UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESIS

RELACIÓN DE LOS HÁBITOS DE SALUD, LA IMAGEN CORPORAL Y LA AUTOEFICACIA CON LA CALIDAD DE VIDA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DEL NORESTE DE MÉXICO

PRESENTA

MAYRA LIZETH SALGADO ESPINOSA

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

MARZO, 2018

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

TESIS

RELACIÓN DE LOS HÁBITOS DE SALUD, LA IMAGEN CORPORAL Y LA AUTOEFICACIA CON LA CALIDAD DE VIDA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DEL NORESTE DE MÉXICO

PRESENTA

MAYRA LIZETH SALGADO ESPINOSA

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

DIRECTOR DE TESIS
DR. JAVIER ÁLVAREZ BERMÚDEZ

MONTERREY, NUEVO LEÓN, MÉXICO, MARZO, DE 2018

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO

MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La presente tesis titulada “Relación de los hábitos de salud, la imagen corporal y la autoeficacia con la calidad de vida de estudiantes universitarios del noreste de México” presentada por Mayra Lizeth Salgado Espinosa ha sido aprobada por el comité de tesis.

_____

Dr. Javier Álvarez Bermúdez
Director de tesis

_____

Dr. José Moral de la Rubia
Revisor de tesis

_____

Dr. Adrián Valle de la O
Revisor de tesis

Monterrey, N. L., México, marzo de 2018

DEDICATORIA

A mi familia por su apoyo incondicional y por ser mi fuente de fortaleza y motivación constante.

Esta tesis es para ustedes:

A mis amados padres, Ramón y Laura

A mi colega y hermana, Anahí, que junto a Héctor me han dado el mejor regalo, convertirme en tía de Laurita

A mis queridos abuelos, Manuel Jesús y María del Rosario

y a mis ángeles Ramón y María de Jesús

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi director de tesis, el Dr. Javier Álvarez Bermúdez, por la paciencia y apoyo constante que me brindó en este proceso, por toda la motivación y el aprendizaje adquirido y por ser un ejemplo a seguir en mi vida profesional.

A mis revisores de tesis, el Dr. José Moral de la Rubia y el Dr. Adrián Valle de la O por su apoyo, disposición e interés, quienes contribuyeron a fortalecer mi trabajo a través de sus comentarios y aportaciones.

A todos los doctores que compartieron mucho de lo que saben durante la maestría, a la Dra. Mónica González, la Dra. Fuensanta Rosales, el Dr. René Landero, la Dra. Dehisy Juárez, la Dra. Xóchitl Ortiz, el Dr. Arnoldo Téllez, la Dra. María Elena Villarreal y a la Dra. Lucía Quezada, muchas gracias por todos esos retos que me han ayudado enormemente a mejorar como profesional y acercarme cada vez más al cumplimiento de mis metas.

Agradezco también a todos mis compañeros por las experiencias compartidas durante la maestría y a las personas que me apoyaron en la aplicación de las encuestas, Emmanuel Varela, en Cd. Victoria, y Gonzalo Villanueva, en Saltillo, muchísimas gracias por ayudarme.

A todos los universitarios que aceptaron dar un poco de su valioso tiempo para contestar mis encuestas y contribuir en mi investigación.

Finalmente, agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y a la Facultad de Psicología por el enorme apoyo para alcanzar esta meta.

¡Muchas gracias a todos!

RESUMEN

La percepción de los jóvenes respecto a su situación vital está inevitablemente influenciada por sus propios recursos cognitivos, la manera de percibirse a sí mismos, y cómo cuidan su salud, la cual es el principal requisito para el desarrollo pleno en cada una de sus actividades. El propósito fue describir los hábitos de salud, la imagen corporal, la autoeficacia y calidad de vida en los estudiantes universitarios del noreste de México, y analizar la relación entre estas variables, mediante un estudio transversal, descriptivo, comparativo y correlacional. Se aplicaron escalas relacionadas a los hábitos alimenticios, práctica de ejercicio y consumo de sustancias, la percepción de la imagen corporal, y de la autoeficacia, así como una escala para evaluar la calidad de vida en distintos ámbitos. Participaron 300 estudiantes universitarios del noreste de México, 44% hombres y 56% mujeres, con una media de edad de 20.53 (ds 2.19). El 66.7% de los universitarios reportó una alta satisfacción con la vida, siendo las relaciones familiares y la situación de la casa donde vida los aspectos en los que más se reportaron satisfechos; se encontraron diferencias significativas en la calidad de vida de los universitarios respecto al cuidado de la alimentación ($Z=-3.629$, $p<.05$), al consumo de tabaco ($Z=-2.504$, $p<.05$) y la preocupación por engordar ($Z=-2.142$, $p<.05$), siendo mejor en quienes cuidaban su alimentación, no fumaban y no se preocupaban por engordar. Se encontró una correlación positiva estadísticamente significativa entre el nivel de autoeficacia general percibida y la calidad de vida de los universitarios ($r_s= .45$, $p<.05$). La calidad de vida es un indicador que se ve influenciado por los hábitos alimenticios y el consumo de tabaco y factores internos como la percepción de eficacia, lo que nos ofrece información importante sobre las áreas de oportunidad al momento de construir una intervención dirigida a universitarios de la zona noreste de México.

Palabras clave: universitarios, calidad de vida, imagen corporal, autoeficacia, hábitos, salud.

ABSTRACT

Perception of the young people regarding their vital situation is strongly influenced by their own cognitive resources, the way they perceive themselves, and how they take care of their health, which is the principal requirement for the full development in each of their daily activities. The purpose of this research was to analyze the relationship of healthy habits, body image, and self-efficacy with the assessment of quality of life in college students, through a cross-sectional, descriptive, comparative and correlational study. Eating habits, exercise, substance consume, body image, self-efficacy and quality of life scales were applied. Three hundred college students from the northeastern of México participated, 44% men and 56% women, with a mean age of 20.53 years (SD = 2.19). Around 66.7% of university students reported a high satisfaction with life, being family relationships and the situation of the house they live the aspects in which they were most satisfied; Statistical differences were found in the quality of life according to eating habits (Z = -3.629, p <.05), the consumption of tobacco (Z = -2.504, p <.05) and the worry to get fat (Z = -2.142, p <.05), higher scores were found in those who took care of their diet, did not smoke and did not worry about getting fat. A statistically significant positive correlation was found between the level of perceived self-efficacy and the quality of life of the university students (r_s= .45, p <.05). The quality of life is an indicator influenced by eating habits and tobacco consumption and internal factors such as the perception of self-efficacy, which offers us important information regarding the areas of opportunity when building an intervention aimed at university students of the northeast area of Mexico.

Key words: college students, quality of life, corporal image, self-efficacy, habits, health.

INDICE

Agradecimientos.....iv

Resumen.....v

Abstact.....vi

CAPITULO I 19

INTRODUCCION 19

Definición del Problema..... 22

Justificación de la Investigación 27

Objetivo General 31

Objetivos específicos 31

Preguntas de investigación 32

Limitaciones y Delimitaciones 33

CAPITULO II 35

MARCO TEORICO 35

Salud como fenómeno biopsicosocial 36

El modelo biopsicosocial de George Engel..... 36

Modelo biopsicosocial y Psicología de la Salud..... 39

La Psicología de la Salud 40

Teorías de la Psicología de la Salud..... 40

La teoría de acción de la razonada de la conducta planeada .. 42
Hábitos de salud 48
Hábitos de salud referentes a la Alimentación 50
Hábitos de salud referentes a la actividad física y ejercicio 55
Hábitos de salud referentes al consumo de tabaco..... 58
Hábitos de salud referentes al consumo de alcohol 60
Imagen corporal 63
Teoría de la Auto-discrepancia de Higgins 67
Autoeficacia en los hábitos de salud 68
Calidad de vida..... 71
CAPITULO III 74
METODO 74
PARTICIPANTES 74
APARATOS E INSTRUMENTOS 75
Datos sociodemográficos..... 75
Datos antropométricos..... 75
Estado de salud general 76
Hábitos de salud 76
Hábitos de Salud referentes a la Alimentación..... 76
Hábitos de salud referentes a la actividad física y ejercicio. 78
Hábitos de salud referentes al consumo de tabaco..... 79
Hábitos de salud referentes al consumo de alcohol. 80

Imagen corporal 82

Autoeficacia general percibida 83

Calidad de vida 83

PROCEDIMIENTO 84

Diseño utilizado: 84

Recolección de Datos: 84

Análisis de Datos: 84

CAPITULO IV 88

RESULTADOS 88

Resultados respecto al Índice de Masa Corporal (IMC) 88

Análisis comparativos en relación a la variable IMC 89

Hábitos de salud 91

Resultados de los hábitos de salud referentes a la alimentación 91

Resultados de los hábitos de salud referentes a la práctica de actividad física y ejercicio 95

Estereotipos de género relacionados a la práctica del ejercicio98

Resultados de los hábitos de salud referentes al consumo de tabaco 101

Resultados de los hábitos de salud referentes al consumo de alcohol 103

Análisis comparativos a partir de las variables de hábitos de salud 107

IMC y hábitos de salud 107

Sexo y hábitos de salud 111

Estado de procedencia y hábitos de salud 115

Imagen corporal 118

Análisis comparativos de la percepción de la imagen corporal .. 122

Autoeficacia general percibida (AGP) 126

Análisis comparativos de autoeficacia general percibida 127

Análisis comparativos de hábitos de salud de acuerdo a la variable autoeficacia 129

Calidad de vida 132

Análisis comparativos de la calidad de vida de acuerdo al IMC, sexo y estado de procedencia 134

Análisis comparativos de los hábitos de salud practicados respecto a la calidad de vida general 136

Análisis comparativos de la calidad de vida general de acuerdo a la percepción de la imagen corporal 139

Análisis comparativos de la calidad de vida general de acuerdo a la autoeficacia general percibida 141

CAPITULO V 143

DISCUSION Y CONCLUSIONES 143

Hábitos de salud 143

Hábitos alimenticios 144

Actividad física y ejercicio 146

Consumo de tabaco 148

Consumo de alcohol 150

Hábitos de salud en relación a la variable IMC, sexo y estado de procedencia 151

Imagen corporal 154

Imagen corporal de acuerdo a la clasificación del IMC, sexo y estado de procedencia 155

Autoeficacia General Percibida y hábitos de salud 158

Calidad de vida..... 160

Calidad de vida y variables sociodemográficas 160

Relación entre los hábitos de salud, la percepción de la imagen corporal y la percepción de autoeficacia con la evaluación de la calidad de vida 161

RECOMENDACIONES PARA FUTUROS ESTUDIOS 165

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 166

ANEXOS 202

ANEXO 1 203

Índice de Tablas y Figuras

Tablas

Tabla 1. Tipos de etiquetado nutrimental en México. 54

Tabla 2. Factores de riesgo de la alteración e insatisfacción con la imagen corporal. 65

Tabla 3. Ítems y opciones de respuesta del Cuestionario de Hábitos de Salud de Álvarez (2004)..... 76

Tabla 4. Preguntas y opciones de respuesta referentes a la imagen corporal. 82

Tabla 5. Objetivos específicos, preguntas de investigación y análisis estadísticos. 85

Tabla 6. Análisis de chi cuadrada de IMC de acuerdo al sexo. 89

Tabla 7. Análisis de chi cuadrada de IMC de acuerdo al estado de procedencia. 90

Tabla 8. Motivos que llevan a las personas a fumar. 102

Tabla 9. Grado de responsabilidad en el inicio de consumo de tabaco. 103

Tabla 10. Medias de las creencias respecto al consumo de alcohol. ... 106

Tabla 11. Análisis de chi cuadrada de cuidado de la alimentación de acuerdo a la clasificación de IMC. 107

Tabla 12. Análisis de chi cuadrada de la práctica de ejercicio de acuerdo a la clasificación del IMC..... 108

Tabla 13. Análisis de chi cuadrada del consumo de tabaco de acuerdo a la clasificación de IMC. 109

Tabla 14. Análisis de chi cuadrada del consumo de alcohol de acuerdo a

la clasificación de IMC. 110

Tabla 15. Análisis de chi cuadrada de cuidado de la alimentación de acuerdo al sexo. 111

Tabla 16. Análisis de chi cuadrada de la práctica de ejercicio respecto a la variable sexo. 112

Tabla 17. Análisis de chi cuadrada del consumo de tabaco de acuerdo al sexo. 113

Tabla 18. Análisis de chi cuadrada del consumo de alcohol de acuerdo al sexo. 114

Tabla 19. Análisis de chi cuadrada de cuidado de la alimentación de acuerdo al estado de procedencia. 115

Tabla 20. Análisis de chi cuadrada de la práctica de ejercicio de acuerdo al estado de procedencia. 116

Tabla 21. Análisis de chi cuadrada del consumo de tabaco de acuerdo al estado de procedencia. 117

Tabla 22. Análisis de chi cuadrada del consumo de alcohol de acuerdo al estado de procedencia. 118

Tabla 23. Partes de su figura que les gustaría cambiar. 120

Tabla 24. Análisis de chi cuadrada de la satisfacción con la imagen corporal de acuerdo a la clasificación de IMC. 122

Tabla 25. Análisis de chi cuadrada de la satisfacción con la imagen corporal de acuerdo al sexo. 123

Tabla 26. Análisis de normalidad de las variables “Yo real”, “Yo ideal” y la “Comparación con los otros” de acuerdo al sexo. 124

Tabla 27. Prueba de Mann-Whitney de las variables “Yo real”, “Yo ideal” y la “Comparación con los otros” de acuerdo al sexo. 124

Tabla 28. Análisis de chi cuadrada de la satisfacción con la imagen corporal de acuerdo al estado de procedencia. 125

Tabla 29. Ítems de la escala de autoeficacia general percibida. 126

Tabla 30. Análisis de normalidad de la variable autoeficacia general percibida de acuerdo al sexo. 127

Tabla 31. Prueba de Mann-Whitney de la autoeficacia general percibida de acuerdo al sexo. 128

Tabla 32. Análisis de normalidad de la variable autoeficacia general percibida de acuerdo al estado de procedencia. 128

Tabla 33. Prueba de Kruskal-Wallis de la variable autoeficacia general percibida de acuerdo al estado de procedencia. 128

Tabla 34. Análisis de normalidad de la variable autoeficacia general percibida de acuerdo a la buena alimentación. 129

Tabla 35. Prueba de la U de Mann-Whitney de la variable autoeficacia general percibida de acuerdo a la práctica de una buena alimentación. 129

Tabla 36. Análisis de normalidad de la variable autoeficacia general percibida de acuerdo a la práctica regular de ejercicio. 130

Tabla 37. Prueba de la U de Mann-Whitney de la variable autoeficacia general percibida de acuerdo a la práctica regular de ejercicio. 130

Tabla 38. Análisis de normalidad de la variable autoeficacia general percibida de acuerdo al consumo de tabaco. 131

Tabla 39. Prueba de la U de Mann-Whitney de la variable autoeficacia general percibida de acuerdo al consumo de tabaco. 131

Tabla 40. Análisis de normalidad de la variable autoeficacia general percibida de acuerdo al consumo de alcohol. 131

Tabla 41. Prueba de la U de Mann-Whitney de la variable autoeficacia general percibida de acuerdo al consumo de alcohol. 132

