008.06.002
- Jenkins, D. (2005). *Mejoremos la salud a todas las edades*. Un manual para el cambio de comportamiento. Organización Panamericana de la salud. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/706/9275315906.pdf?sequence=1>
- Jhon, O. y Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: history, measurement and theoretical perspectives. En L.A. Pervin & O.P. Jhon

(Eds), *Handbook of personality: theory and research* (pp. 102 – 138). New York: Guilford.

Jiménez, M. (2015). Mecanismos de relación entre la personalidad y los procesos de salud – enfermedad. *Revista de psicología Universidad de Antioquía*, 7(1), 163–184.

Jiménez, M.G., Martínez, P., Miró, E. y Sánchez, A.I. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 185-202.

Jiménez-Muro, A., Beamonte, A., Marqueta, A., Gargallo, P. y Nerín de la Puerta, I. (2009) Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adicciones*, 21(1), 21–28.

Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F. & Watson, D. (2010). Linking Big personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(5), 768-821. doi:10.1037/a0020327

Krug, I., Root, T., Bulik, C., Granero, R., Penelo, E., Jiménez–Murcia, S. y Fernández–Aranda, F. (2011). Redefining phenotypes in eating disorders based on personality: a latent profile analysis. *Psychiatry Research*, 188(3), 439–445. Doi: 10.1016/j.psychres.2011.05.026.

Laframboise, H.L. (1973). Health Policy: breaking the problem down in more manageable segments. *Canadian Medical Association Journal*, 108(3),388-393.

Lahey, B.B. (2009). Public health significance of neuroticism. *American Psychologist*, 64(4),241–256. doi:10.1037/a0015309

- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa, Ontario, Canadá; information Canada.
- Langlie, J.K. (1979). Interrelationships among preventive health behaviors: a test of competing hypotheses. *Public Health Reports*, 94(3), 217–225.
- Lara, M.C., Romero, T., Foncerrada, H., Rebollo, C, y Aguilar, J. (2006). Psicopatología y uso de tabaco en estudiantes de secundaria. *Salud Mental*, 29(6), 48–56.
- Lara, M.D. (2015). *Personalidad, afecto y afrontamiento en las conductas saludables y de consumo de alcohol y tabaco en adolescentes* (tesis doctoral). UNED. Recuperado de: <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:Psicologia-Mdlara/LARA BELTRAN Mdoles Tesis.pdf>
- Latorre, A., Del Rincón, D., y Arnal, J. (1996). *Bases metodológicas de la investigación educativa*. Barcelona, España: Hurtado Ediciones.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press
- Lehman, R., Denissen, J., Allemand, M. y Penke, L. (2013). Age and gender differences in motivational manifestations of the big five from age 16 to 60. *Developmental Psychology*, 49(2), 365–383. Doi: 10.1037/a0028277.
- Lema, L.F., Varela, M. T., Tamayo, J.A., Rubio, A. y Botero, A. (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción del estilo de vida. *Pensamiento Psicológico*, 5(12), 71–88.
- Leventhal H, Brissette I, Leventhal EA (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. En L.D. Cameron & H. Leventhal (Ed). *The*

Self-Regulation of Health and Illness Behaviour(pp. 42-65). Routledge Taylor & Francis Group.

Lewin, K. (1963). *Field theory in social science*. London: Tavistock Publication.

Lewis, M. (2000). Self-conscious emotions: Embarrassment, pride, shame, and guilt. En M. Lewis y J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of Emotions* (pp. 623-636). Nueva York: The Guilford Press. Recuperado de: <http://www.child-encyclopedia.com/sites/default/files/textes-experts/en/638/the-self-conscious-emotions.pdf>

Lezcano, R. (2016). Rasgos de personalidad en futbolistas juveniles de élite bajo el modelo de los cinco grandes. *Educación a través del deporte, mito o realidad*. Recuperado de: <http://www.trances.es/papers/EducaraTravesDelDeporte.pdf#page=171>

Lynch, S.A. & Houghton, A.N. (1993). Cancer immunology. *Oncologist*, 5, 145– 150.

Lippa, R.A. (2010). Sex Differences in personality traits and gender-related occupational preferences across 53 nations: Testing Evolutionary and Social-Environmental Theories. *Archives of Sexual Behaviour*, 39(3), 619–636.

López, E. (2000). Psicología y salud. *Escritos de Psicología*, (4), 8–33.

López-Pantoja, J.L., Cabranes, J.A., Sánchez-Quintero, S., Velao, M., Sanz, M., Torres-Pardo;..... Barabash, A. (2012). Perfiles de personalidad en sujetos obesos y control medidos con cinco escalas estandarizadas de personalidad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(5), 266–274.

Lorence, B. (2008). Perfil psicológico de la obesidad mórbida. *Apuntes de psicología*, 26(1), 51–68.

- Lorenzo, P. y Ladero, M. (1999). *Drogodependencias*. Médica Panamericana.
- Low, K.G; Fleisher, C; Colman, R; Dionne, A; Casey, G. y Legendre, S. (1998). Psychosocial variables, age, and angiographically determines coronary artery disease in women. *Annals of Behavioral Medicine*, 20(3), 221–226.
- Mangas, V. (2015). *Relación entre la personalidad y el consumo problemático de cannabis en población universitaria* (trabajo de grado). Recuperado de: https://ddd.uab.cat/pub/tfg/2015/133351/TFG_vmangaslopez.pdf
- Márquez-Arrico, J.E. y Adán, A. (2013). Patología dual y rasgos de personalidad: situación actual y líneas futuras de trabajo. *Adicciones*, 25(3), 195–202.
- Martín, F., Cangas, A.J., Pozo, E. M^a., Martínez, M. y López, M. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria y personalidad: un estudio comparativo. *Revista internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 16(2), 189–205.
- Martínez, J.M. (2011). Drogodependencias y trastornos de personalidad: variables relevantes para su tratamiento. *Papeles del psicólogo*, 32(2), 166–174.
- Martínez-González, L., Fernández, T., Molina de la Torre, A.J., Ayán, C; Bueno, A., Capelo R.,... Martín, V. (2014). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en universitarios españoles y factores asociados: proyecto uniHcos. *Nutrición Hospitalaria*, 30(4), 927–934.
- Martínez-Sánchez, F. y Castro, J. (1994). Emoción y Salud. Desarrollos en Psicología Básica y Aplicada. *Anales de Psicología*, 10(2), 101–110.
- Mayor, J. y Pinillos, J. L. (1989). *Tratado de Psicología General 1. Historia, teoría y método*. Madrid, Alhambra.