Tabla 42. Grado de satisfacción respecto a las dimensiones de calidad de vida. 133

Tabla 43. Análisis de normalidad de la variable calidad de vida general de acuerdo a la clasificación del IMC. 134

Tabla 44. Prueba de Kruskal-Wallis de la variable calidad de vida general de acuerdo a la clasificación del IMC. 134

Tabla 45. Análisis de normalidad de la variable de calidad de vida general de acuerdo al sexo. 135

Tabla 46. Prueba de la U de Mann-Whitney de calidad de vida general por sexo. 135

Tabla 47. Análisis de normalidad de la variable de calidad de vida general de acuerdo al estado de procedencia. 135

Tabla 48. Prueba de Kruskal-Wallis de la variable de calidad de vida general de acuerdo al estado de procedencia. 136

Tabla 49. Análisis de normalidad de la variable calidad de vida general de acuerdo al cuidado de la alimentación. 136

Tabla 50. Prueba de la U de Mann-Whitney de calidad de vida general de acuerdo al cuidado de la alimentación. 137

Tabla 51. Análisis de normalidad de la variable calidad de vida general de acuerdo a la práctica regular de ejercicio. 137

Tabla 52. Prueba de la U de Mann-Whitney de calidad de vida general de acuerdo a la práctica regular de ejercicio. 138

Tabla 53. Análisis de normalidad de la variable calidad de vida general de acuerdo al consumo de tabaco. 138

Tabla 54. Prueba de la U de Mann-Whitney de calidad de vida general de acuerdo al consumo de tabaco. 138

Tabla 55. Análisis de normalidad de la variable calidad de vida general de

acuerdo al consumo de alcohol. 139

Tabla 56. Prueba de la U de Mann-Whitney de calidad de vida general de acuerdo al consumo de alcohol. 139

Tabla 57. Análisis de normalidad de la variable calidad de vida general de acuerdo a la satisfacción con la imagen corporal. 140

Tabla 58. Prueba de la U de Mann-Whitney de calidad de vida general de acuerdo a la satisfacción con la imagen corporal. 140

Tabla 59. Análisis de normalidad de la variable calidad de vida general de acuerdo a la preocupación por engordar. 140

Tabla 60. Prueba de la de U de Mann-Whitney de calidad de vida general respecto a la preocupación por engordar..... 141

Tabla 61. Análisis de normalidad de la variable calidad de vida general de acuerdo a la autoeficacia general percibida..... 141

Tabla 62. Análisis de correlación de Spearman entre calidad de vida general y autoeficacia general percibida..... 142

Figuras

Figura 1. Modelo biopsicosocial de Engel. 37

Figura 2. Esquema de la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen & Fishbein, 1980). 42

Figura 3. Esquema de la teoría de la conducta planificada. 43

Figura 4. Esquema del “Plato del Bien Comer”. 53

Figura 5. Clasificación del IMC de los participantes según criterios de la OMS (1995; 2017d). 88

Figura 6. Definición de hábitos según los universitarios. 91

Figura 7. Percepción de la práctica de una buena alimentación y preocupación por cuidar la alimentación. 92

Figura 8. Disponibilidad para cuidar su alimentación. 92

Figura 9.Comportamientos mediante los cuales descuidan su alimentación. 93

Figura 10. Motivos por los que no les preocupa cuidar su alimentación. 93

Figura 11. Medidas que tomarían para cuidar su alimentación. 94

Figura 12. Porcentaje de comida que se preparan. 94

Figura 13. Encargado(s) de cocinar en casa. 95

Figura 14. Importancia y disposición para la práctica de ejercicio..... 95

Figura 15. Días a la semana que le dedican a la práctica de ejercicio. . 96

Figura 16. Tiempo promedio dedicado a la práctica de ejercicio en personas que lo practican 1 o más días a la semana. 96

Figura 17. Lugar donde practican ejercicio..... 97

Figura 18. Forma en la que practican ejercicio. 97

Figura 19. Tipo de deportes practicados por los universitarios. 98

Figura 20. Creencias respecto a la motivación y presión social. 98

Figura 21. Creencias respecto a las instalaciones y ropa deportiva..... 99

Figura 22. Creencias respecto a las habilidades deportivas. 99

Figura 23. Creencias respecto al aumento de peso. 100

Figura 24. Creencias respecto a la importancia de tener una figura bonita. 100

Figura 25. Creencias respecto a la libertad para salir a practicar

actividades deportivas. 100

Figura 26. Grado de consumo de tabaco. 101

Figura 27. Percepción respecto al consumo de tabaco. 101

Figura 28. Grado de riesgo de tabaquismo. 102

Figura 29. Grado de consumo en diferentes situaciones. 103

Figura 30. Grado de consumo de alcohol. 104

Figura 31. Percepción respecto al consumo de alcohol. 104

Figura 32. Tipo de bebida que consumen entre semana y en fin de semana. 105

Figura 33. Grado de consumo de alcohol en diferentes situaciones. .. 105

Figura 34. Imagen corporal, según las siete siluetas. 119

Figura 35. Satisfacción o insatisfacción respecto a la imagen corporal, según siluetas. 119

Figura 36. Complexión percibida por los universitarios. 120

Figura 37. Elemento que les gustaría cambiar su figura. 121

Figura 38. Comportamientos adoptados para bajar de peso. 121

Figura 39. Nivel de satisfacción de calidad de vida general. 132

CAPITULO I

INTRODUCCION

La juventud representa un estadio de la vida caracterizado por numerosos cambios y/o transiciones en educación, salud, empleo, familia, derechos y responsabilidades. Muchos de estos cambios o transiciones ocurren en paralelo o simultáneamente, haciendo de la juventud un grupo social heterogéneo y dinámico (Arora, Shah, Chaturvedi, & Gupta, 2015) en constante evolución, cuyas experiencias están altamente condicionadas por el entorno en el que se desarrollan, y por la exposición a ciertos riesgos y nuevos retos relacionados a la etapa universitaria.

De esta forma, la manera en que estos jóvenes afrontarán al conjunto de nuevas circunstancias que tendrán que vivir estará determinada por diversas condiciones individuales (recursos cognitivos, etc.) y/o del entorno (apoyo social, etc.).

Es por esto que aunque los universitarios podrían ser considerados como una población sana (Naciones Unidas, 2013), parecen ser los más vulnerables; debido a los hábitos que suelen adquirirse durante esta etapa (González, Díaz, Mendizabal-Ruiz, Medina, & Morales, 2014): tales como el alto consumo de alimentos fuera del hogar, la preferencia hacia alimentos hipercalóricos, el alto sedentarismo y el consumo de sustancias, los cuales son los principales factores de riesgo que han contribuido a la instauración y mantenimiento del sobrepeso y obesidad como crisis de salud pública, donde el 35% de los adolescentes y 7 de cada 10 adultos los padecen (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT], 2012).

Además de las consecuencias físicas del sobrepeso y la obesidad, otro aspecto que ha sido relacionado no solamente con el Índice de Masa Corporal (IMC), sino también con los hábitos de salud practicados, es la imagen corporal,

el cual es un fenómeno multidimensional y subjetivo (Neagu, 2015), donde intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales (Mancilla, Vázquez, Mancilla, Amaya, & Álvarez, 2012), que igualmente puede ser abordado como problema de salud en los jóvenes ya que existe una alta prevalencia de distorsión e insatisfacción con la imagen corporal debido a la alta influencia del aspecto social sobre la percepción de ésta.

Es así como la percepción y las creencias en torno a los hábitos de alimentación, de actividad física, el consumo de sustancias y la imagen corporal de los universitarios son producto de las construcciones sociales, y la importancia de estudiarlos radica en que la etapa universitaria es un punto crítico para promover hábitos saludables, ya que a través de la información y cuidado que reciban en torno a su salud en esta etapa se verán consecuencias a largo plazo en la manera en la que estos jóvenes manejen y enfrenten su salud durante su vida adulta.

Uno de los recursos cognitivos que ha sido relacionado con el cuidado de la salud, es la autoeficacia, que puede afectar en la práctica de los hábitos de salud en diversas maneras, ya que tiene que ver con la percepción de la capacidad para implementar conductas específicas con el objetivo de lograr ciertas metas, expectativas o resultados distintos (Bandura, 1997), esto es a través de la elección de la conducta, de la cantidad de esfuerzo dedicado a la tarea y de la persistencia cuando se presenten dificultades, elementos esenciales en la práctica y mantenimiento de hábitos saludables.

Además, los hábitos de salud que los universitarios practican, su percepción de la imagen corporal y la percepción de autoeficacia son variables que han sido relacionadas con la evaluación de la calidad de vida en universitarios, el cual es un indicador subjetivo multidimensional que se refiere al grado de satisfacción con la vida, y que se ve influenciado por las expectativas, objetivos, valores y expectativas culturales.

Por lo que, de manera general, los universitarios se encuentran en una etapa crítica en cuanto a los hábitos que se adoptan o mantienen de etapas anteriores, que se relacionan con la recién adquirida independencia, el proceso de socialización y con el cambio en la dinámica diaria, los cuales no solamente traen consecuencias en el estado general de salud, sino también en la imagen corporal, donde además interviene la presión social; por lo que es importante no solamente comprender estas cuestiones, sino también estudiar elementos que funcionan como factores protectores para adquirir o mantener hábitos saludables, como la autoeficacia.

De esta manera, la coexistencia de los hábitos practicados, la imagen corporal y el nivel de autoeficacia se relacionan con la manera en la que los universitarios evalúan su calidad de vida.

Por lo tanto, el conocimiento generado a partir de la presente investigación contribuirá a conocer los hábitos de salud practicados por los estudiantes universitarios del noreste de México, así como sus creencias desde el modelo de la conducta planificada respecto a dichos hábitos; y los procesos de evaluación que realizan en torno a su imagen corporal y autoeficacia, para conocer la relación que cada uno de estos factores tienen sobre la percepción de su calidad de vida.

Definición del Problema

Durante la etapa universitaria, se adquiere mayor autonomía y las habilidades necesarias para desarrollarse a nivel personal y profesional, además de adquirir una mayor responsabilidad sobre el autocuidado (Morales, del Valle, Soto, & Ivanovic, 2013). Al respecto, cabe destacar que los universitarios suelen ubicarse en el período de la adolescencia tardía (15-19 años) y la adultez temprana (20-24 años) (Das et al., 2017), compartiendo que las principales amenazas a su salud se encuentran relacionadas con conductas de riesgo (Martínez, Leiva, Sotomayor, Von Chrismar, & Pineda, 2012). Sin embargo, dichas conductas, si se detectan a tiempo, pueden modificarse en una dirección favorable para reducir la probabilidad de aparición de enfermedad a corto, mediano y largo plazo (Bonita, Beaglehole, & Kjellström, 2008).

Respecto a esto, la alimentación (además de la actividad física y la práctica de actividades sedentarias), es un factor importante que tiene un impacto en el peso de los universitarios, ya que es en la juventud cuando se detiene el crecimiento en la cuestión de la talla, por lo que los alimentos consumidos sólo cumplen la función del mantenimiento del cuerpo y las funciones metabólicas (Bonvecchio, González, & Fernández-Gaxiola, 2015), por lo que el desequilibrio entre las necesidades fisiológicas con las calorías consumidas son los primeros determinantes en el peso, y en consecuencia el IMC de los estudiantes (Deliens, Clarys, De Bourdeaudhuij, & Deforche, 2014).

Además de la importancia del tipo de alimentos consumidos, durante los años universitarios se presenta un incremento considerable en la inversión de tiempo en conductas sedentarias (Ratner, Hernández, Martel, & Atalah, 2012), tales como ver televisión, usar la computadora o jugar videojuegos (Hidalgo-Rasmussen, Ramírez, & Hidalgo-San Martin, 2013), actividades relacionadas con el cumplimiento de las responsabilidades académicas y el manejo del tiempo libre, donde se ha encontrado que el 49% de los adolescentes del noreste de México dedica entre 1 y 5 horas a actividades con la computadora

que no tienen que ver con labores académicas (Moral, Ybarra, Álvarez, Zapata, & González, 2011).

Igualmente, durante la etapa universitaria suele añadirse el consumo de sustancias como comportamiento dentro del tiempo libre; especialmente el consumo de alcohol y tabaco, por ser sustancias legales, de fácil acceso, aceptadas socialmente y asociadas con una baja percepción de riesgo (Castañeda & Romero, 2014; OMS, 2005), a pesar de que han sido relacionados a un mayor riesgo de padecer enfermedades graves (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2015) y, el consumo de alcohol, es considerado como la cuarta causa de mortalidad en México, por cirrosis hepática, lesiones intencionales y no intencionales, accidentes de vehículo de motor y homicidios (ENSANUT, 2012b).

De esta forma, los hábitos como factores protectores o como factores de riesgo no tienden a operar de forma aislada, sino que debe presentarse un sinergismo en el cual las causas deben adquirir no solamente la condición de necesarias, sino también de suficientes (Morales, 1999, citado en Alfaro, 2013).

Asimismo tanto los hábitos como las creencias de salud están altamente influidos por la cultura; dentro de lo cual destacan las expectativas ligadas al sexo, lo cual impacta en las diferentes formas en las que hombres y mujeres se sienten, piensan y actúan, basándose en la manera en la que perciben sus cuerpos (Calogero & Thompson, 2010), ya que, en la cuestión de los hábitos, se ha encontrado que las mujeres presentan mejores hábitos de higiene y autoexploración que los hombres (Escobar & Pico, 2013), aunque son ellos los más activos físicamente (Cocca, Mayorga-Vega, & Viciana, 2013; Rodríguez et al., 2013).

Mientras que respecto a las creencias de salud, las mujeres perciben una mayor presión social por encajar en la imagen de la mujer occidental para ser aceptadas (Hidalgo-Rasmussen, Hidalgo-San Martín, Rasmussen-Cruz, & Montaño-Espinoza, 2011), lo que trae como consecuencia la sobreestimación

de su peso (Costa, Petrucci, & Lessa, 2015; Durán-Agüero, Beyzaga-Medel, & Miranda-Durán, 2016), menores niveles de satisfacción corporal en comparación con los hombres (Ramírez et al., 2015) y una mayor frecuencia de práctica de comportamientos alimentarios de riesgo con el objetivo de perder peso (Wanden-Berghe et al., 2015).

De esta forma, la búsqueda por comprender las conductas de salud que practican las personas ha llevado a la creación de distintas teorías para explicar los hábitos de salud, siendo la Teoría de la Conducta Planificada una de las bases teóricas más populares en el estudio del comportamiento humano, ya que sostiene que la intención y el comportamiento en sí mismo, es producto de tres componentes: la actitud hacia la conducta, las creencias normativas, y el control conductual percibido (Ajzen, 2002), siendo este último relacionado con el concepto de autoeficacia de Bandura, ya que ambas tienen que ver con la percepción de la habilidad de llevar a cabo una conducta.

Por lo tanto, la autoeficacia general percibida es uno de los recursos cognitivos que favorecen la adopción y mantenimiento de hábitos saludables, ya que se ha relacionado con el cambio de conducta de salud inicial y la persistencia de ese cambio de conducta a largo plazo (Taylor, 2007).

De acuerdo a Bandura (1993) ningún mecanismo de agencia es más eficaz que lo que la persona piensa de sus propias capacidades para ejercer el control sobre algún aspecto. El mecanismo de agencia tiene que ver con la intencionalidad, reflejada en las estrategias para llevar a cabo un comportamiento; la previsión de los posibles resultados; la auto-regulación, en torno a la motivación y regulación durante la ejecución de la estrategia; y la auto-reflexión, para evaluar el propio funcionamiento, por lo que el funcionamiento humano es producto de la interacción de determinantes intrapersonales, conductuales y ambientales (Bandura, 2006).

Por lo tanto, la autoeficacia percibida predice las intenciones y acciones de diferentes aspectos de los hábitos de salud (Schwarzer & Fuchs, 1995; Olivari & Urra, 2007), ya que incluso cuando del contexto se emanan señales de realizar cierta respuesta habitual, la respuesta no es obligatoria y la persona puede tomar la decisión de actuar en formas no habituales (Lin, Wood, & Monterosso, 2015).

Es así como, la manera en la que se evalúa la propia capacidad para enfrentar las demandas del entorno, tiene relación con la percepción de la posición en la vida. Relacionado a esto, los universitarios con altas creencias de autoeficacia perciben las demandas del entorno más como retos que como amenazas (Verdugo-Lucero et al., 2013), lo cual contribuye a un mayor sentido de responsabilidad respecto a las actividades que realizan (Cabanach, Valle, Rodríguez, Piñeiro, & González, 2010), y tiene influencia sobre el bienestar experimentado (Rueda & Pérez, 2004).

Las variables mencionadas anteriormente (los hábitos de salud, la imagen corporal y la autoeficacia), son factores que se relacionan con la evaluación que cada individuo hace de su situación vital, específicamente, su calidad de vida (Higuita & Cardona, 2015).

Respecto a la calidad de vida, los universitarios han reportado sentirse satisfechos (Durán et al., 2012; Hidalgo-Rasmussen et al., 2011; Salgado, Álvarez, Nieto, & Chávez, 2017); y al relacionarlo con los hábitos de salud se ha encontrado una correlación positiva entre calidad de vida y la frecuencia de realización de actividad física (Hidalgo-Rasmussen et al., 2013), ya que contribuye a tener una visión más positiva del mundo que les rodea, de las relaciones sociales y de sus expectativas vitales (Moscoso, Martín, Pedrajas, & Sánchez, 2013), y por otro lado, a mayor Índice de Masa Corporal, y a mayor tiempo en prácticas sedentarias, peor es su percepción de su calidad de vida (Wanden-Berghe et al., 2015).

De esta forma, la presente investigación pretende conocer el aspecto conductual, mediante los hábitos de salud que practican los universitarios del noreste de México, así como el aspecto psicológico, a través de la percepción de la imagen corporal y del nivel de autoeficacia, para así comprender su relación con la evaluación que los universitarios del noreste de México realizan de su calidad de vida.

En relación a lo mencionado anteriormente, surgen las siguientes preguntas: ¿cuáles son los hábitos de salud practicados por los universitarios del noreste de México? ¿cómo perciben los universitarios su cuerpo? ¿cuál es el nivel de autoeficacia de los universitarios? ¿cómo evalúan los universitarios su calidad de vida?

La calidad de vida es evaluada subjetivamente, por lo que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación **¿de qué manera se relacionan los hábitos de salud, la imagen corporal y la autoeficacia con la evaluación que los universitarios del noreste de México hacen de su calidad de vida?**

Justificación de la Investigación

Los jóvenes constituyen un segmento importante de la población de América Latina; éstos representan al 24.5% de la población total de esta región (232 millones) (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2010). En nuestro país, la información obtenida a través de la Encuesta Intercensal del año 2015 mostró que el monto de la población joven de 15 a 29 años ascendió a 30.6 millones, que representan poco más de la cuarta parte (25.7%) de las 119 530 753 personas que componían a la población a nivel nacional al momento de la encuesta. Del total de la población joven, 35.1% son adolescentes (15 a 19 años), 34.8% son jóvenes de 20 a 24 años y 30.1% tienen de 25 a 29 años de edad (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2016). Por lo que dentro de la importancia de enfocarnos en este grupo se encuentra que los jóvenes constituyen el recurso humano más valioso que forma la base del desarrollo futuro de cualquier nación.

Por lo que la juventud y sus problemáticas inherentes se han ido incorporando paulatinamente a la agenda gubernamental como parte esencial para lograr un desarrollo humano sostenible; por ello, este grupo etario ha cobrado gran relevancia. El 17 de diciembre de 1999, en su resolución general 54/120, la Asamblea General de las Naciones Unidas declaró al día 12 de agosto como el Día Internacional de la Juventud, mismo que se ha venido celebrando a partir del año 2000 (Naciones Unidas, 2000). Ésta organización internacional considera como jóvenes a las personas con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años; sin embargo, organismos internacionales como la OPS y la Organización Iberoamericana de la Juventud manejan un rango de edad de entre 15 a 29 años. El INEGI (2016) toma en consideración este último rango para mantener una comparabilidad con diversos proyectos estadísticos a nivel internacional para la población de estudio.

La importancia de abordar los aspectos concernientes a la salud y calidad de vida de los universitarios radica en que, según la OPS (2010), México está experimentando una etapa de “oportunidad demográfica”; es

decir, nuestro país es considerado como de gran impacto en intervenciones a jóvenes, ya que representan al 25.7% de la población total en México, y dicha tendencia se mantendrá hasta el 2020.

Es por lo anterior que es necesario el estudio de la población universitaria, ya que debido a la adquisición de mayor autonomía, nuevas responsabilidades y el aumento de interacciones con otros jóvenes, existe una tendencia a adquirir hábitos relacionados a una dieta inadecuada, falta de actividad física, el aumento de consumo de tabaco y alcohol, y un incremento en la tasa de sobrepeso (Martínez et al, 2012), y, de ser mantenidos dichos comportamientos, el riesgo de padecer alguna enfermedad crónica no transmisible se acumula con la edad (OMS, 2003; OPS, 2011).

El interés en los universitarios se ve reflejado en diversas investigaciones que abordan la problemática de la vida universitaria como una etapa crítica en la adquisición de ciertos hábitos de salud y de una rutina cargada de inactividad física (Downes, 2015; Espinoza, Rodríguez, Gálvez, & MacMillan, 2011; Martínez et al., 2012), con una preferencia hacia actividades de tiempo libre más sedentarias y nocivas (Cocca et al., 2013; Moscoso et al., 2013); que impactan en el grado de satisfacción con la imagen corporal (Camacho, 2005, citado en Vaquero-Cristóbal et al., 2013) y en la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en el país (Contreras et al., 2013), donde igualmente dichas conductas y las consecuencias de éstas afectan inevitablemente la calidad de vida a corto, mediano y largo plazo (Durán et al., 2012).

Por lo tanto, aunque los jóvenes son considerados un grupo etario relativamente sano, los malos hábitos, la higiene y el saneamiento básico deficiente, las conductas de riesgo persistentes, y las enfermedades nuevas y emergentes están contribuyendo a una mezcla mortal que está cambiando la imagen clásica de juventud como un grupo saludable (OPS, 2011).

Es así como el presente estudio surge de la necesidad de conocer la relación de diferentes variables en la percepción de la calidad de vida, como los hábitos, tanto saludables como no saludables, la imagen corporal, y el grado de autoeficacia que perciben los universitarios de la región noreste de México, y si existen diferencias de acuerdo al sexo y al estado de procedencia para poder conocer el papel que juega la cultura en las cuestiones de la salud.

Esta investigación pretende ofrecer información para ser utilizada en el planteamiento de intervenciones que tengan como objetivo la mejora de la calidad de vida a partir de la modificación de hábitos de salud en universitarios, de la percepción de la imagen corporal y del grado de autoeficacia que los jóvenes reportan; ya que, como se ha mencionado anteriormente, durante esta etapa se suele adquirir un estilo de vida sedentario y un empeoramiento en los hábitos de salud, tanto en la cuestión de consumo de sustancias como en el bajo consumo de alimentos saludables, los cuales tienden a ser hábitos que permanecen a lo largo de la vida (Espinoza et al., 2011; Intra, Roales-Nieto, & Moreno, 2011; Lee & Yunjeong, 2016).

Sin embargo, no solamente es importante conocer los hábitos practicados por los universitarios, sino también analizar cuáles son sus creencias de salud, basándonos en la Teoría de la Conducta Planificada de Ajzen, y cuáles son sus recursos cognitivos, como la autoeficacia, que fungen como factores de protección en situaciones de presión social para el consumo y, favorecen la adopción o mantenimiento de conductas saludables (Olivari & Urra, 2007).

Dicha base teórica es relevante debido a que la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura (UNESCO, 2010), destaca que el conocimiento acerca de alguna problemática no necesariamente induce a un cambio de comportamiento, ya que el proceso del cambio comportamental se basa también en un análisis de costo-beneficio a nivel individual, donde los recursos cognitivos juegan un papel fundamental, por lo que no solamente se trata de promover mediante el conocimiento, sino también

de comprender cómo es que cada persona adapta dicho conocimiento a su situación vital actual, de acuerdo a sus expectativas, valores y, sobre todo, sus creencias de salud.

Como profesionales de la salud, nuestra pretensión es prevenir para que no sea una enfermedad la determinante del cambio. La intención es incorporar las conductas saludables al estilo de vida de los universitarios (Moral & Álvarez, 2009); esto sin dejar de lado el alto peso social sobre las conductas relacionadas a la salud y analizando el papel de factores internos como la actitud, control conductual y la autoeficacia percibida por los universitarios al mantener o modificar sus hábitos de salud.

Objetivo General

Describir y analizar la relación entre las variables de hábitos de salud, imagen corporal, autoeficacia y calidad de vida en los estudiantes universitarios del noreste de México.

Objetivos específicos:

1. Identificar los hábitos de salud, relacionados con la alimentación, la actividad física y ejercicio, y el consumo de tabaco y alcohol en universitarios del noreste de México.

2. Conocer si existen diferencias entre la práctica de ciertos hábitos de salud de acuerdo al IMC.

3. Conocer si existen diferencias entre la práctica de ciertos hábitos de salud de acuerdo al sexo.

4. Conocer si existen diferencias entre la práctica de ciertos hábitos de salud de acuerdo al estado de procedencia.

5. Identificar la manera en la que los universitarios perciben su cuerpo.

6. Identificar la práctica de comportamientos orientados a la disminución de peso en los universitarios.

7. Conocer si existen diferencias en relación a la imagen corporal respecto a la clasificación del IMC.

8. Conocer si existen diferencias en relación a la imagen corporal respecto al sexo.

9. Conocer si existen diferencias en relación a la imagen corporal respecto al estado de procedencia.

10. Identificar el nivel de autoeficacia general percibida en los universitarios.

11. Analizar si existen diferencias en función de la autoeficacia general percibida en los universitarios respecto a la alimentación, la actividad física y ejercicio, y el consumo de tabaco y alcohol.

12. Evaluar el grado de satisfacción con la vida de los universitarios.

13. Analizar la relación de los hábitos de salud practicados, la imagen corporal y la autoeficacia percibida con la evaluación de la calidad de vida de los universitarios.

Preguntas de investigación

1. ¿Cuáles son los hábitos de salud relacionados con la alimentación, la actividad física y ejercicio, y el consumo de tabaco y alcohol de los universitarios del noreste de México?

2. ¿Es diferente la proporción de universitarios que practican o no dichos hábitos de salud de acuerdo a la categoría del IMC?

3. ¿Es diferente la proporción de universitarios que practican o no dichos hábitos de salud de acuerdo a la categoría del sexo?

4. ¿Es diferente la proporción de universitarios que practican o no dichos hábitos de salud de acuerdo al estado de procedencia?

5. ¿Cómo perciben los universitarios su cuerpo?

6. ¿En qué medida los universitarios practican comportamientos orientados a la disminución de peso?

7. ¿Existen diferencias en la proporción de universitarios respecto a la percepción de la imagen corporal de acuerdo a la clasificación del IMC?

8. ¿Existen diferencias en la proporción de universitarios respecto a la percepción de la imagen corporal de acuerdo al sexo?

9. ¿Existen diferencias en la proporción de universitarios respecto a la percepción de la imagen corporal de acuerdo al estado de procedencia?

10. ¿Cuál es el nivel de autoeficacia general percibida de los universitarios?

11. ¿Existen diferencias en los puntajes de autoeficacia general percibida entre los universitarios respecto a su alimentación, la práctica de actividad física y ejercicio, y su consumo de tabaco y alcohol?

12. ¿Cuál es el grado de satisfacción con la vida de los universitarios del noreste de México?

13. ¿Cuál es la relación existente entre los hábitos de salud practicados, la percepción de la imagen corporal y la percepción de autoeficacia con la evaluación de la calidad de vida de universitarios del noreste de México?

Limitaciones y Delimitaciones

La investigación se ha desarrollado con la participación voluntaria de estudiantes de diferentes centros universitarios, tales como la Universidad Autónoma de Nuevo León, la Universidad Autónoma de Coahuila y la Universidad Autónoma de Tamaulipas, con la intención de describir los hábitos de salud, la imagen corporal, la autoeficacia y calidad de vida en los estudiantes universitarios del noreste de México, y analizar la relación entre estas variables.

Debido al tipo de muestreo utilizado (no probabilístico por conveniencia), los resultados no pueden ser generalizados a otras poblaciones.

Mientras que en las delimitaciones se encontró la cuestión de la aplicación de cuestionarios en distintas entidades federativas (Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas) que requirió de permisos de los centros universitarios para poder llevarse a cabo, además del traslado a las diferentes ciudades.

Otra de las delimitaciones es el tiempo en responder las encuestas (alrededor de 20 minutos), debido a la longitud del instrumento (106 ítems).

Mientras que en la cuestión de las respuestas de los participantes, pudo haber un sesgo en los datos antropométricos (peso y talla) debido a que fueron auto-referidos, por lo que podrían haber sido subestimados o sobreestimados. Además, respecto al Cuestionario de Hábitos de Salud, también pudo haber sesgo debido a la búsqueda de deseabilidad social en la práctica de hábitos saludables.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

La condición del ser humano se compone de una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. Es por esta razón que el concepto de salud ha cambiado a lo largo de la historia, pasando de ser conceptualizado como la sola ausencia de enfermedad, hasta llegar a ser definida por la OMS (1948) incluyendo no solamente el aspecto físico, sino también el emocional y social, donde la vivencia de estar sano es diferente en cada persona (Juárez, 2011).

Mediante esta conceptualización de salud que permanece hasta nuestros días, y que la define como un fenómeno biopsicosocial, se comprende por qué el estilo de vida, definido por la OMS (1998, p. 27) como "patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales", juega un papel fundamental en el continuo de salud-enfermedad durante la vida de cada ser humano.

Debido al impacto de las creencias en lo relacionado a la salud, la aplicación de la psicología en este ámbito ha sufrido grandes transformaciones en los últimos 30 años (Ribes-Iñesta, 2005). Los psicólogos de la salud se han enfocado en investigar el sistema de creencias que prevalecen y comparten culturalmente y que, junto a los factores personales, guían a las personas a valorar su propio estado de salud; esto con el objetivo final de mejorar la calidad de vida de la población.