- McCrae, R.R. & Jhon, O.P. (1992). An introduction to the Five Factor Model and his applications. *Journal of Personality*, 60, 162–215.
- McCrae, R.R., Costa, P.T., Ostendorf, F., Angleitner, A., Hrebícková, M., Avia, M.D., Sanz, J. y Sánchez-Bernardos, M.L. (2000). Nature over nurture: Temperament, personality, and the life span development. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 173–186
- McCrae, R. R., Terracciano, A., Leibovich de Figueroa, N., Schmidt, V., Shakespeare-Finch, J., Neubauer, A. & De Fruyt, F. (2005). Personality profiles of cultures: aggregate personality traits. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(3), 407–425.
- McKelvie, S.J., Lemieux, P. y Stout, D. (2003). Extraversion and neuroticism in contact athletes, no contact athletes and non-athletes: A research note. *Athletic Insight* 5(3), 19–27.
- Mechanic, D. (1979). The stability of health and illness behavior: Results from a 16 – year follow up. *American Journal of Public Health*, 69(11), 1142–1145
- Mendoza, R. (1990). Concepto de estilos de vida saludables y factores determinantes. Segunda conferencia Europea de Educación para la Salud. Varsovia.
- Menéndez, E.L. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. *Estudios sociológicos*, 16(46), 37–67
- Menéndez, E. L. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Lugar Editorial. Buenos Aires.

- Meza, A. (2008). La relación entre la personalidad y la actividad física y deportiva. Un estudio exploratorio en estudiantes de secundaria. *Educación Física y Deportes*. Recuperado de: <http://www.efdeportes.com/efd121/la-relacion-entre-la-personalidad-y-la-actividad-fisica-y-deportiva.htm>
- Michel, H. (1994). *Bases neurológicas de las conductas*. Barcelona: Masson.
- Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Informe Edades sobre consumo, percepciones y opiniones ante las drogas (2015). Madrid: secretaría técnica. Recuperado de: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/INFORME_2015.pdf
- Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Informe Edades sobre consumo, percepciones y opiniones ante las drogas (2013). Madrid: secretaría técnica. Recuperado de: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2_Informe_2013.pdf
- Miranda C.A., Gutiérrez J.C., Bernal F. y Escobar C. (2000). Prevalencia de Depresión en Estudiantes de Medicina de La Universidad del Valle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 29(3), 251-260
- Miró, E., Cano – Lozano, M.C. y Buela–Casal, G. (2005). Sueño y calidad de vida. *Revista Colombiana de psicología*, 14(1), 11–27.
- Miró, E., Láñez, M.A. y Cano – Lozano, M.A. (2002). Patrones de sueño y salud. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(2), 301–326.

- Miró, E; Martínez, P. y Arriaza, R. (2006). Influencia de la cantidad y la calidad subjetiva de sueño en la ansiedad y el estado de ánimo deprimido. *Salud mental*, 29(2), 30 – 37.
- Moo, J; Pérez H, Solís, F. & Arankowsky, G. (2005). Evaluation of depressive symptoms and sleep alterations in college students. *Archives of medical research*, 36(4), 393–398. Doi: 10.1016/j.arcmed.2005.03.018
- Morales, B; Garrosa, E. y Gálvez, M. (2005). Personalidad positiva y salud. En L. Flórez – Alarcón, M. Botero y B. Botero (Eds), *Psicología de la salud: temas actuales de investigación en Latinoamérica* (pp. 59–76) Bogotá: Alapsa, Uninorte.
- Moreno, B. (2007). *Psicología de la Personalidad*. Thomson.
- Munafó, M.R. & Black. S. (2007). Personality and smoking status: a longitudinal analysis. *Nicotine and tobacco research*, 9(3), 397–404. Doi: [10.1080/14622200701188869](https://doi.org/10.1080/14622200701188869)
- Muñiz, J. y Fernández-Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 108-121.
- Muro, A., Gomá – i – Freixenet, M. y Adau, A. (2015). Los ritmos circadianos y la personalidad. *Isep Science*, 6(1). 6-13.
- Nieto, C.E. (2016). *Ansiedad, depresión y conducta alimentaria en obesidad mórbida* (tesis de licenciatura). Universidad Fasta, Mar de la Plata, Argentina. Recuperado de: <http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/handle/123456789/1255>

- Niño de Guzmán, I., Calderón, A., Escalante, M., Lira, T., Morote, R. y Ruda, L. (2000). Personalidad, ansiedad estado-rasgo e ingreso a la universidad en alumnos preuniversitarios. *Revista de psicología de la PUCP*, 18(2), 341–372.
- Novoa, C. y Barra, E. (2016). Influencia del apoyo social percibido y los factores de personalidad en la satisfacción vital de estudiantes universitarios. *Terapia Psicológica*, 33(3), 239–245.
- Nutbeam, D., Aaro, L.E. y Catford, J. (1989). Understanding childrenshealth behavior: the implication for health promotion for young people. *Social Science and Medicine*, 29(3), 317–325.
- Oblitas, A.L. (2015). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Cengage Learning Editores. S.A.
- Olmedilla, A., Ortega, E. y Candel, N. (2010). Ansiedad, depresión y práctica de ejercicio físico en estudiantes universitarias. *Apuntes de medicina del deporte*, 45(167), 175–180.
- OMS (1960). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* (45). Recuperado de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1
- OMS 2009. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
- Orejudo, S. y Froján, M. (2005). Síntomas somáticos: predicción diferencial a través de variables psicológicas, sociodemográficas, estilos de vida y enfermedades. *Anales de Psicología*, 21(2), 276–285.
- Ortiz-Tallo, M., Fierro, A., Blanca, M.J., Cardenal, V. y Sánchez, L.M. (2006). Factores de personalidad y delitos violentos. *Psicothema* 18(3), 459–464.