Salud como fenómeno biopsicosocial

En la Antigüedad y aún en el siglo pasado, la medicina tenía una firme base biológica, con un pobre interés en los problemas psicosociales, tales como desórdenes de personalidad, síndromes de dependencia, reacciones sociales de ajuste, entre otros, porque no eran considerados como “reales”, debido a que el funcionamiento neurofisiológico no estaba afectado, presumiblemente (Engel, 1977).

De esta forma, el modelo dominante de la enfermedad era el biomédico, con la biología molecular como su disciplina científica básica, acogiendo la filosofía reduccionista y el dualismo mente-cuerpo, doctrina que separaba lo mental de lo somático; explicando las aberraciones conductuales a partir de procesos somáticos bioquímicos o neurofisiológicos, con una firme creencia de que dichos procesos eran suficientes para explicar la enfermedad y su tratamiento (Suls, Krantz, & Williams, 2013).

Engel (1977) destacaba como principal limitación de este modelo su perspectiva reduccionista, que incluso se podría considerar dañina debido a que ignoraba las circunstancias no-biológicas, como las experiencias y sus interacciones con alguna vulnerabilidad biológica, las cuales podrían hacer posible o prevenir el desarrollo de las enfermedades; por lo que esta perspectiva terminaba por limitar el entrenamiento y la práctica de los especialistas en salud (Pilgrim, 2015).

Es así como se comenzó a promover la idea de la salud como un fenómeno biopsicosocial, donde cada uno de los factores contribuye, en cierta medida, a la vivencia del proceso salud-enfermedad.

El modelo biopsicosocial de George Engel

Este modelo fue creado en 1977 por el psiquiatra George Engel. Sostiene que los factores biológicos, psicológicos y sociales influencian en la prevención, causas, manejo y resultados de las enfermedades; donde dichos

factores interactúan continuamente conformando el estado de salud del individuo (Ahmad, 2007); es considerado un modelo de sistemas que interactúa intercambiando información (Juárez, 2011).

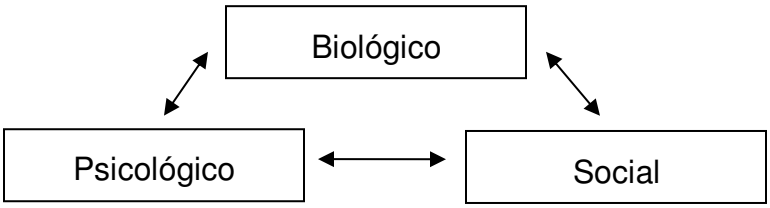


Figura 1. Modelo biopsicosocial de Engel.

Cada uno de los sistemas involucra elementos distintos que se encuentran en cada individuo. El sistema biológico tiene que ver con la estructura anatómica y el sustrato molecular de la enfermedad, así como los efectos en el funcionamiento biológico de la persona; el sistema psicológico, se relaciona con la motivación y la personalidad en la vivencia y reacción frente a la enfermedad; mientras que el sistema social abarca la cultura, el ambiente e influencias familiares en la expresión y experiencia de la salud-enfermedad (Ahmad, 2007).

Sin embargo, la idea de Engel no era completamente nueva, ya que Rudolf Virchow, padre de la Teoría Celular, había reconocido desde los 1850s la importancia de las condiciones sociales para el desarrollo de la enfermedad (Suls et al., 2013), aun así el modelo de Engel es el principal precursor en el intento por integrar lo psicológico y lo ambiental, dentro del modelo biomédico.

Otra de las fortalezas de este modelo es que se le dio un papel activo al paciente en el afrontamiento ante las enfermedades, destacando la importancia de la conciencia de que el paciente se acercaba al médico, ya fuera porque no sabía qué era lo que estaba mal, o porque se sentía incapaz de ayudarse a sí mismo (Engel, 1977), de esta forma también adquirió relevancia el sistema de creencias de las personas y sus recursos cognitivos al evaluar su situación de salud-enfermedad.

Por lo que este modelo no solamente favorecía la comprensión integral del continuo de salud-enfermedad, sino también, de manera implícita, reconocía la autonomía de las personas, y el impacto de la interacción de la persona con su ambiente (OPS, 2011), además de promover la necesidad de integrar el área médica con otras disciplinas, para diseñar e implementar intervenciones eficaces en la promoción de la salud (Suls & Rothman, 2004), ya que se hizo evidente que la adherencia al modelo biomédico ya no era adecuada para explicar y tratar eficazmente las cuestiones relacionadas con el estado de salud (Hatala, 2012).

Este modelo ha favorecido la comprensión y concientización de que, aunque existen tratamientos especiales y nuevas tecnologías que pueden prolongar la vida, es fundamental la participación del individuo en su percepción de calidad de vida e incluso en su supervivencia, a partir de las modificaciones que realice en su estilo de vida. En éste proceso participan su estado emocional, sus habilidades de auto-regulación, e incluso los recursos económicos con los que cuente (Suls et al., 2013).

Por lo que a pesar de que el modelo de Engel inicialmente fue ligado con aspectos de enfermedad, lo que se puede retomar de éste es la importancia que se le dio al estilo de vida y hábitos como elementos que intervienen en la situación de salud, además de ofrecer una primera panorámica de la teorización de la salud y su comprensión (Pilgrim, 2015).

Un ejemplo de la utilización del modelo biopsicosocial de Engel, se encuentra en la investigación realizada por Rodgers y Paxton (2014), quienes encontraron que para comprender las cuestiones de imagen corporal y los desórdenes alimenticios, en mujeres adolescentes con una media de edad de 12.35 años (D.E.=.53) es necesario abordar factores de riesgo biológicos, como el IMC; psicológicos, como los afectos negativos, baja autoestima y síntomas depresivos; y socioculturales, como la interiorización de los estándares de belleza culturales y la restricción en la dieta.

Por lo que es indiscutible que los fenómenos que aquejan a la salud son producto de la interacción de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. La aplicación del modelo biopsicosocial en el estudio y comprensión de los problemas de salud, nos permite obtener información más completa respecto a los factores de riesgo o de protección de acuerdo a la etapa del desarrollo, el impacto de la cultura e incluso la propensión a ciertos problemas de salud a partir de trastornos emocionales.

Modelo biopsicosocial y Psicología de la Salud

Cerca del final de los 70's, cuando las causas de las enfermedades comenzaron a cambiar y aumentó la incidencia de las enfermedades crónicas no infecciosas; el interés de los psicólogos en el impacto del estado mental en el comienzo y curso de las enfermedades somáticas incrementó aún más, fortaleciendo la idea de que el estado del individuo era el resultado de su experiencia de vida previa, así como sus capacidades genéticas y limitaciones, tal como lo sostenían Guze, Matarazzo, y Saslow (1953).

Es por esto que, tanto la epidemiología cambiante como la propuesta de Engel y su modelo biopsicosocial, hicieron necesaria la aparición de una subdisciplina que abordara el estudio de las conductas y problemas de salud mediante un enfoque teórico y práctico, para enriquecer los conceptos básicos de la teoría psicológica que ya abordaban la relación mente-cuerpo añadiendo la parte biológica, para así comprender el funcionamiento humano mediante la teoría de sistemas sobre la cual se basa el modelo de Engel (Hatala, 2012).

De esta manera, a pesar de que el modelo de Engel tiene un origen médico, se puede considerar que contribuyó en gran medida a que lo psicológico fuera considerado como un factor fundamental en la valoración del estado de salud, y a la propia instauración de la Psicología de la Salud como una disciplina necesaria para la comprensión de la salud y la enfermedad (Havelka, Despot, & Lucanin, 2009), a través del estudio del individuo y de su sistema de creencias.

La Psicología de la Salud

En respuesta al interés relacionado al aumento de casos de enfermedades consideradas como previsibles, emergió la Psicología de la Salud, como una subdisciplina de la psicología (Hatala, 2012).

Fue en 1978 cuando la Asociación Americana de Psicología creó la División 38 de Psicología de la Salud, siendo Joseph Dominic Matarazzo el primer presidente, y quien definió a la Psicología de la Salud como:

> *"la suma de las contribuciones específicas, educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la Psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la identificación de correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y disfunciones relacionadas, y el análisis y mejora del sistema de atención de la salud y la formación de las políticas de salud" (1980, p. 815).*

Es así como la Psicología de la Salud es una especialidad que aplica los principios psicológicos al estudio científico de salud, enfermedad y conductas relacionadas con la salud (Snooks, 2009), y reconoce la complejidad del ser humano, al ser afectado por una gran variedad de factores como la posición biológica, el aspecto psicológico y conductual (estilo de vida, creencias de la salud), y los factores sociales (relaciones familiares, estatus socioeconómico) (Hatala, 2012), tal como lo planteaba el modelo de Engel.

Explicar la conducta humana en toda su complejidad es una tarea difícil que puede ser estudiada desde distintos enfoques y, desde el modelo biopsicosocial de Engel (1977), se cambió la perspectiva del modelo médico enfocado en la enfermedad, a las conceptualizaciones teóricas que enfatizaban el papel de los factores ambientales, así como de las creencias individuales sobre la salud y enfermedad (Diefenbach & Leventhal, 1996).

Teorías de la Psicología de la Salud

Las conductas de salud son determinadas por distintas variables que van desde el estado emocional, el estatus social, el ambiente, la manera de percibir

la sintomatología y las creencias sobre la salud (Amigo, 2012), donde igualmente los factores sociales y culturales tienen influencia sobre este proceso de evaluación, así como las respuestas afectivas ante los estímulos que pudieran amenazar el estado general de salud (Diefenbach & Leventhal, 1996).

En la actualidad, existen una gran variedad de teorías que tratan de explicar las conductas que tienen un impacto en la salud, que pueden complementarse entre sí o darnos diferentes perspectivas de una misma problemática.

Sin embargo, el interés por comprender las creencias de la salud data desde la década de los 50´s con el Modelo de Creencias de la Salud, cuyo propósito era el de explicar los determinantes de las conductas de salud a través de cuatro componentes: la percepción de susceptibilidad de amenaza a la salud; la percepción de su severidad o gravedad; y la percepción de los beneficios, costos y barreras de las acciones para controlar o evadir la amenaza. Este modelo fue el primer acercamiento sistemático para incluir variables psicológicas en la explicación de la conducta de la salud (Janz & Becker, 1984).

Así pues, se ha convertido en una necesidad la profundización en los determinantes psicosociales de los diferentes hábitos de salud de los universitarios, para aprovechar el elevado potencial preventivo de las enfermedades crónicas no transmisibles. Entre los distintos modelos que tratan de abordar y comprender el papel de los diferentes factores destaca la Teoría de la Conducta Planificada, que ha sido uno de los modelos psicológicos más utilizados para estudiar la influencia de dichos factores en la intención para realizar conductas saludables (Neipp, Quiles, León, Tirado, & Rodríguez-Marin, 2015).

La teoría de acción de la razonada de la conducta planeada

En 1980, Icek Ajzen y Martin Fishbein, en su libro *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*, propusieron la "Teoría de la Acción Razonada" (TAR) (Figura 2), el cual representó una importante aportación al estudio del comportamiento humano, ya que se tomaron en cuenta tanto factores individuales como grupales (Reyes, 2007).

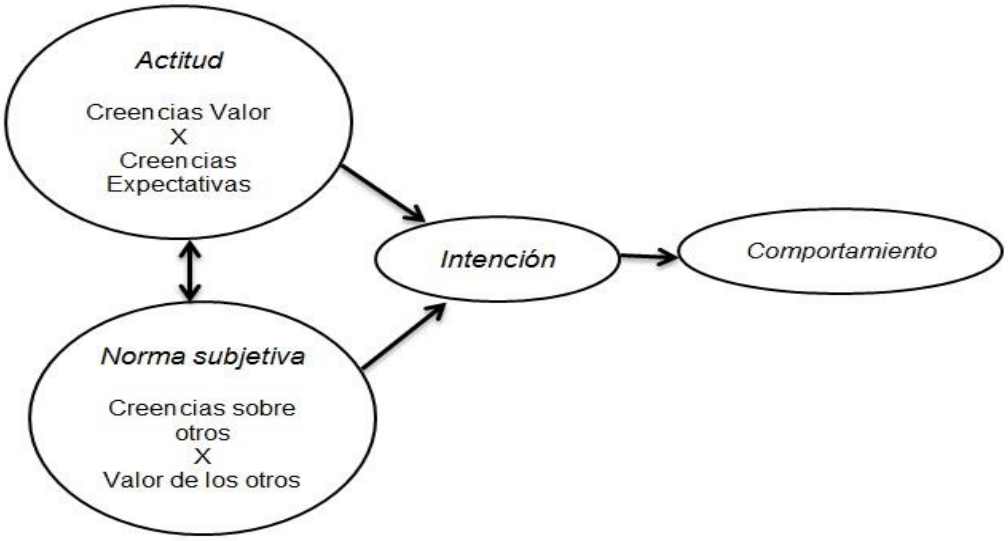


Figura 2. Esquema de la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen & Fishbein, 1980).

De acuerdo a Ajzen y Fishbein (1980), en la TAR, se presupone una secuencia causal que traduce las creencias, a través de la actitud, la "norma social" y la intención, en la conducta. Esta secuencia causal es activada por dos tipos de creencias:

1. Las creencias que la persona tiene sobre las consecuencias de llevar a cabo (o no) una conducta específica, en combinación con la evaluación de esas consecuencias y,
2. Las creencias de la persona respecto a si otras personas aprobarían o desaprobarían dicha conducta.

Debido a las limitaciones que se presentaron en el primer modelo, en 1991, la TAR pasó a convertirse en la "Teoría de la Conducta Planeada" (TCP)

(Figura 3), añadiendo el concepto de control conductual percibido (Ajzen, 1991; Godin & Kok, 1996).

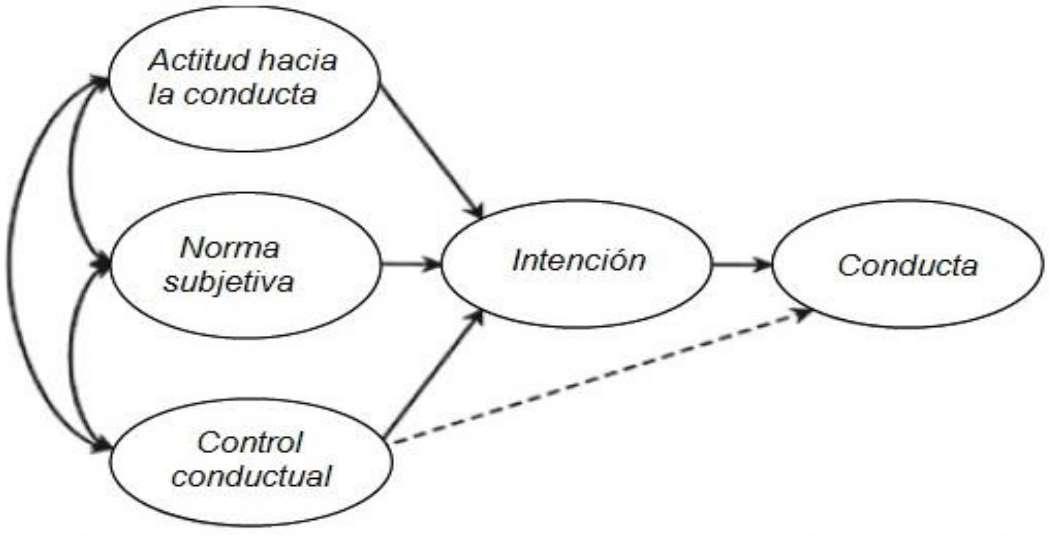


Figura 3. Esquema de la teoría de la conducta planificada.