- Ortony, A., & Turner, T. J. (1990). What's basic about basic emotions? *Psychological Review* 97(3), 315–331.
- Osada, J., Rojas, M., Rosales, C. y Vega-Dienstmaier, J.M (2010). Sintomatología ansiosa y depresiva en estudiantes de Medicina. *Revista Neuropsiquiatría*, 73(1), 15–19.
- Palacios, J; Marchesi, A. y Coll, C. (2008). *Psicología del Desarrollo*. Alianza Editorial.
- Palmero, F. (2008). *Motivación y emoción*. Mc Graw–Hill/Interamericana de España.
- Palmero, F., Guerrero, C., Gómez, C. y Carpi, A. (2006). Certezas y controversias en el estudio de la emoción. *Revista electrónica de motivación y emoción*, (9)23-24. Recuperado de: <http://reme.uji.es/articulos/numero23/article1/article1.pdf>
- Palomino, P.A; Grande, M.A; Linares, M. (2014). *La salud y sus determinantes sociales: desigualdades y exclusión social en la sociedad del S. XXI*, 72(1), 71–91. Doi: 10.3989/ris.2013.02.16.
- Pantoja, A. (2009). ¿Cómo iniciar el proyecto? El punto de partida. En A. Pantoja. (Coord.), *Manual básico para la realización de tesinas, tesis y trabajos de investigación* (pp.15-40). Madrid, España: EOS.
- Páramo, M.A., Straniero, C. M., García, C. S., Torrecilla, N. M. y Escalante, E. (2012). Bienestar psicológico, estilos de personalidad y objetivos de vida en estudiantes universitarios. *Pensamiento psicológico* 10(1), 7–21.
- Pardo, A. y Ruiz–Díaz, M.A. (2002). *SPSS 11: Guía para el análisis de datos*. Madrid, España: McGrawHill.

- Pastor, Y., Balaguer, I., Castillo, I. y González, C. (1997). Dimensiones de los estilos de vida. VI congreso nacional de psicología. España.
- Pastor, Y. (1995). *Estilos de vida y salud: una revisión*. Tesis de licenciatura. Universitat de Valencia.
- Pastor, Y., Balaguer, I. y García-Merita, M. L. (1999). *Estilo de vida y salud*. Albatros.
- Pastor, Y., Balaguer, I. y García-Merita, M.L. (1998). Dimensiones del estilo de vida relacionado con la salud en la adolescencia: una revisión. *Revista de psicología general y aplicada*, 51(3-4), 469-483.
- Pastor, Y., Balaguer, I. y García-Merita, M.L. (1998). Una revisión sobre las variables de estilos de vida saludables. *Revista de psicología de la salud*, 10 (1), 15-52.
- Pedrero, E.J. (2003). Los trastornos de la personalidad en drogodependientes desde la perspectiva de los cinco grandes factores. *Adicciones*, 15(3), 203-220.
- Pedrero, E.J. (2007). El modelo de los cinco factores y la estructura dimensional de los trastornos de personalidad: estudio de una muestra de adictos a sustancias con el BFQ y el MCMI - II. *Trastornos adictivos*, 9(2), 116-125.
- Pedrero, E.J. y Rojo, G. (2008). Diferencias de personalidad entre adictos a sustancias y población general. Estudios con el TCI - R de casos clínicos con controles emparejados. *Adicciones*, 20(3), 251-262.
- Pelechano, V. (1996). *Psicología de la Personalidad. I. Teorías*. Barcelona: Ariel.

Pelechano, V. (2000). *Psicología Sistemática de la Personalidad*. Barcelona: Ariel
Psicología.

Pelechano, V. (2005). Dolor crónico y trastornos de personalidad. *Boletín de
Psicología*, 84, 59-76

Pelechano, V. y Pastor, A. (2005). Neuroticismo y trastornos de personalidad.
Análisis y modificación de conducta, 31(139), 503-538.

Peñate, W. (2001). Presentación de un cuestionario básico para evaluar los
síntomas genuinos de la depresión. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27
(115) 671-869.

Peñate, W., Perestelo, L., Bethencourt, J.M. y Ramírez, G. (2009). La predicción
del nivel de depresión por variables cognitivas, conductuales y
temperamentales en un intervalo de seis meses. *Psicothema*, 21(3), 341- 346.

Pender, N.J. (1987). *Health promotion in nursing practice*. 2ndedn. Norwalk:
Appleton-Century Crofts.

Pennbaker, J. W. (1993). Putting stress into word. Health, linguistic and
therapeutic implications. *Behaviour Research and Therapy*, 31(6), 539-548.

Pennbaker, J.W. (1996). Emoción, divulgación y salud. *Anales de Psicología*. 12
(1), 119-120.

Perea, J.M., Oña, S. y Ortiz, M. (2009). Diferencias de rasgos clínicos de
personalidad en el mantenimiento de la abstinencia y las recaídas en
tratamiento del tabaquismo. *Psicothema*, 21(1), 39-44.

- Pérez Lo Presti, A. y Pérez, G.A. (2012). Estilos de vida y trastornos emocionales en estudiantes universitarios de educación, mención matemática. *Revista Venezolana de Educación*, 16(55), 339–334.
- Pérez, G. A; Pérez, A; Medina, O. (2011). Prevalencia de trastornos del sueño, ansiedad y depresión en estudiantes universitarios y su relación con el estilo de vida. *Revista Electrónica de Neuropsicología*, (2)1. Recuperado de: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Ta6M_QKMtEkJ
- Pérez, M.A., Redondo, M.M. y León, L. (2006). Procesos de valoración y emoción: características, desarrollo, clasificación y estado actual. *Revista electrónica de Motivación y Emoción*, 9(22), Recuperado de: <http://reme.uji.es/>
- Pérez, M.N., Robles, H. y Vila, J. (1996). Importancia de las creencias frente al conocimiento en la práctica de conductas de salud (II): tabaco, alcohol y otros factores de riesgo. *Revista de psicología de la salud*, 8, 113–132.
- Pérez, M.V. y Urquijo, S. (2002). Rasgos de personalidad y depresión en adolescentes. Tercer congreso virtual de Psiquiatría. Interpsiquis. Recuperado: https://www.researchgate.net/profile/Sebastian_Urquijo/publication/228545028_Rasgos_de_personalidad_y_depresion_en_adolescentes/links/00b7d52a1c66fe4ed8000000.pdf
- Pérez, S., Rojo, N. y Hidalgo, A. (2009) La salud mental de las personas jóvenes en España. *Revista de Estudios de Juventud*, (84), 155–179. Recuperado de: <https://consaludmental.org/publicaciones/Saludmentalpersonasjovenes.pdf>
- Pérez–Fuentes, M.C., Gázquez, J.J. y Molero, M.M. (2012). Análisis de los “cinco grandes” factores de la personalidad en alumnos de la Universidad de

mayores de Almería. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 2(1), 19–28.

Pi, R.A., Vidal, P.D., Brassesco, B. R., Viola, L. y Aballay, L.R. (2015). Estado nutricional en estudiantes universitarios: su relación con el número de ingestas alimentarias diarias y el consumo de macronutrientes. *Revista de Nutrición Hospitalaria*, 31(4), 1748–1756.

Piedra, M.J. y Coello, M. (2014). *Estudio correlaciones de niveles de ansiedad, depresión y rasgos de personalidad en personas con obesidad*. (Trabajo de grado). Universidad del Azuay, Cuenca, Ecuador.

Piédrola Gil. (2003). *Medicina preventiva y salud pública*. Barcelona. Masson.

Pilatti, A., Urrizaga, A., Chincolla, A. y Cupani, M. (2014). Facetas de personalidad relacionadas con el consumo elevado de alcohol en estudiantes universitarios de la provincia de Córdoba (Argentina). *Perspectivas en Psicología*, 11, 42–52.

Piqueras, J.A., Martínez, A., Ramos, V., Rivero, R. y García-López, L.J. (2006). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 43–73

Piqueras, J.A., Ramos, V., Martínez, A.E. y Oblitas, L.A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85–112.

Plomin, R., De Fries, J., McClearn, G. y McGuuggin, P. (2002). *Genética de la conducta*. Barcelona: Airel.

Polo – Kantola, P., Laine, A., Aromaa, M., Rautava, P., Markkula, J., Valhberg, T. & Sillanpaa, M. (2014). A population – based survey of sleep

- disturbances in middle – age women – associations with health. Health related quality of life and health behavior. *Maturitas*, 77(3), 25 –262. Doi: [10.1016/j.maturitas.2013.11.008](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.11.008)
- Pomerlau, O.F y Pomerlau, C.S. (1987). A biobehavioral view of substance abuse and addiction. *Journal of Drug Issues*, 17(2), 111–131.
- Porter, P., Earls, F.J. y Montgomery, A.C. (1998). Life style and patterns of health and social behavior in high – risk adolescents. *Advances in Nursing Sciences*, 11, 22–35.
- Pressman, S.D. & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin* 131(6), 925–971.
- Puccio, F., Fullen, M., Ong, D. & Krug, I. (2016). A systematic review and meta-analysis on the longitudinal relationship between eating pathology and depression. *International Journal of Eating Disorders*, 49(5), 439–454.
- Pulkkinen, L. (1992). Life Style in Personality Development. *European Journal of personality* 6, 139-155.
- Pullen, C., Noble, S., Fiandt K. (2001). Determinants of health promotions os life – style behaviors in rural older women. *Family and Community Health*, 24(2), 49–72.
- Quiceno, J.M. (2014). Calidad de vida, fortalezas personales, depresión y estrés en adolescentes según sexo y estrato. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica de Almería*, 14(2), 155–170.
- Randler, C. (2008). Morningness–eveningness, sleep – wake variables and big five personality factors. *Personality and Individual Differences*, 45(2), 191–196.

Recuperado de <http://eprints.sim.ucm.es/7494> Universidad Complutense de Madrid.

Redondo del Río, M.P., De Mateo, B., Carreño, L., Marugán, J.M., Fernández, M. y Camina, M.A. (2016). Ingesta dietética y adherencia a la dieta mediterránea en un grupo de estudiantes universitarios en función de la práctica deportiva. *Nutrición Hospitalaria*, 33(5), 1172–1178.

Reeve, J. (2001). *Motivación y emoción*. Madrid: McGraw – Hill.

Ribes, E. (1990). *Psicología y Salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.

Rodríguez, A.M., Lemos, S. y Canga, A. (2001). Relación entre variables de personalidad, actitudes hacia la vida y estilo de vida. *Revista de psicología general y aplicada*, 54(4), 659–670.

Rodríguez, J.M. (2011). *Perfiles diferenciales de personalidad: deportistas de combate, deportistas tradicionales y sujetos sedentarios* (Tesis doctoral). Universidad Europea de Madrid. Villaviciosa de Odón. Recuperado de: <http://www.tesisenred.net/handle/10803/276279?show=full&locale-attribute=es>

Rodríguez-Peláez, D; Arrayás, M; Fernández-Ozcorta, E.J. y Tornero, I. (2013). Niveles de personalidad, inteligencia emocional y actividad física en alumnos de primero de grado de ciencias de la actividad física y el deporte. *Revista de Educación, Motricidad e Investigación*(1),173-183. Recuperado de: <http://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/e-motion/article/view/2251/2165>

- Rogers, R. (1975). A Protection Motivation Theory of Fear Appeals and Attitude. *The Journal of Psychology, 91*(1), 93–114.
- Romero, E. (2005). ¿Qué unidades debemos emplear? Las dos disciplinas de la psicología de la personalidad. *Anales de Psicología, 21*(2), 244–248.
- Rosentock, I.M. (1960). What research in motivation suggest for public health. *American Journal of Public Health, 50*(3), 295–301.
- Rosentock, I.M. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs, 2*(4), 328–335.
- Rueda, M.B. y Pérez, A.M. (2004). Personalidad y percepción de autoeficacia : influencia sobre el bienestar y el afrontamiento de los problemas de salud. *Revista de psicopatología y psicología clínica, 9*(3), 205–219.
Doi: [//dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.9.num.3.2004.3980](https://doi.org/10.5944/rppc.vol.9.num.3.2004.3980)
- Ruíz, I., Santiago, M.J., Bolaños, P. y Jáuregui, I. (2010). Obesidad y rasgos de personalidad. *Trastornos de la conducta alimentaria (12)*, 1330–1348.
- Ruiz, R. (2012). Relaciones entre características de personalidad y estados de ánimo: un estudio con deportistas de combate universitarios. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte, 7*(1), 89-112.
- Rusell, L., Delgado, J. y Ortega, A. (2017). El papel de la actividad física y el deporte como medios para el desarrollo de la salud psicológica de jóvenes universitarios. *Revista de Actividad Física y Desarrollo Humano, 7*(1), 1–14.
- Rutter, D. & Quine, L. (2002). *Changing Health Behaviour*. Buckingham: Open University Press.