A continuación se describen los elementos de la TCP:

- La *actitud hacia la conducta* se refiere al grado en la que una persona posee una evaluación favorable o desfavorable de la conducta en cuestión (creencias conductuales) (Ajzen, 1991).

En los últimos años se ha trabajado en añadir el componente afectivo y cognitivo o instrumental de la variable actitudinal al modelo, y se ha encontrado que el componente afectivo es un predictor más fuerte de las intenciones y acciones que el componente cognitivo, en comportamientos como el uso de condón (Glasman & Albarracin, 2006), el consumo de tabaco y manejar a exceso de velocidad (Lawton, Conner, & Parker, 2007), y la práctica de actividad física (Lowe, Eves, & Caroll, 2002).

Debido a esto, el conocimiento de la naturaleza de las actitudes constituye sólo un paso hacia la comprensión de la conducta de salud y su modificación, ya que es importante entender la influencia de estos dos componentes en la conducta y cuál es el más poderoso al construir

intervenciones para modificar hábitos no saludables (Lawton, Conner, & McEachan, 2009).

Sin embargo, cuando se presenta ambivalencia entre los componentes de la actitud, la actitud se convierte en un predictor débil de intenciones y conductas; por ejemplo, el consumo de alimentos hipercalóricas que son evaluados como disfrutables (componente afectivo positivo) aunque se conozca que son malos para la salud (componente cognitivo negativo) (Conner & Sparks, 2002).

- La *norma subjetiva* refleja la percepción personal de las expectativas sociales o presión social al adoptar cierta conducta (Ajzen, 1991; Godin & Kok, 1996).

De acuerdo a Berrocal, Fava y Sonino (2016), existen numerosos estudios que muestran asociaciones entre el apoyo social percibido e indicadores de salud, convirtiendo a este factor en un potente factor de protección de la salud.

- El *control conductual* refleja las creencias personales respecto a qué tan fácil o difícil resultaría desempeñar la conducta de interés (Ajzen, 1991), siendo influenciado por factores internos, como la habilidad, información, fuerza de voluntad, etc.; y externos, como la disponibilidad de tiempo o dinero, y la dependencia con otros (Godin, & Kok, 1996; Saunders, Dowda, Felton, & Pate, 2005).

De acuerdo a Ajzen (2002) el control conductual percibido fue añadido con la intención de tratar situaciones donde las personas pueden tener falta de completo control volitivo sobre la conducta de interés. Este elemento abarca también las creencias de control externo, así como habilidad personal, y puede ser influenciado por factores ambientales producto del reforzamiento, por lo que un alto nivel de control percibido debería fortalecer la intención de la persona a realizar la conducta, y aumentar el esfuerzo y perseverancia, afectando al

comportamiento de forma indirecta (Ajzen, 1991; 2002).

El control conductual percibido es importante ya que el desempeño de esta teoría es pobre al describir conductas en las que las personas tienen control volitivo incompleto, por ejemplo, por falta acceso a ciertas herramientas, recursos u oportunidades. En dichas situaciones, se encontró que variables no incluidas en el modelo contribuían en la predicción de la intención y la conducta en un mismo nivel o incluso más alto que los constructos de la teoría (Godin & Kok, 1996).

- La *intención* es el constructo central de este modelo, que se encuentra en función de tres determinantes: la actitud, la norma subjetiva y el control conductual percibido (Beville et al., 2014).

Tal como lo plantea Ajzen (1991), la intención captura factores motivacionales que influencian al comportamiento y es un indicador de qué tan dispuesta está la persona a intentar realizar una conducta. De esta forma, a mayor compromiso con la intención, mayor es la probabilidad de llevar a cabo la acción.

Sin embargo, una de las limitaciones de esta variable se encuentra en que las reacciones emocionales que provoca el realizar alguna conducta pueden llegar a usurpar el poder de la intención. Lo anterior porque dicho comportamiento puede estar gobernado por motivos más básicos relacionados a una gratificación inmediata, que finalmente pueden llevar a una toma de decisiones maladaptativa, como menos elecciones saludables (Lawton et al., 2009).

Luego de haber explicado cada componente causal de la conducta de acuerdo a este modelo, se obtiene como regla general, que entre más favorable la actitud y la norma subjetiva en relación a la conducta, y a mayor control conductual percibido, la intención del individuo será más fuerte para llevar a cabo la conducta (Ajzen, 1991).

A este modelo también se le denomina modelo de cognición social, ya que plantea que la conducta social está determinada por las creencias de una persona sobre la conducta en un contexto social dado, y por sus percepciones y expectativas sociales, y no simplemente por sus cogniciones y actitudes (Morrison & Bennet, 2008).

Por lo tanto, la TAR y la TCP explican una gran proporción de la varianza en la intención y predicen diferentes conductas de salud e intenciones. Ambos modelos han sido base para examinar la desconexión entre la concientización de los beneficios de realizar actividad física y los bajos niveles de compromiso con realizarla (Beville et al., 2014).

En otras investigaciones donde la TAR y el TCP han sido la base teórica se ha encontrado que, respecto al consumo de alcohol, la baja percepción de control se asoció con fuertes intenciones de emborracharse en jóvenes no alcohólicos (Schlegel, d´Avernas, Zanna, & DeCourville, 1992), siendo el control conductual percibido el predictor más fuerte de la frecuencia de bebida (Norman, Bennett, & Lewis, 1998). Esta relación negativa o falta de concordancia entre el control conductual percibido y la intención se relaciona principalmente con conductas que, socialmente, son valoradas como negativas (Eagly & Chaiken, 1993).

En el meta-análisis de Godin y Kok en 1996, se encontró que en el 46.4% de los estudios esta teoría era suficiente para predecir la conducta. Sin embargo, destacó que la actitud hacia la conducta era el factor predictor más fuerte en las investigaciones en conductas adictivas, chequeos, ejercicio y conductas relacionadas con el VIH/Sida; la norma subjetiva, en las conductas relacionadas al uso de automóvil e higiene oral, aunque fue baja su influencia en las conductas alimentarias y ejercicio; mientras que el impacto del control conductual percibido fue alto en las conductas de higiene oral y bajo en las relacionadas con el VIH/Sida y alimentación.

De manera general, la intención presentó una varianza del 40.9%; el control conductual percibido fue significativo en el 85.5% de los casos; y la actitud y la norma subjetiva fueron significativas en un 81.6% y 47.4%, respectivamente, por lo que de manera general, la influencia social parece ser menos importante que la actitud o el control conductual percibido en la intención de la conducta (Godin & Kok, 1996).

Aunque esta teoría se desempeña bastante bien explicando la intención, su eficacia varía al predecir la conducta (Godin & Kok, 1996), sin embargo, Randall y Wolff (1994) explicaron que esta variabilidad de la fuerza entre intención y conducta es dependiente del tipo de conducta y el proceso necesario para alcanzarla.

Cabe destacar que Ajzen (1991) reconoce que esta teoría está abierta para la inclusión de predictores si se comprueba que capturan una varianza significativa en la intención o en la conducta, lo que convierte a esta teoría como una de las más influyentes y populares como marco conceptual para el estudio de la conducta humana (Ajzen, 2001).

Un ejemplo de variables añadidas son las experiencias pasadas, que en ciertas situaciones llegaron a aumentar el valor predictivo del modelo en un 7% más (Conner y Armitage, 1998), esto puede deberse a que dichas experiencias proveen a los individuos de información que moldea sus creencias acerca de la conducta, lo que determinaría el comportamiento futuro (Norman & Conner, 2006).

Relacionado a lo anterior, las experiencias pasadas pueden jugar un papel importante en las diferencias de género presentes en la práctica de ejercicio en estudiantes universitarios, ya que la participación en deportes organizados durante la adolescencia puede afectar en si los estudiantes continúan activos en la universidad, siendo este tipo de deportes más frecuentes en hombres (Jackson, Smith, & Conner, 2003).

Una vez revisado nuestro marco teórico, a continuación se revisarán los conceptos de las variables de la presente investigación.

Hábitos de salud

Rubinstein (1963), en su libro “El ser y la conciencia” menciona que los comportamientos se convierten en hábitos cuando son automatizados y “son regulados por la actividad psíquica y la actividad señalizadora” (p. 250) donde la generalización de las condiciones señalizadoras es un factor esencial, ya que la capacidad para que el hábito sea transferido a otras condiciones depende de que puedan generalizarse las condiciones que sirven de señal para que se inicie la acción automatizada.

En 1979, Hunt, Matarazzo, Weiss y Gentry definieron los hábitos como “el patrón de conducta establecido, firmemente marcado por el incremento de la automaticidad, el decremento de la conciencia y la dependencia parcial del reforzamiento” (p. 111).

A partir de lo anterior, se observa que a medida que las conductas son repetidas y se ponen en funcionamiento de una forma automática, su desempeño depende menos del aspecto racional y más de la conducta previa (Moral & Álvarez, 2009; Norman & Conner, 2006), por lo que llegan a ser considerados como un medio para estabilizar y agilizar la rutina cotidiana de las personas, mantenidos por asociaciones cognitivas (Lin et al., 2015).

Sin embargo, los hábitos como tal se adquieren, mantienen y se extinguen siguiendo las leyes del aprendizaje (Moral & Álvarez, 2009), y, como tal, son transmitidos socialmente, haciendo necesario comprender el entorno social en el que se desenvuelve el individuo (Ledezma, 2014), ya que si bien es cierto que existen factores genéticos que aumentan la predisposición a padecer alguna enfermedad crónica no transmisible, los hábitos pueden superar la fuerza de dichas tendencias fisiológicas (Gergen, 2007).

Dichos patrones conductuales tienen repercusiones en el funcionamiento mental, físico, social, así como en la manera de desempeñar las actividades de la vida cotidiana, las relaciones interpersonales, la percepción del estado de salud, la imagen corporal, la satisfacción vital y el bienestar (Morrison & Bennet, 2008).

De esta forma, Baum y Poslunsny (1999), resumen en tres caminos, que se encuentran interrelacionados, la manera en la que las conductas influencian a la salud:

1) Mediante la inducción de cambios biológicos directos debido a las reacciones emocionales o patrones de conducta específicos.

2) Las conductas, que pueden fungir como riesgo o protección de la enfermedad.

3) Los patrones o narrativas culturales relacionados a la conducta de enfermedad, como la interpretación de los síntomas, decisiones de búsqueda de cuidado, o métodos de supervivencia, que pueden exacerbar o impedir el progreso y manifestación de ciertas enfermedades.

A través de esto, se comprende la heurística de los individuos para interpretar y dar un significado a los eventos somáticos negativos y a partir de esto responder con alguna conducta que consideren apropiada, a partir del sistema de creencias que se construye socialmente.

En la actualidad, y tal como se mencionó anteriormente, las principales amenazas a la salud, en cuestión de morbilidad y mortalidad, son por factores de riesgo asociados con una mala alimentación y la falta de actividad física, principalmente (OMS, 2002), por lo que un buen estado de salud es dependiente, en gran medida, de estos factores (McKeown, 1979).

Como respuesta a los crecientes problemas de salud, se han intensificado las campañas de salud que promueven una alimentación

balanceada y suficiente y la práctica del ejercicio físico, los cuales son considerados los elementos fundamentales para alcanzar un buen estado de salud.

Tal es el caso del plan propuesto por la OPS (2010), enfocado en la población adolescente y joven, donde se prioriza la inversión en factores protectores de los ámbitos individual, familiar y comunitario para promover y proteger la salud en este grupo de edad. Este plan está respaldado por datos científicos que indican que durante la adolescencia y juventud, los hombres y las mujeres aprenden y refuerzan los comportamientos saludables y nocivos para la salud; por lo que su plan de acción apoya los esfuerzos para establecer objetivos nacionales de salud y desarrollar intervenciones integradas de promoción y prevención de los principales problemas de salud que afectan a los adolescentes y los jóvenes.

A nivel nacional, la Secretaría de Salud (2013) ha planteado dentro de uno de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, la consolidación de acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades, a través de:

> *"acciones propias de salud pública, así como intervenciones que cambien el actuar de las personas, en términos de su responsabilidad respecto a (…) actividad física, alimentación, consumo de alcohol, tabaco, drogas ilícitas y en general en todas aquellas situaciones que ponen en riesgo la integridad física o mental" (p. 47).*

A continuación definiremos en cada uno de los hábitos que serán abordados en nuestra investigación, así como las estrategias que se han implementado a nivel mundial y nacional en torno a estos.

Hábitos de salud referentes a la Alimentación

El estado nutricional es la condición del organismo que resulta de la relación entre las necesidades nutritivas individuales y la ingestión, absorción y

utilización de los nutrientes contenidos en los alimentos (Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2007). Los nutrientes deben ser suministrados al cuerpo en cantidades adecuadas, aunque los requerimientos alimenticios varían de un individuo a otro, de acuerdo a su edad, peso, actividad física, entre otros factores, lo que implica tener una alimentación personalizada. Sin embargo, los nutrientes esenciales que el cuerpo requiere para mantener un adecuado estado de salud son los carbohidratos, lípidos (grasas), proteínas, vitaminas y minerales.

La importancia de una buena alimentación radica en que los alimentos que ingerimos, al pasar por un proceso de transformaciones físicas y químicas que suceden durante la digestión, se fragmentan en compuestos más sencillos, se absorben los nutrientes por la sangre y se dirigen a los tejidos donde las células los utilizan para efectuar sus funciones vitales (Tena & Braun, 2006).

Sin embargo, la epidemia del sobrepeso y obesidad es dependiente de la progresiva sustitución de los alimentos básicos debido a diferentes factores como la presión mercadológica, los ingresos, los precios de los alimentos, las preferencias y creencias individuales y el gran consumismo que favorece la disponibilidad de los alimentos industrializados y la pérdida de la cultura alimentaria tradicional, además de que, por lo general, las porciones recomendadas de alimentos y platillos son más pequeñas de lo que la mayoría de las personas come normalmente (Rivera, Pérez, Batis, & Zendejas, 2015).

Por esto se ha hecho necesaria la implicación del sector público y privado en el proceso de promoción y prevención de la salud, dirigido a los productores, en relación al proceso y manejo de los recursos naturales; y a los consumidores, en la prevención primaria, dando la orientación necesaria (OMS, 2015a).

Dirigido a los consumidores, para combatir la malnutrición, la OMS (2017a) ha emitido una serie de recomendaciones para tener una buena nutrición, que se basa en el consumo de frutas, verduras, legumbres, frutos

secos y cereales integrales; en limitar el consumo de azúcares, sal y grasas; y la importancia de la consonancia entre ingesta calórica y gasto energético.