- Ryan, R., Huta, V. & Deci, E. (2013). Living well: a self – determination perspective eudemonic. En A. Delle – Fave (Ed.), *The exploration of happiness, happiness studies book series* (pp. 117–139). The Netherlands: Springer.
- Sáiz, D., Rodríguez, M., García, C., Prieto, R. y Sáiz–Ruiz, J. (2009). Diferencias de sexo en el trastorno depresivo mayor: síntomas somáticos y calidad de vida. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*2(3), 119–127. Doi:org/10.1016/S1888-9891(09)72402-4
- Sáiz, P.A., González, M.P., Paredes, B., Martínez, S. y Delgado, J.M. (2001). Personalidad y uso–abuso de cocaína. *Adicciones*, 13(2), 47–58.
- Salazar, J., Ripoll, C. y Bobes, J. (2010). Narcisismo manifiesto, narcisismo encubierto y trastornos de personalidad en una Unidad de Conductas Adictivas: validez predictiva de respuesta a tratamiento. *Adicciones*, 22(2), 107–112.
- Salleras, L. (1985). *Educación sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos.
- Salorio del Moral, P., Campillo M.J., Espinosa, R., Pagán, G., Oñate, C. y López, I. (2011). Trastornos de personalidad y anorexia nerviosa y bulimia. Un estudio con el MCMI-III. *Revista psicología.com*, 16(65), 1–12 Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10401/4710>
- Sánchez, D. y Robles, M. A. (2013). El modelo “big five” de personalidad y conducta delictiva. *International Journal of Psychological Research* 6(1), 102–109.

- Sánchez, M., Marcos, R., Marsán, V., Macías, C. (2006). Asociación entre el estrés y las enfermedades infecciosas, autoinmunes, neoplásicas y cardiovasculares. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 22(3), 55–66
- Sánchez, R.O. y Ledesma, R. (2007). Los Cinco Grandes Factores: cómo entender la personalidad y cómo evaluarla. *Psico-Usf*, 2(8), 163–173.
- Sánchez-López, M.P. y Aparicio, M. (2001). Estilo de vida: avances en su medida y sus relaciones con otros conceptos psicológicos. *Revista de psicología de la PUCP*, 19(1), 5–19.
- Sánchez-Ojeda, M.A. y De Luna-Bertos, E. (2015). Hábitos de vida saludable en la población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 1910-1919.
- Sandín, B. (1990). Factores de predisposición en los trastornos de ansiedad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 4(3), 342–351.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1995). *Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad*. Madrid. McGraw-Hill.
- Sanz, J. y García-Vera, M.P. (2013). Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). *Anales de psicología*, (29)1, 66–75.
- Sanz, J. y Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9(1), 59–84.
- Sanz, J., Silvia, F. y Avia, M. (1999). La evaluación de la personalidad desde el modelo de los “Cinco Grandes”. El Inventario de Cinco-Factores NEO

(NEO – FFI) de Costa y McCrae. En F. Silva (ED), *Avances en Evaluación Psicológica* (pp. 171 – 234). Valencia. Promolibro.

Sanz, J., y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303–318 .

Schmidt, V. (2010). Las bases biológicas del neuroticismo y la extraversión ¿por qué nos comportamos como lo hacemos? *Revista Psiencia*, 2(1), 20–25.

Schmidt, V., Firpo, L., Vion, D., De Costa Oliván, M.E., Casella, L., Cuenya, L.,... Pedrón V. (2010). Modelo psicobiológico de personalidad de Eysenck: una historia proyectada hacia el futuro. *Revista Internacional de Psicología*, 11(2), 1–21.

Schmidtke, J.I. y Heller, W (2004). Personality, affect and EEG; predicting patterns of regional brain activity related to extraversion and neuroticism. *Personality and Individual Differences*, 36(3), 717–732.

Serodino, O.S. (2014). *Relaciones entre las características de personalidad y el bienestar psicológico en estudiantes de Psicología* (tesis doctoral). Universidad Nacional de Mar de Plata, Argentina.

Serrano, C., Rojas, A. y Ruggero, C. (2013). Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1), 47– 60.

Sierra, J.C., Zubeidat, L., Ortega, V. y Delgado-Domínguez, C.J. (2005). Assessment of the relationship between psychopathological personality traits and sleep quality. *Salud mental*, 28(3), 13–21.

- Sierra, R., Sánchez, P.T. y Camps, C. (2005). Inmunología, estrés, depresión y cáncer. *Psicooncología*, 3(1), 35–48.
- Sinha, P. D. (1993). Developing positive health lifestyle in schoolchildren. Project Lifestyle. Jamaica: Caribbean Food & Nutrition Institute–Regional Office of the World Health Organization.
- Smith, T.W. y Gallo, L.C. (2001). Personality traits as risk factors for physical illness. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 435–467.
- Snell, W.E; Johnson, G; Lloyd, P.J. y Hoover, W. (1991). The health Orientation Scale: a measure of psychological tendencies associated with health. *European Journal of Personality*, 5, 169–183.
- Soto, M.N., Marín, B., Guillén–Grima, F., Aguinaga, I., Willincox, J., Hermoso de Mendoza, J.,...Kramer, A. (2015). Cambios en el consumo de tabaco de los estudiantes de la Universidad pública de Navarra, España, durante el periodo universitario. *Investigación Enfermería, Imagen y Desarrollo*, 17(2), 131–144. Doi: 10.11144/Javeriana.ie 17 – 2 ccte.
- Stephoe, A., Peacey A. & Wardle, J. (2006). Sleep Duration and Health in Young Adults. *Archivo Internacional Medicina*, 166(16), 1689-1692. Doi:10.1001/archinte.166.16.1689.
- Suls, J., & Rittenhouse, J.D. (1990). *Modes of linkages between personality and disease*. Editorial Friedman.
- Tafoya, S., Jurado, M.M., Yépez, N.J., Fouilloux, M. y Lara, M.C. (2013). Dificultades del sueño y síntomas psicológicos en estudiantes de medicina. *Revista de Medicina*, 73(3), 247–251.

Taylor (2003). *Health psychology*. New York: McGraw Hill.

Terraciano, A. & Costa, P.T. Jr. (2004). Smoking and the five – factor model of personality. *Addiction*, 99(4), 472–481.

Terraciano, A., Sutin, A.R., McCrae, R.R., Deiane, B., Ferruci, L., Schelessinger, D.,....Costa, P.T. Jr. (2009). Facets of personality linked to underweight and overweight. *Psychosomatic Medicine*, 71(6), 682–689.

Terris (1980). *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México: S. XXI

Texeira, P., Carraça, E., Markland, D., Silva, M. & Ryan, R. (2012). Exercise, physical activity, and self – determination theory: a systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(78), 1–30.
Doi: [10.1186/1479-5868-9-78](https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-78)

Torre, S. y Tejada, J. (2007). Estilos de vida y aprendizaje universitario. *Revista Iberoamericana de educación*, (44), 101–131.

Tupes, E. y Christal, R. (1992). Recurrent personality factors base don trais ratings. *Journal of personality*, 60(2), 225–251.

Unikel, C., Díaz de León, C. y Rivera, J.A. (2016). Conductas alimentarias de riesgo y correlatos psicosociales en estudiantes universitarios de primer ingreso con sobrepeso y obesidad. *Salud mental*, 39(3), 141–148. Doi:10.17711/SM.0185-3325.2016.012.

Urquijo, S. y Del Valle, M. (2013). Diferencias de género en las relaciones entre regulación emocional, personalidad y bienestar psicológico de estudiantes universitarios. Conferencias de la Universidad Nacional de Córdoba, XIV Reunión Nacional y III Encuentro Internacional De La Asociación

- Argentina de Ciencias del Comportamiento. Recuperado de:
<http://conferencias.unc.edu.ar/index.php/AACC/aacc/paper/viewPaper/957>
- Vallejo, B. (2015). *Personalidad, afrontamiento y positividad en pacientes con trastorno adaptativo* (tesis doctoral). Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.
- Vallejo, J. y Gastón, C. (1991). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Editorial Salvat.
- Vaz-Leal, F.J., Rodríguez-Santos, L., García-Herráiz, M.A., Chimpén-López, C.A., Rojo-Moreno, L.,... y Ramos-Fuentes, M.I. (2014). Papel de la depresión y la impulsividad en la psicopatología de la bulimia nerviosa. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(1), 25–31.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rohona, J.J. y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, (5), 15–28.
- Vecina, M.L. (2006). Emociones positivas. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 9–17.
- Villanueva, S. (2016). *Personalidad, género y vulnerabilidad a la depresión* (tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de:
<http://eprints.sim.ucm.es/37561/>
- Villar, E., Viñas F., Ferrer, J.J., Caparrós, B., Pérez, I. y Cornellá, M. (2004). Dimensiones psicopatológicas asociadas al consumo de tabaco en población universitaria. *Anales de Psicología*, 20(1), 33–46.

- Wallston, K., Wallston, B. & De Vellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (HLC) scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,(44), 580–585.
- Watson, D. & Clark, L.A. (1984). Negative affectivity: the disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96(3), 465–490.
- Weber, M. (1992). *Economía y sociedad*. Fondo de Cultura Económica de España.
- White, H.R., Pandina, R.J. & Chen, P.H. (2002). Developmental trajectories of cigarette use from early adolescence into young adulthood. *Drug and Alcohol Dependence*, 65(2), 167–178.
- WHO (1986). *Health promotion concepts and principles in action: A policy framework*. Copenhagen: WHO.
- Widiger, T., Trull, T., Costa, P., McCrae, R., Clarkin, J.F. & Sanderson, C. (2002) Description of the DSM-IV personality disorders with the Five Factor Model of personality. En Costa P., Widiger T. (Ed.) *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality* (pp. 89–99) Washington, DC: American Psychological Association.
- Widiger, T.A. (2009). Neuroticism. En M.R. Leary y R.H. Hoyle (Eds), *Handbook of individual differences in social behavior* (pp. 129–146). Nueva York: Guilford.
- Widiger, T.A. (2011). Personality and psychopathology. *World Psychiatry*. 10(2),103–106. doi: 10.1002/j.2051-5545.2011.tb00024.x
- Wiebe, D. & Fortenberry, C. (2008). Mechanisms relating personality and health. En E. Wollrath (Ed). *Handbook of personality and health*. (pp.137–156) Recuperado de: <https://books.google.es/books?id=Jjip3g4xUVcC&printsec=frontcover&dq=Mechanisms+relating+personality+and+health&hl=es&sa=X&ved=0ahUKE>

[wjzkd35gsfQAhVMcBoKHYIJAQwQ6AEIHDA#v=onepage&q=Mechanisms%20relating%20personality%20and%20health&f=false](#)

Williams, A. F. & Wechsler, H. (1972). Interrelationship of preventive actions in health, and other areas. *Health Services Reports*, 87(10), 969–976 .

Wold, B. (1989). *Lifestyles and physical activity*. University of Bergen, Norway.

Wong, M., Lau, E., Wan, J., Cheung, S., Hui, C. & Mok, D. (2013). The interplay between sleep and mood in predicting academic functioning, physical health and psychological health; a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(4), 271–277.

Zuckerman, M. (1992). What is a basic factor and which factors are basic? Turtles all the way down. *Personality and Individual Differences*, 13(6), 675–681.

ANEXO 1

Instrucciones Generales

Por favor, lee cuidadosamente

En este cuadernillo encontrarás preguntas sobre tu forma de pensar, sentir, actuar ante los problemas y sobre tus hábitos en relación con la salud y con el consumo de alcohol y tabaco.

Te pedimos que contestes a las preguntas de la forma más sincera posible, sin saltarte o dejar en blanco ninguna pregunta.

No existen respuestas mejores o peores, la respuesta que escribas reflejará tu modo habitual de pensar, sentir y/o actuar.

La información que obtengamos será confidencial y los cuestionarios que vas a realizar son totalmente anónimos.