Mientras que a nivel nacional, históricamente, la dieta del mexicano se ha diversificado y enriquecido a partir de diversos sucesos que han acontecido en nuestro país. Inicialmente las culturas mesoamericanas disponían de una gran variedad de recursos minerales, vegetales y animales; sin embargo, con la llegada de los españoles y esclavos africanos inició el mestizaje culinario, que creció exponencialmente luego de la Independencia, con la influencia de países como Francia, Estados Unidos, Gran Bretaña y Alemania (Rivera, Bonvecchio, & Islas, 2015). Todo este enriquecimiento ha llevado a que cultura alimentaria mexicana fuera reconocida por la UNESCO como patrimonio intangible de la humanidad desde el 2010.

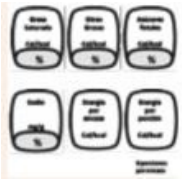
Debido a lo anterior y a la necesidad de informar respecto a las porciones saludables de comida, la Secretaría de Salud (2006) se ha encargado de difundir el “Plato del Bien Comer” basándose en la NOM-043-SSA2-2005, Servicios Básicos de Salud. Promoción y Educación para la Salud en Materia Alimentaria, publicada el 23 de enero de 2006. El objetivo principal de la NOM-043 es orientar a los profesionales de la salud para guiarlos en la promoción de una alimentación saludable, siendo el “Plato del Bien Comer” (Figura 4) una representación didáctica de lo que es una alimentación correcta que pueda adecuarse a las necesidades y posibilidades de la población.

Figura 4. Esquema del “Plato del Bien Comer”.

El “Plato del Bien Comer” es considerado uno de los ejes principales en la educación alimentaria en México para combatir la malnutrición; mediante la promoción del consumo de alimentos locales y tomando en cuenta, hasta cierto punto, la influencia cultural en la alimentación. Sin embargo, en el análisis descriptivo y valorativo de Muñoz (2015) respecto a las recomendaciones en el “Plato del Bien Comer” menciona que existe un falta de claridad en las instrucciones, en cuestión de la relación entre las raciones y el peso deseado, la estatura, edad, sexo y actividad física, e incluso se deja un poco de lado el impacto de la cuestión económica para seguir las recomendaciones, los cuales son áreas de oportunidad para los profesionales de la salud.

Además de la educación alimentaria del “Plato del Bien Comer”, existe el etiquetado nutrimental, o tabla nutricional, para mostrar información sobre los nutrimentos e ingredientes que contienen los alimentos procesados y que han pasado por un proceso de manufactura, ya sean productos congelados, envasados o empaquetados. Esta herramienta sirve para que los consumidores tengan información que les permita evaluar y comparar el contenido energético o nutrimental para elegir la opción más saludable (Tabla 1) (Carriedo & Bonvecchio, 2015).

Tabla 1. Tipos de etiquetado nutrimental en México.

Nombre	Lugar en el empaque	Uso	Información que contiene	Muestra
Etiquetado frontal obligatorio por SSA	Parte frontal del empaque	Es obligatorio a partir de abril de 2014.	Contenido de: - Energía (kilocalorías) - Grasas saturadas - Otras grasas - Azúcar - Sodio Muestra el porcentaje respecto a una dieta promedio de 2 000 kcal.	
Etiqueta de información nutrimental	Parte posterior del empaque	Es obligatorio y se encuentra en la NOM-051-SCF/SSA1-2010.	Información de: - Todos los nutrimentos del producto por porción de 100 g - Ingredientes	
Declaraciones de propiedades nutrimentales	Parte frontal del empaque	Es voluntario y está regulado por la NOM-086-SSA1-1994. Se colocan solo si los alimentos cumplen ciertos criterios.	Indica si un producto es “bajo en” o “libre de”, “reducido en”: - Energía (calorías) - Grasa - Grasa saturada - Colesterol -Azúcar - Sodio - Gluten	
Sello nutrimental de la Secretaría de Salud	Parte frontal de la etiqueta	Es voluntaria y se aplica a partir de 2014. Se coloca solo si se cumplen ciertos criterios nutrimentales		

Fuente: Carriedo y Bonvecchio (2015). Revisar el etiquetado nutrimental para seleccionar mejores opciones de alimentos.

De acuerdo a Carriedo y Bonvecchio (2015), en el etiquetado nutrimental, se debe prestar especial atención a diversos elementos como los alimentos o nutrimentos registrados por porción, ya que en un pequeño envase puede contener más de una porción, lo que implicaría que es necesario multiplicar la cantidad reportada por el número de porciones que contiene el envase; los azúcares totales o azúcar añadida y tipos de azúcar; las grasas, los tipos de grasa, grasas saturadas y grasas trans; y los ingredientes o aditivos que pueden provocar hipersensibilidad en algunas personas.

Por lo que en la cuestión de los hábitos alimentarios se han realizado esfuerzos a nivel mundial y nacional para informar no solamente a los consumidores, sino también a los productores y profesionales de salud. Esto muestra el esfuerzo conjunto por mejorar esta cuestión, sin embargo, este acceso a la información es sólo uno de los primeros pasos para lograr una alimentación saludable en el individuo, donde también se ve implicado su sistema de creencias para hacer uso de estas herramientas.

Hábitos de salud referentes a la actividad física y ejercicio

La actividad física se refiere a cualquier movimiento corporal intencional, planificado, y estructurado, producido por los músculos esqueléticos (Ceballos, Álvarez, Torres, & Zaragoza, 2006), y se recomienda realizar, mínimo, 150 minutos a la semana con el fin de mejorar las funciones cardio-respiratorias y musculares, la salud ósea y reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles y depresión (OMS, 2010), entre otros beneficios psicológicos como la disminución de ansiedad, aumento del autoestima y la disminución del estrés (Zamarripa, Ruiz-Juan, López, & Fernández, 2013).

La mayoría de los beneficios para la salud ocurren a medida que la intensidad, la frecuencia y/o la duración de la actividad física aumentan. De acuerdo a Bonvecchio, Salvo, Jáuregui y Fernández-Gaxiola (2015) la actividad física puede clasificarse en las siguientes categorías:

- *Actividad física ligera:* La mayoría de las actividades del día a día se encuentran en esta categoría, como estar de pie, caminar lento, levantar objetos, etc. Sin embargo, a las personas que solo realizan este tipo de actividad se les considera inactivas, debido a que este tipo de actividades no alteran la respiración ni el ritmo cardiaco.

- *Actividad física moderada a vigorosa:* Este tipo de actividad sí produce beneficios a la salud, como la caminata rápida, bailar, hacer yoga, etc., ya que ocasionan que la respiración y el ritmo cardiaco se eleven por encima de lo normal. La diferencia entre la actividad física moderada y vigorosa es que en la primera puede sostenerse una conversación sin perder el aliento y en la segunda esto no es posible.

Por otro lado, existen diferencias entre ejercicio y deporte. El ejercicio es un tipo de actividad física estructurada y repetitiva que tiene como objetivo mejorar la forma física, como salir a correr en las mañanas; mientras que un deporte es un tipo de actividad física que se realiza con fines competitivos, como ser parte de un equipo de futbol (Bonvecchio et al., 2015).

Según la OMS (2010), en su reporte de "Recomendaciones Mundiales sobre Actividad Física para la Salud", la actividad física en el grupo de 18 a 64 años de edad consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (paseos a pie o en bicicleta), actividades ocupacionales, tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias; y se recomienda que se realice un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada, o bien 75 minutos de actividad física vigorosa cada semana, o una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.

A nivel mundial, los niveles de inactividad física han aumentado, llegando a ser considerada una epidemia global y el cuarto factor de riesgo de mortalidad en todo el mundo, con el 6% de defunciones a nivel mundial (Bonvecchio et al., 2015; OMS, 2010).

Con el objetivo de examinar las diferencias entre sexo, grupos de edad y nivel de estudios en los diferentes comportamientos ante la actividad físico-deportiva durante el tiempo libre, Zamarripa y cols. (2013), estudiaron a 1008 personas de Monterrey, N. L. con una media de edad de 36.57 años (D.E. = 17.05). En sus resultados encontraron que el 37.4% de la población sí realizó alguna actividad física en el último año, y se encontraron diferencias significativas al comparar por grupos de edad, sexo y escolaridad, donde los adultos de 15 a 29 años, los hombres y los de mayor nivel educativo eran más activos físicamente.

Mientras que en la población universitaria, Varela, Duarte, Salazar, Lema y Tamayo (2011) realizaron una investigación en 1811 estudiantes entre 15 y 24 años de universidades colombianas, mediante la subescala de actividad física del cuestionario de estilos de vida en jóvenes universitarios, y se encontró que no practicaban hábitos saludables, siendo las mujeres quienes obtuvieron menores prácticas de actividad física; siendo la mejora de la salud (45.8%) y mejorar la figura (32%) los principales motivos para realizar ejercicio; aunque el 61.5% reportó como principal razón para no hacer actividad física, la pereza.

De los estudios mencionados anteriormente, se hacen notar los factores que intervienen en la práctica del ejercicio: el sexo, que podría deberse a cuestiones culturales; el nivel educativo, que se atribuye al mayor conocimiento de los beneficios de la práctica de ciertas conductas; y la edad, relacionada con la disponibilidad de tiempo y las actividades y obligaciones inherentes a cada etapa.

Dentro de las estrategias que se han planteado para promover la actividad física se encuentra el Plan de acción sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles (OMS, 2008a), donde se insta a los Estados Miembros a desarrollar y poner en práctica políticas e intervenciones que desarrollen y pongan en práctica directrices nacionales sobre actividad física para la salud; que introduzcan políticas de transporte que promuevan métodos activos y seguros de transporte escolar y laboral (a pie o en bicicleta, entre

otros); que obliguen a adaptar las estructuras urbanas para facilitar la actividad física en los desplazamientos en condiciones de seguridad, y para crear espacios destinados a las actividades recreativas.

Hábitos de salud referentes al consumo de tabaco

De acuerdo a la OMS (2011), el fumador es la persona que ha fumado por lo menos un cigarro en los últimos seis meses, diferenciando al fumador diario (que ha fumado un cigarro al día en los últimos seis meses) del fumador ocasional (que ha fumado menos de un cigarrillo al día); aunque también se pueden encontrar otras clasificaciones como el fumador pasivo, que es la persona que no fuma, pero respira el humo de tabaco ajeno, humo de segunda mano o humo de tabaco ambiental; el ex-fumador, que se alcanza al haberse mantenido en abstinencia por los últimos seis meses; y el no fumador, que es la persona que nunca ha fumado o ha fumado menos de 100 cigarros en toda su vida.

El tabaquismo se asocia a un importante número de alteraciones; a corto plazo se presenta elevación de la presión arterial, taquicardia y arritmias cardiacas, y enfermedades respiratorias agudas. A largo plazo produce discapacidad y muerte por enfermedades cardiovasculares y cerebro vasculares (Tapia, 2001, citado en Esparza, Álvarez, & Flores, 2009).

El humo del tabaco contiene más de 4 000 productos químicos, de los cuales se sabe que al menos 250 son nocivos, y más de 50 causan cáncer, siendo la nicotina, la sustancia responsable de la adicción, por su actuación en el sistema nervioso central (OMS, 2011; 2017c).

El consumo de tabaco como adicción se denomina tabaquismo, es una conducta compulsiva, repetitiva, donde se desarrolla tolerancia, lo que implica que cada vez se necesita más sustancia para conseguir el mismo efecto; y además, no se puede parar aun sabiendo el daño que causa, alterando aspectos de la vida diaria y social (OMS, 2011).

De acuerdo a cifras de la OMS (2017c), el tabaco mata hasta a la mitad de sus consumidores, y anualmente mueren más de 7 millones de personas, de las que 6 millones son consumidores del producto y alrededor de 890 000 son no fumadores expuestos al humo de tabaco ajeno, lo que lo convierte en una de las mayores amenazas para la salud pública.

Dentro de la lucha contra la epidemia de tabaco, el Convenio Marco de la OMS para el Control de Tabaco entró en vigor en febrero del 2005, aunque fue en el 2008 cuando se adoptaron un conjunto de medidas prácticas y costoeficaces a fin de intensificar esta lucha: las medidas MPOWER, donde incluso se ha dado a conocer la proporción de la población mundial cubierta por estas políticas de control de tabaco hasta el 2014.

- Vigilar el consumo de tabaco y las medidas de prevención, que ha protegido a un 30% de la población mundial.

- Proteger a la población del humo del tabaco, protegiendo al 18% de la población mundial mediante los ambientes libres de humo de tabaco.

- Ofrecer asistencia a las personas que deseen dejar de fumar, con un 15% de población mundial cubierta.

- Advertir de los peligros del tabaco, como las advertencias textuales y gráficas que han permitido reducir el número de niños que empiezan a fumar y aumentar el número de fumadores que dejan el tabaco, ya que promueven considerablemente la sensibilización de las personas respecto a los efectos del consumo de tabaco, con un 19% de población mundial protegida.

- Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio, que permitiría reducir en un 7% aproximadamente el consumo, protegiendo al 55% de la población mundial a través de los medios de comunicación y a un 12% por las prohibiciones de la publicidad.

- Aumentar los impuestos al tabaco, que ha protegido al 10% de la población mundial.

De las medidas anteriores, destaca que la que menos progresos ha experimentado es la relacionada con el aumento de impuestos al tabaco, esto debido a que dichos impuestos no han sido aplicados con el máximo rigor a pesar de que ha demostrado ser una intervención sumamente eficaz para reducir el consumo de tabaco (OMS, 2015b).

Hábitos de salud referentes al consumo de alcohol

El alcohol es una sustancia psicoactiva que proporciona 7 kilocalorías por gramo (kcal/g), esto quiere decir que aporta energía pero pocas vitaminas y minerales; lo que puede llevar a la ganancia de peso cuando hay balance positivo de energía (Fernández-Gaxiola, Bonvecchio, & Rivera, 2015) basado en volumen total de alcohol consumido, los patrones de consumo y la calidad del alcohol consumido. Además posee propiedades causantes de dependencia, por lo que el consumo nocivo conlleva una pesada carga social y económica para las sociedades, y sus efectos están relacionados con el volumen total de alcohol consumido, los patrones de consumo y la calidad del alcohol consumido (OMS, 2014b, 2015c).

Según la OMS (2014b), dentro de los factores que afectan el consumo de alcohol y el daño relacionado a este comportamiento se encuentran:

a) La edad, lo que ha motivado a las políticas relacionadas a la edad mínima para la compra de alcohol.
b) El género, siendo las mujeres quienes tienen mayor vulnerabilidad al daño debido a diversos factores como el menor peso corporal, la menor capacidad del hígado para metabolizar el alcohol, y la mayor proporción de grasa corporal, que juntos contribuyen a que las mujeres alcancen mayores concentraciones de alcohol en la sangre aunque consuman la misma cantidad que los hombres.

c) Factores de riesgo familiares, múltiples genes influencian en la iniciación del uso de alcohol, metabolismo, y propiedades de reforzamiento en diferentes maneras.
d) El estatus socioeconómico, hay más consumidores, más ocasiones de consumo, y patrones de consumo de bajo riesgo en grupos con estatus socioeconómico alto. Sin embargo, personas con estatus socioeconómico bajo parecen ser más vulnerables a los problemas y consecuencias del consumo de alcohol.

La OMS (2014b) sostiene que existen tres mecanismos directos de daños causados por el consumo de alcohol en un individuo, los cuales son:

1) Efectos tóxicos en órganos y tejidos.
2) Intoxicación, que lleva a una deficiencia de la coordinación física, estado de conciencia, cognición, afecto o conducta.
3) Dependencia, donde el auto-control del consumidor sobre su comportamiento de consumo está afectado.