DATOS PERSONALES

Titulación:	_____			
Sexo:	Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	(Indica marcando con una X) Edad: ____ años.	
Estado civil:	Soltero/a <input type="checkbox"/>	Casado/a <input type="checkbox"/>	Divorciado/a <input type="checkbox"/>	Viudo/a <input type="checkbox"/>
¿Trabajas?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>		
¿Tienes hijos?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	... Número de hijos: _____	

ANEXO 2

DATOS REFERIDOS AL ESTILO DE VIDA

1. ¿Cuántas horas, de media, sueles dormir diariamente? ____ Horas (sin incluir el tiempo de siesta)

2. ¿Cuántas comidas realizas al día? ____ (sin incluir el "picoteo")

3. ¿Consumes...? {
Tabaco... No Si: en ocasiones habitualmente
Alcohol... No Si: en ocasiones habitualmente
Drogas... No Si: en ocasiones habitualmente

Frecuencia de consumo {
No: Nunca
En ocasiones: consumo ocasional, por ejemplo, los fines de semana
Habitualmente: todos o casi todos los días de la semana

4. ¿Cuál de las siguientes actividades realizas en la actualidad? {
 Deporte (actividad diaria y/o profesional)
 Actividad física (actividad habitual, p.ej: caminar, correr, nadar)
 No realizo ningún tipo de actividad física o deporte

* Solamente **SI PRACTICAS DEPORTE:**

¿Qué deporte/s practicas? _____

A nivel recreativo (con amigos) A nivel competitivo o federado {
 Internacional
 Nacional
 Regional
 Local

Nº de días que practicas de media a la semana: ____ Nº de horas que dedicas de media a la semana: ____

* Solamente **SI practicas algún tipo de ACTIVIDAD FÍSICA:**

¿Qué actividad/es practicas? _____

Nº de días que practicas de media a la semana: ____ Nº de horas que dedicas de media a la semana: ____

Solamente si **NO PRACTICAS actividad física o deporte:**

¿Has realizado anteriormente...? {
 Deporte
 Actividad Física
 Nunca he practicado ninguno

ANEXO 3

NEO-FFI

Este cuestionario consta de 60 frases. Lea cada una con atención y marque la alternativa (A, B, C, D o E) que mejor refleje su grado de acuerdo o desacuerdo con ella. Así, debe marcar "A" si la frase es completamente falsa en su caso, o si está en total desacuerdo con ella, hasta "E" si la frase es completamente cierta, o si está totalmente de acuerdo con ella.

No hay respuestas ni "correctas" ni "incorrectas". Por favor, conteste de forma sincera y exprese sus opiniones de la manera más precisa posible.

Dé una respuesta a todas las frases. Asegúrese de que marca cada respuesta en la hoja de respuestas y según la opción que mejor se ajuste a su manera de ser.

	A. En total desacuerdo	B. En desacuerdo	C. Neutral	D. De acuerdo	E. Totalmente de acuerdo	
1	A menudo me siento inferior a los demás.	A	B	C	D	E
2	Soy una persona alegre y animosa.	A	B	C	D	E
3	A veces cuando leo una poesía o contemplo una obra de arte, siento una profunda emoción o excitación.	A	B	C	D	E
4	Tiendo a pensar lo mejor de la gente.	A	B	C	D	E
5	Parece que nunca soy capaz de organizarme.	A	B	C	D	E
6	Rara vez me siento con miedo o ansioso.	A	B	C	D	E
7	Disfruto mucho hablando con la gente.	A	B	C	D	E
8	La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mí.	A	B	C	D	E
9	A veces intimidado o adulo a la gente para que haga lo que yo quiero.	A	B	C	D	E
10	Tengo unos objetivos claros y me esfuerzo por alcanzarlos de forma ordenada.	A	B	C	D	E
11	A veces me vienen a la mente pensamientos aterradores.	A	B	C	D	E
12	Disfruto en las fiestas en las que hay mucha gente.	A	B	C	D	E
13	Tengo una gran variedad de intereses intelectuales.	A	B	C	D	E
14	A veces consigo con artimañas que la gente haga lo que yo quiero.	A	B	C	D	E
15	Trabajo mucho para conseguir mis metas.	A	B	C	D	E
16	A veces me parece que no valgo absolutamente nada.	A	B	C	D	E
17	No me considero especialmente alegre.	A	B	C	D	E
18	Me despiertan la curiosidad las formas que encuentro en el arte y en la naturaleza.	A	B	C	D	E
19	Si alguien empieza a pelearse conmigo, yo también estoy dispuesto a pelear.	A	B	C	D	E
20	Tengo mucha auto-disciplina.	A	B	C	D	E
21	A veces las cosas me parecen demasiado sombrías y sin esperanza.	A	B	C	D	E
22	Me gusta tener mucha gente alrededor.	A	B	C	D	E
23	Encuentro aburridas las discusiones filosóficas.	A	B	C	D	E
24	Cuando me han ofendido, lo que intento es perdonar y olvidar.	A	B	C	D	E
25	Antes de emprender una acción, siempre considero sus consecuencias.	A	B	C	D	E
26	Cuando estoy bajo un fuerte estrés, a veces siento que me voy a desmoronar.	A	B	C	D	E
27	No soy tan vivo ni tan animado como otras personas.	A	B	C	D	E
28	Tengo mucha fantasía.	A	B	C	D	E
29	Mi primera reacción es confiar en la gente.	A	B	C	D	E
30	Trato de hacer mis tareas con cuidado, para que no haya que hacerlas otra vez.	A	B	C	D	E
31	A menudo me siento tenso e inquieto.	A	B	C	D	E
32	Soy una persona muy activa.	A	B	C	D	E
33	Me gusta concentrarme en un sueño o fantasía y, dejándolo crecer y desarrollarse, explorar todas sus posibilidades.	A	B	C	D	E
34	Algunas personas piensan de mí que soy frío y calculador.	A	B	C	D	E
35	Me esfuerzo por llegar a la perfección en todo lo que hago.	A	B	C	D	E
36	A veces me he sentido amargado y resentido.	A	B	C	D	E
37	En reuniones, por lo general prefiero que hablen otros.	A	B	C	D	E
38	Tengo poco interés en andar pensando sobre la naturaleza del universo o de la condición humana.	A	B	C	D	E
39	Tengo mucha fe en la naturaleza humana.	A	B	C	D	E
40	Soy eficiente y eficaz en mi trabajo.	A	B	C	D	E
41	Soy bastante estable emocionalmente.	A	B	C	D	E
42	Huyo de las multitudes.	A	B	C	D	E
43	A veces pierdo el interés cuando la gente habla de cuestiones muy abstractas y teóricas.	A	B	C	D	E
44	Trato de ser humilde.	A	B	C	D	E
45	Soy una persona productiva, que siempre termina su trabajo.	A	B	C	D	E
46	Rara vez estoy triste o deprimido.	A	B	C	D	E
47	A veces reboso felicidad.	A	B	C	D	E
48	Experimento una gran variedad de emociones o sentimientos.	A	B	C	D	E
49	Creo que la mayoría de la gente con la que trato es honrada y fidedigna.	A	B	C	D	E
50	En ocasiones primero actúo y luego pienso.	A	B	C	D	E
51	A veces hago las cosas impulsivamente y luego me arrepiento.	A	B	C	D	E
52	Me gusta estar donde está la acción.	A	B	C	D	E
52	Con frecuencia pruebo comidas nuevas o de otros países.	A	B	C	D	E
54	Puedo ser sarcástico y mordaz si es necesario.	A	B	C	D	E
55	Hay tantas pequeñas cosas que hacer que a veces lo que hago es no atender a ninguna.	A	B	C	D	E
56	Es difícil que yo pierda los estribos.	A	B	C	D	E
57	No me gusta mucho charlar con la gente.	A	B	C	D	E
58	Rara vez experimento emociones fuertes.	A	B	C	D	E
59	Los mendigos no me inspiran simpatía.	A	B	C	D	E
60	Muchas veces no preparo de antemano lo que tengo que hacer.	A	B	C	D	E

ANEXO 4

BDI

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1.	a	No me siento triste.
	b	Me siento triste.
	c	Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
	d	Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2.	a	No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
	b	Me siento desanimado respecto al futuro.
	c	Siento que no tengo que esperar nada.
	d	Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
3.	a	No me siento fracasado.
	b	Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
	c	Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
	d	Me siento una persona totalmente fracasada.
4.	a	Las cosas me satisfacen tanto como antes.
	b	No disfruto de las cosas tanto como antes.
	c	Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
	d	Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5.	a	No me siento especialmente culpable.
	b	Me siento culpable en bastantes ocasiones
	c	Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
	d	Me siento culpable constantemente.
6.	a	No creo que esté siendo castigado.
	b	Me siento como si fuese a ser castigado.
	c	Espero ser castigado.
	d	Siento que estoy siendo castigado.
7.	a	No estoy decepcionado de mí mismo.
	b	Estoy decepcionado de mí mismo.
	c	Me da vergüenza de mí mismo.
	d	Me detesto.
8.	a	No me considero peor que cualquier otro.
	b	Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
	c	Continuamente me culpo por mis faltas.
	d	Me culpo por todo lo malo que sucede.
9.	a	No tengo ningún pensamiento de suicidio.
	b	A veces pienso en suicidarme pero no lo cometería.
	c	Desearía suicidarme.
	d	Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10.	a	No lloro más de lo que solía.
	b	Ahora lloro más que antes.
	c	Lloro continuamente.
	d	Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
11.	a	No estoy más irritado de lo normal en mí.
	b	Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
	c	Me siento irritado continuamente.
	d	No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12.	a	No he perdido el interés por los demás.
	b	Estoy menos interesado en los demás que antes.
	c	He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
	d	He perdido todo el interés por los demás.
13.	a	Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
	b	Evito tomar decisiones más que antes.
	c	Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
	d	Ya me es imposible tomar decisiones.
14.	a	No creo tener peor aspecto que antes.
	b	Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
	c	Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
	d	Creo que tengo un aspecto horrible.
15.	a	Trabajo igual que antes.
	b	Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
	c	Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
	d	No puedo hacer nada en absoluto.
16.	a	Duermo tan bien como siempre.
	b	No duermo tan bien como antes.
	c	Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
	d	Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17.	a	No me siento más cansado de lo normal.
	b	Me canso más fácilmente que antes.
	c	Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
	d	Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18.	a	Mi apetito no ha disminuido.
	b	No tengo tan buen apetito como antes.
	c	Ahora tengo mucho menos apetito.
	d	He perdido completamente el apetito.
19.	a	Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
	b	He perdido más de 2 kilos y medio.
	c	He perdido más de 4 kilos.
	d	He perdido más de 7 kilos.
20.	a	No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
	b	Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
	c	Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
	d	Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa,
21.	a	No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
	b	Estoy menos interesado por el sexo que antes.
	c	Estoy mucho menos interesado por el sexo.
	d	He perdido totalmente mi interés por el sexo.

ANEXO 5

STAI

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse a uno mismo.

Aparecen dos tablas. En la primera debe señalar como se siente usted ahora mismo, en este momento.

En la segunda debe señalar cómo se siente en general, en la mayoría de ocasiones.

No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

A-E				
Lea cada frase y señale A, B, C ó D para indicar cómo se siente usted ahora mismo, en este momento.				
A= Nada	B= Algo	C= Bastante	D= Mucho	
1. Me siento calmado	A	B	C	D
2. Me siento seguro	A	B	C	D
3. Estoy tenso	A	B	C	D
4. Estoy contrariado	A	B	C	D
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	A	B	C	D
6. Me siento alterado	A	B	C	D
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	A	B	C	D
8. Me siento descansado	A	B	C	D
9. Me siento angustiado	A	B	C	D
10. Me siento confortable	A	B	C	D
11. Tengo confianza en mí mismo	A	B	C	D
12. Me siento nervioso	A	B	C	D
13. Estoy desasosegado	A	B	C	D
14. Me siento muy "atado" (como oprimido)	A	B	C	D
15. Estoy relajado	A	B	C	D
16. Me siento satisfecho	A	B	C	D
17. Estoy preocupado	A	B	C	D
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	A	B	C	D
19. Me siento alegre	A	B	C	D
20. En este momento me siento bien	A	B	C	D

A-R				
Lea cada frase y señale A, B, C ó D para indicar cómo se siente usted en general, en la mayoría de las ocasiones.				
A= Nada	B= Algo	C= Bastante	D= Mucho	
21. Me siento bien	A	B	C	D
22. Me canso rápidamente	A	B	C	D
23. Siento ganas de llorar	A	B	C	D
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	A	B	C	D
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	A	B	C	D
26. Me siento descansado	A	B	C	D
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	A	B	C	D
28. Veo que las dificultades se me amontonan y no puedo con ellas	A	B	C	D
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	A	B	C	D
30. Soy feliz	A	B	C	D
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	A	B	C	D
32. Me falta confianza en mí mismo	A	B	C	D
33. Me siento seguro	A	B	C	D
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	A	B	C	D
35. Me siento triste (melancólico)	A	B	C	D
36. Estoy satisfecho	A	B	C	D
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	A	B	C	D
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	A	B	C	D
39. Soy una persona estable	A	B	C	D
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado.	A	B	C	D