De los daños reportados por el consumo de alcohol, se encuentran que, independientemente del sobrepeso y obesidad, el consumo de alcohol se relaciona con alexitimia, específicamente con cuestiones de desregulación del afecto negativo (depresión) (Moral, 2009), aumenta el riesgo de padecer alguna enfermedad crónica no transmisible, tales como el cáncer de mama, cáncer grastrointestinal y cáncer de colón, hipertensión arterial, infarto de miocardio y diabetes mellitus, o de presentarse algún episodio violento o accidentes y choques (Fernández-Gaxiola et al., 2015).

Desde la Antigüedad, el uso del alcohol y sus derivados han impregnado diversos espacios socioculturales de los pueblos, asociados a festividades comunitarias, convirtiendo al alcohol en la droga social más tolerada (Álvarez, 2004; OMS, 2014b).

En 2012, unos 3.3 millones de defunciones fueron atribuibles al consumo de alcohol, lo que corresponde al 5.9% del total mundial, donde la mayor proporción de muertes atribuibles al alcohol corresponden al sexo masculino (OMS, 2014b, 2015c).

Mientras que en la cuestión del consumo de sustancias, al menos en México se ha observado un decremento en la edad de inicio de consumo. Pulido y cols. (2015) realizaron una investigación en la Ciudad de México con el objetivo de evaluar el efecto de la densidad de puntos de venta de alcohol en dos universidades ubicadas en zonas diferentes de la ciudad: una ubicada en una zona altamente urbanizada y la otra en relativo aislamiento urbano. Se realizaron cinco cortes transversales durante 13 años, con un diseño *ex post facto* y se aplicaron cuestionarios en la totalidad de estudiantes de las licenciaturas en Psicología y Ciencias de la comunicación. Se encontró que el acceso a las drogas había sido a través de algún amigo; además, se encontraron diferencias significativas en la universidad y el consumo de tabaco, donde la de urbanizada lo realizaba con mayor frecuencia; y los hombres obtuvieron la media más alta de consumo; además, el abuso de alcohol aumentó aun cuando la densidad de puntos de venta se mantuvo constante.

Lo anterior destaca lo planteado por la OMS (2015c), que establece que los factores ambientales que favorecen el consumo de alcohol son el desarrollo económico, la cultura y la disponibilidad de alcohol, así como los niveles de aplicación y cumplimiento de las políticas pertinentes, donde a más factores presentes, más probable será que esa persona desarrolle problemas relacionados con el alcohol.

Respecto a los hábitos anteriormente descritos se han realizado investigaciones que han abordado todos estos. Pérez, Laíño, Zelarayán y Márquez (2014) realizaron un estudio en 554 universitarios argentinos, quienes contestaron diversos instrumentos para ahondar en variables sociodemográficas, en hábitos de salud y en su percepción de felicidad. Dentro de sus resultados encontraron que los estudiantes que realizaban actividad

física con mayor frecuencia tendían a no consumir sustancias adictivas, y a ser estudiantes de la carrera de licenciatura en educación física, destacando la relación entre los hábitos de salud practicados con otros comportamientos de riesgo y el poseer información concerniente a los beneficios del cuidado de la salud.

Otro estudio que permitió conocer acerca del cambio de hábitos que se produce entre la etapa preuniversitaria y universitaria (Iglesias et al., 2015) en 1590 estudiantes madrileños, divididos en dos grupos de edad: el 66% eran estudiantes menores o de 17 años (preuniversitarios), y el 34% mayores o de 18 años (universitarios). Los participantes contestaron cuestionarios sobre datos antropométricos, de actividad física, hábitos alimenticios y consumo de alcohol. Se encontró que el 79.2% de la muestra presentaba normopeso, aunque en las preuniversitarias era superior el porcentaje de mujeres con bajo peso; los varones preuniversitarios fueron los más activos (40%) y las mujeres universitarias las más inactivas (6.8%), por lo que fueron consideradas el grupo con mayor sedentarismo, aunque presentaron mejores hábitos alimenticios; mientras que en el consumo de alcohol, los más jóvenes fueron quienes lo realizaban con mayor frecuencia.

Al conocer el impacto que la práctica de ciertos hábitos tienen en la predicción de mortalidad y longevidad, los psicólogos de la salud han intentado incrementar la comprensión de las conductas relacionas con la salud. En particular, basadas en la premisa de que las personas se comportan de acuerdo a sus creencias, que se reflejan en la percepción de riesgo o ideas respecto a la severidad de una enfermedad (Hewstone, Fincham, & Foster, 2005).

A continuación ahondaremos en la variable imagen corporal.

Imagen corporal

La imagen corporal fue definida por Schilder (1935) como “la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo; es decir, el modo en que

nuestro cuerpo se nos manifiesta" (p. 6), que, dicho de otra forma, es la percepción y evaluación de nuestra apariencia (Taylor, 2007).

Rick M. Gardner (1996) sostenía que la imagen individual de la apariencia física tiene dos componentes principales: el perceptual y el actitudinal, aunque otros autores han añadido el componente afectivo y el conductual.

La investigación en imagen corporal se ha enfocado en dos aspectos: a) la exactitud de las estimaciones del tamaño corporal; y b) las actitudes o sentimientos que los individuos tienen hacia su cuerpo (Vaquero-Cristóbal et al., 2013).

Es así como la alteración corporal se presenta cuando existen discrepancias entre la imagen corporal autopercibida y la imagen corporal ideal, basando dicha autopercepción en juicios valorativos sobre el cuerpo que no necesariamente se relacionan con las características reales (Bully, Elosua, & López-Jáuregui, 2012; Berengüi, Castejón, & Torregrosa, 2016), dichas discrepancias impactan en el grado de satisfacción o insatisfacción que la persona siente respecto a su cuerpo (Rabito-Alcón, & Rodríguez-Medina, 2016).

Dentro de las alteraciones de la imagen corporal destacan dos aspectos: la distorsión perceptiva de la talla que provoca una sobreestimación de partes del cuerpo, ya sea en tamaño o forma, y una alteración cognitivo-afectiva asociada a la insatisfacción y preocupación por la figura o por la delgadez (Sánchez-Sosa, Villarreal, & Musitu, 2010; Elosua, 2013).

Al formar parte del aspecto cognitivo-afectivo de las alteraciones corporales, la insatisfacción corporal tiene que ver con emociones, pensamientos y actitudes negativas hacia el tamaño o forma del cuerpo (Moreno & Ortiz, 2009, citado en Alconada-Padilla, & Andújar-Barroso, 2016), lo que puede llegar a favorecer la adopción de comportamientos orientados a ocultar el cuerpo o a modificarlo mediante comportamientos alimentarios de

riesgo o ejercicio extremo, así como favorecer la aparición de desórdenes alimenticios (Mancilla et al., 2012; Vaquero-Cristobal et al., 2013; Meza & Pompa, 2013).

Sin embargo, la insatisfacción corporal puede abarcar desde el descontento o evaluación negativa de algunas partes del cuerpo, hasta la obsesión extrema con la apariencia física que interrumpe el funcionamiento normal (Rabito-Alcón & Rodríguez-Medina, 2016).

Entre los factores que parecen incidir en las alteraciones e insatisfacción con la imagen corporal se encuentran (Tabla 2):

Tabla 2. Factores de riesgo de la alteración e insatisfacción con la imagen corporal.

Factor	Descripción
Nivel individual	
- Etapa del desarrollo	A partir de los 11 años, los niños y las niñas ya se muestran preocupados por su figura (Pallares & Baile, 2012).
- El sobrepeso y la obesidad.	Inciden negativamente en la percepción social y actitudinal que se tiene sobre el propio cuerpo (Pallares & Baile, 2012).
- Ser mujer	Debido a los cambios en la composición corporal durante la pubertad y adolescencia, que se caracteriza por un aumento rápido de grasa corporal (11 kg en promedio), debido a la liberación de estrógeno que favorece el depósito de grasa en los glúteos, en abdomen, en caderas y en muslos, los cuales son los elementos que mayor insatisfacción generan en las mujeres en esta etapa (Pasqualini & Llorens, 2010; Güemes-Hidalgo, Ceñal, & Hidalgo, 2017).
- Baja autoestima y depresión	Las personas con este perfil se comparan con parámetros de belleza más altos favoreciendo la autoevaluación negativa (Cho & Lee, 2013).
- Perfeccionismo	Rasgo de personalidad que se caracteriza por la imposición a uno mismo de normas de desempeño poco realistas, las exigencias personales, preocupación por los errores y la evaluación del propio valor en términos de productividad y logro (Burns, 1980; Frost, Marten, Lahart, & Rosenblate, 1990; García et al., 2016).

- Alexitimia	Se caracteriza por la inhabilidad para verbalizar sentimientos y discriminarlos (Sivak & Waiter, 1997, citado en Chunga, 2015). Se ha encontrado que la alexitimia predice el 40% de la insatisfacción corporal (Díaz-Castillo & Aizpuru, 2016).
- Estilo de vida sedentario	El ejercicio ha sido relacionado con una imagen corporal positiva (Camacho, 2005, citado en Vaquero-Cristóbal et al., 2013).
- Tipo de deporte practicado	Los niveles más altos de insatisfacción corporal se presentaron en personas que practicaban ejercicios de musculación y aerobics, los cuales están relacionados con el modelamiento del cuerpo y cuyos motivos de práctica suelen ser disminuir el peso o aumentar el atractivo físico (Camacho, 2006; García, Sierra, & Fernández-Ozcorta, 2014).
Nivel familiar	
- Dinámica familiar disfuncional	Caracterizada por la rigidez, altos estándares morales, ambiciones exigentes, mayor conflicto y donde los padres suelan comparar a los hijos con otros miembros de la familia (Behar, Gramegna, & Arancibia, 2014).
- Actitudes y comentarios de los padres respecto a la figura.	La valoración que la familia le otorga a la apariencia física, que puede propiciar la preocupación por el peso y figura de las hijas (Rodríguez-Ruiz et al., 2013).
Nivel social	
- Comparación social	La gente experimenta un deseo innato de auto-evaluarse mediante la comparación de sí mismos con otras personas que son similares, de acuerdo a su raza, edad, apariencia, género, etc, y que sean también atractivos(as), esto con el objetivo de motivar al cambio y a la automejora. Estas comparaciones pueden provocar efectos negativos y no motivantes, reflejándose en una alta insatisfacción con la imagen corporal (Ladera, 2016).
- Internalización del ideal de delgadez	La imagen corporal ha sido relacionada al éxito social, siendo los medios de comunicación masiva los que han contribuido en mayor medida a diseminar los

	estándares de belleza masculina y femenina (Rabito-Alcón & Rodríguez-Medina, 2016).
- Presión hacia las mujeres por tener una figura delicada	No solamente es un factor de riesgo para la insatisfacción corporal, sino también es un factor de riesgo de la aparición de desórdenes alimenticios (Rodríguez-Molina & Rabito-Alcón, 2011).
- Presión hacia los hombres por tener un cuerpo musculoso	Los hombres con infrapeso o sobrepeso presentan insatisfacción con la imagen corporal (Calzo et al., 2012; Cho & Lee, 2013).

Se han propuesto algunas teorías para explicar las cuestiones en torno a la imagen corporal y el grado de satisfacción, a continuación se explicará una de ellas.

Teoría de la Auto-discrepancia de Higgins

Una de las teorías que buscan explicar la cuestión de la imagen corporal es la Teoría de la Auto-discrepancia, propuesta por Higgins (1987), la cual postula dos dimensiones cognitivas resaltando varias representaciones del estado del yo.

La primer dimensión cognitiva es la de los dominios del yo, que se divide en tres dominios básicos: a) el yo real, que es la propia representación de los atributos que el individuo cree que realmente posee; b) el yo ideal, el cual es la representación de los atributos que la persona desearía tener; c) y el deber ser, la representación de los atributos que se deberían poseer, relacionado con el ideal que establece la sociedad.

La segunda dimensión es la de los puntos de vista del yo, que se refiere a la relación del yo con el afecto, donde la imagen corporal se juzga a partir del punto de vista propio; y de la perspectiva de alguna persona significativa para la persona. Es así como la teoría de la discrepancia del yo postula que las personas están motivadas a alcanzar una condición donde su concepto del yo coincida con el concepto de las personas relevantes para él (Higgins, 1987).

De esta forma, las discrepancias entre el Yo real y los estándares evaluativos del Yo, influidos por las expectativas socioculturales relacionadas a la corporalidad en relación al género, llevan a presentar estados emocionales o motivacionales negativos; ya que dichos estados emocionales asociados a la auto-discrepancia son factores de riesgo que originan malestar emocional, como la insatisfacción con la imagen corporal, así como comportamientos auto-destructivos, tales como los comportamientos alimentarios de riesgo o trastornos de la conducta alimentaria (Strauman, Higgins, Vookles, Berenstein, & Chaiken, 1991; Cruz y Maganto, 2003).

Es así como la auto-discrepancia explica la adquisición de estándares de auto-evaluación que tienen un impacto en el aspecto actitudinal y emocional de la imagen corporal; donde esta adquisición se da a través de los patrones de socialización basados en las relaciones sociales y familiares, lo que significa que la valoración que cada persona realiza de su imagen corporal depende de la relación entre el auto-concepto y las auto-guías, producto del Yo real y las personas significativas.

No obstante, en la percepción de la imagen corporal las características biológicas modulan las relaciones entre el individuo y los contextos que le rodean, aunque el punto central se traslada del individuo a los contextos sociales donde se desarrolla física y psicológicamente (Sánchez, Musitu, & Villarreal, 2010).

A continuación abordaremos la autoeficacia en los hábitos de salud como recurso cognitivo y como factor de protección frente a los hábitos perjudiciales.

Autoeficacia en los hábitos de salud

La autoeficacia es definida como “las creencias en las propias capacidades de organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir un objetivo dado” (Bandura, 1997, p.3), por lo que dichas creencias afectan las decisiones que se toman, qué tanto esfuerzo invierte en sus

actividades, qué tanto persevera cuando se presentan dificultades, así como su vulnerabilidad al estrés y la depresión y la resiliencia ante recaídas (Godin & Kok, 1996).

Este concepto ha sido relacionado al control conductual percibido debido a su enfoque en el control sobre la realización de la conducta (Ajzen, 2002); sin embargo, ambos proveen una explicación distinta de persistencia en conductas de salud (Saunders et al., 2005), diferenciándose en que la autoeficacia se basa en los factores internos del individuo, mientras que el otro concepto hace referencia tanto a factores internos como externos (Ajzen & Timko, 1986).

La autoeficacia consiste en la creencia de que la persona puede cambiar su conducta de riesgo personalmente; por lo que tiene un impacto en la intención de cambiar la conducta, la cantidad de esfuerzo en lograrlo, y la persistencia para continuar a pesar de las barreras que pueden afectar la motivación, por lo que se puede considerar que mediante la autoeficacia, la persona acepta su papel activo en los hábitos de salud que practica (Schwarzer & Fuchs, 1995).

Igualmente, la autoeficacia es explicada mediante el modelo de aprendizaje social, que considera que las variables cognitivas son fundamentales para explicar la adquisición de los aprendizajes y la modificación de los comportamientos, sin dejar de lado la participación activa de las persona en dicho proceso (Bandura, 1977).

Sin embargo, esta motivación depende en gran medida de otra capacidad distintiva de los seres humanos, el aprendizaje vicario, que se refiere a la posibilidad de aprender guías de acción a través de la observación de cierta conducta en otras personas y la valoración de las consecuencias que tal comportamiento produce. Esta capacidad vicaria permite a los sujetos adquirir reglas necesarias para generar y regular patrones de acción (Oblitas, 2007).

En cuanto a la aplicación de la autoeficacia en el campo de la psicología de la salud, Bandura, en 1997, propuso que las creencias de eficacia sobre la superación de barreras deben predecir la práctica de ejercicio, mientras que la eficacia relacionada con la autorregulación del comportamiento debe predecir la adherencia al ejercicio a largo plazo (Saunders et al., 2005).

Más tarde, Von Ah, Ebert, Ngamvitroj, Park, & Kang (2004) realizaron un estudio para examinar los efectos directos del estrés percibido, disponibilidad y satisfacción con el apoyo social, y la auto-eficacia en el consumo de alcohol, tabaco, actividad física y nutrición. La muestra estuvo conformada por 161 universitarios, quienes contestaron cuestionarios de estrés, apoyo social, y autoeficacia. En sus resultados encontraron que la autoeficacia emergió como el único predictor significativo de las cinco conductas.

Más recientemente, en la investigación de Matthews, Doerr y Dworatzek (2016) en 6 638 estudiantes canadienses, con el objetivo de evaluar la información e intenciones de los universitarios respecto a su alimentación, además del grado de autoeficacia en la alimentación bajo situaciones de estrés; se encontró que los estudiantes reconocieron una falta de autoeficacia al evitar alimentos hipercalóricos, especialmente cuando se encontraban bajo estrés.

Ambas investigaciones destacaron, por un lado, el poder predictivo de la autoeficacia en ciertas conductas de salud, y, por el otro, la necesidad de abordar la autoeficacia en las intervenciones, ya que es una habilidad intrapersonal que favorecería todo el proceso de cuidado de la salud, desde la adopción de la conducta, hasta la instauración y mantenimiento de la misma.

Es por lo anterior que el objeto de estudio de la psicología de la salud se enfoca en la comprensión de los procesos que tienen que ver con la adopción de ciertos hábitos, donde, además del aspecto social, suelen intervenir las expectativas de que se está en riesgo, las que se relacionan con la idea de que el cambio conductual reducirá la amenaza y la expectativa de que la persona es capaz de adoptar la conducta saludable o de abstenerse de la no saludable.

A continuación se ahondará en la variable calidad de vida.

Calidad de vida

El concepto de calidad de vida (CV) ha sufrido diversas transformaciones debido a que su conceptualización es dependiente de la disciplina que la aborde. Dentro de las disciplinas de la salud, la CV se ha relacionado al funcionamiento cotidiano del individuo, y su percepción de salud, lo cual ha enriquecido la comprensión de la vivencia de aspectos relacionados a la salud (Berrocal et al., 2016). Debido a esto es que la comprensión, medida, y mejora de la CV de las personas ha sido uno de los principales objetivos para los investigadores del área de salud.

La calidad de vida es definida por la OMS como "la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que viven, y en relación a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones" (1997, p.1); por lo que la CV engloba la percepción de la persona respecto a múltiples aspectos de su vida, incluyendo reacciones emocionales a los sucesos cotidianos, disposición y sentido de satisfacción con la vida, así como con el trabajo y relaciones personales (Theofilou, 2013).

En la literatura, el término calidad de vida puede ser igualmente referido como bienestar, a pesar de que han intentado ser diferenciados (Smith, 1973), debido a que ambos poseen elementos objetivos y subjetivos que influencian la manera de proceder en la vida.

Haas (1999) sostiene que la CV es principalmente un sentido subjetivo de bienestar, y el problema en su medición es que se ve influenciado por la comparación que cada persona realiza con personas de su mismo grupo y no por términos absolutos. De esta forma, las normas sociales afectan el peso que se le adjudica a cada una de las necesidades humanas.

La CV se ha relacionado con la práctica de ciertos hábitos de salud, un ejemplo de esto es la investigación de Camargo, Orozco-Vargas y Niño (2014),

que ligaban la calidad de vida de 237 estudiantes, con una media de edad de 20.6 años (D.E. = 2.2), con la práctica de ejercicio y el dolor. Los datos fueron recabados mediante cuestionarios, entre ellos el Cuestionario de Calidad de Vida: Satisfacción y Placer, tal como el utilizado en nuestra investigación, y en los resultados se encontró que el 85.2% realizaba una baja cantidad de actividad física, además se encontró una correlación negativa entre calidad de vida, las horas semanales de jornada académica y la presencia de dolor, mientras que hubo una asociación positiva con la actividad física vigorosa.

En México, la CV ha sido evaluada por el Gabinete de Comunicación Estratégica (2015), conceptualizándola en cuestiones de acceso a bienes y servicios, llevándola a ser definida como:

> *"un constructo que implica la combinación de la percepción ciudadana en 10 dimensiones o variables distintas: oferta suficiente y a precios razonables de vivienda; suficiencia de escuelas públicas y privadas; movilidad en la ciudad; limpieza atmosférica, esto es aire limpio; suficiencia de centros de esparcimiento y diversión; buen ambiente de convivencia ciudadana y de recepción a recién llegados a la ciudad; suficiencia de museos, y espacios históricos relevantes y atractivos para los lugareños y turistas; bellezas naturales; mejoramiento percibido de la vida en la ciudad (municipio/delegación) respecto al año anterior y comparación respecto a si la vida en su ciudad es mejor que la vida en otras ciudades" (p. 8).*

A pesar de que este concepto de calidad de vida es distinto al de nuestra variable de investigación, el tomar en cuenta los indicadores objetivos permitiría conocer las oportunidades que tiene el individuo de mejorar su calidad de vida y conocer la importancia que tiene cada dominio (salud, tareas, familia, amigos, etc.) en el que se desenvuelve (Constanza et al., 2006) en la evaluación de su situación vital.

De esta manera, los factores como los hábitos de salud, la imagen corporal percibida, la autoeficacia general percibida y la satisfacción con la vida, influyen en los diferentes niveles de prevención, ya que o contribuyen a

mantener un buen estado general de salud o aumentan la probabilidad de aparición de alguna enfermedad (Berrocal et al., 2016), es por esto que el trabajo de los psicólogos de la salud es fundamental para el desarrollo de un sistema de salud eficaz, mediante el conocimiento las teorías que abordan la salud desde la perspectiva biopsicosocial hasta las teorías que buscan adaptarse a la unicidad de la muestra que se estudia. Todo esto con el objetivo de comprender la calidad de vida reportada por la población, y detectar las áreas de oportunidad para la construcción de intervenciones eficaces de acuerdo a las necesidades y características particulares de los grupos de edad.

CAPITULO III

METODO

Con la intención de cumplir con los objetivos planteados se utilizó un diseño no experimental de tipo transversal, descriptivo, comparativo y correlacional.

PARTICIPANTES

La muestra estuvo compuesta por 300 estudiantes universitarios del noreste de México, de los cuales fueron 56% fueron mujeres y 44% hombres, con una media de edad de 20.53 (D.E. = 2.19).

Participaron 100 universitarios del estado de Nuevo León (56% mujeres y 44% hombres, con una media de edad de 20.38 años, D.E. = 2.62), 100 del estado de Coahuila (54% mujeres y 46% hombres, con una media de edad de 21.06 años, D.E. = 1.85) y 100 del estado de Tamaulipas (70% mujeres y 30% hombres, con una media de edad de 20.16 años, D.E. = 1.96).

De la totalidad de la muestra, el 52.7% pertenece al área académica de Ciencias Sociales y Administrativas; 25% de Ingeniería y Tecnología; el 17% de Ciencias de la Salud; el 3.7% de Artes y Humanidades; y el 1.7% de Ciencias Naturales y Exactas; y el 64.7% cursaba del 1° al 5° semestre y el 35.3% del 6° al 10° semestre de la licenciatura.

Los criterios de inclusión fueron:

- Ser estudiante universitario de alguna universidad pública o privada.
- Tener entre 18 y 25 años de edad.

- Ser estudiante de cualquier carrera.

Los criterios de exclusión fueron:

- Ser menor de 18 y mayor de 25 años.
- No pertenecer a alguna institución educativa.

APARATOS E INSTRUMENTOS

El instrumento utilizado se divide en función de las siguientes variables de estudio:

Datos sociodemográficos

- Edad.
- Sexo.
- Ciudad donde se aplicó el instrumento.
- Ocupación.
- Carrera.
- Semestre.

Datos antropométricos

- Talla.
- Peso (en kilogramos).
- Se utilizaron los datos auto-reportados del peso y estatura, para realizar cálculo del IMC mediante el índice de Quetelet, el cual establece la relación entre el peso corporal con la talla elevada al cuadrado, cuya fórmula de cálculo es la siguiente: peso/talla^2 (Aguilar, Contreras, del Canto, & Vilchez, 2012).

  - Se categorizaron de acuerdo a los criterios de la OMS (1995; 2017d): infrapeso < 18.5 kg/m^2, normopeso ≥18.5 y ≤ 24.9 kg/m^2, sobrepeso ≥ 25.0 ≤ 29.9 kg/m^2, obesidad ≥ 30.0 kg/m^2.

- Última vez que se pesaron.

Estado de salud general

- Cuántas veces enfermaron en los últimos seis meses.
- Cuál enfermedad presentaron.

Para indagar en los hábitos de salud practicados por los universitarios se utilizó la Encuesta de Hábitos de Salud (Álvarez, 2004), a continuación se explicará su contenido.

Hábitos de salud

Se presentó una pregunta abierta para que los universitarios explicaran qué son para él/ella los hábitos.

A continuación se describe el instrumento en relación a los apartados de alimentación, actividad física y ejercicio y el consumo de tabaco y alcohol.

Tabla 3. Ítems y opciones de respuesta del Cuestionario de Hábitos de Salud de Álvarez (2004).

Ítem	Opciones de respuesta
Hábitos de Salud referentes a la Alimentación.	
Este apartado consta de 17 preguntas.	
• Práctica de una buena alimentación.	Dicotómica (Sí/No).
• Importancia de cuidar su alimentación. • Grado en el que cuida su alimentación.	Escala de cuatro puntos (Nada, poco, regular y mucho).
• Preocupación por cuidar su alimentación.	Dicotómica (Sí/No).

- Razón por la que sí le preocupa cuidar su alimentación.	Por salud o para verse bien.
- Razones por las que no les preocupa cuidar su alimentación.	Se muestran ocho opciones de respuesta (“Porque no veo ninguna consecuencia”, “Porque casi no me da hambre”, “Falta de tiempo”, “Me gusta la comida chatarra”, “Falta de recursos económicos”, “No sé cómo cuidarla”, “Porque como lo que sea” y “Porque mi mamá la cuida por mí”). 1. Se les pide que marquen en una escala Likert de tres puntos (“Nada”, “Un poco” y “Mucho”) qué tanto creen que cada una de las opciones sea un obstáculo para cuidar su alimentación. 2. Elegir los tres principales motivos y jerarquizarlos del 1 (más importante) al 3 (menos importante).
• Disposición para cuidar su alimentación.	Escala Likert de tres puntos (“Nada”, “Un poco” y “Mucho”).
• Maneras en las que cuidarían su alimentación.	Se muestran cinco opciones de respuesta (“Comiendo balanceado”, “Comiendo alimentos nutritivos”, “Comiendo frutas y verduras”, “No comiendo comida chatarra” y “Comiendo a tiempo”). 1. Se les pide que marquen en una escala Likert de tres puntos “Nada”, “Un poco” y “Mucho”) qué tanto creen que cada una de las conductas mencionadas impactan en el cuidado de la alimentación. 2. Elegir los tres principales comportamientos y jerarquizarlos del 1 al 3.
• Manera en la que creen que descuidan su alimentación.	Se muestran seis opciones de respuesta (“Comiendo comida chatarra”, “Dejando de comer”, “No comiendo a la misma hora”, “Comiendo mucha grasa”, “Comiendo mucho” y “Comiendo en la calle”). 1. Se les pide que marquen en una escala Likert de tres puntos (“Nada”, “Un poco” y “Mucho”) qué tanto consideran que las conductas mencionadas son un

	impedimento para cuidar su alimentación. 2. Elegir los tres principales comportamientos y jerarquizarlos del 1 (más importante) al 3 (menos importante).
- Razón por la que descuida su alimentación.	De acuerdo a la primera opción marcada, se pregunta cuál es la razón por la que se descuida la alimentación de esa manera. 1. Se muestran cuatro opciones de respuesta: fácil acceso a ese tipo de comida, falta de tiempo, costo de la comida, sabor de la comida y la quinta es una opción abierta para añadir alguna otra razón.
• Tabla nutricional.	
- Revisa la tabla nutricional. - Sabe interpretar la tabla nutricional.	Dicotómica (Sí/No).
• Responsable de cocinar en su casa.	Cinco opciones de respuesta: “Mamá”, “Papá”, “Yo”, “Hermanos”, “Mamá y papá”, “Todos”.
• Porcentaje de comida que ellos mismos se preparan.	Se muestran las opciones en términos de porcentaje: “0%”, “10%”, “20%”, “30%”, “40%”, “50%”, “60%”, “70%”, “80%”, “90%” o “100%”.

Hábitos de salud referentes a la actividad física y ejercicio.

Este apartado consta de 19 preguntas cerradas y 1 abierta.

• Importancia de hacer ejercicio.	Escala Likert de cinco puntos: “Nada”, “Algo”, “Regular”, “Mucho” y “Bastante”.
• Disposición para hacer ejercicio.	
• Práctica de ejercicio de forma regular (por lo menos tres veces a la semana).	Dicotómica (Sí/No).

• Cantidad de días en los que se ejercitan.	Opciones de 0 a 7 días.
• Tiempo que le dedican en promedio, los días que hacen ejercicio.	Cinco opciones: “Menos de 30 minutos”, “De 30 minutos a una hora”, “De una hora a una hora y media”, “De una hora y media a dos horas”, “Más de dos horas”.
• Cuando hace ejercicio, cómo lo practica más.	Cuatro opciones: “Solo”, “En pareja”, “En grupo”, “De cualquier forma”.
• Práctica de algún deporte en específico.	Dicotómica (Sí/No).
- Cuál deporte.	Pregunta abierta.
• Lugar donde hace ejercicio.	Cinco opciones: “En casa”, “En su escuela”, “En un parque”, “En un club deportivo”, “En un gimnasio”.
• Estereotipos de género relacionados a la práctica de actividad física y ejercicio.	12 afirmaciones respecto a creencias que se atribuyen a algún género. Dicotómica (Sí/No).

Hábitos de salud referentes al consumo de tabaco

Este apartado consta de 7 preguntas cerradas y una abierta.

• Causas que conducen a una persona a fumar.	Se muestran diez causas: “la ansiedad”, “la imitación”, “la inseguridad”, “el placer”, “la curiosidad”, “el deseo de aparentar que se es mayor”, “la costumbre social”, “los modelos sociales”, “problemas psicológicos y emocionales”, y el “deseo de evasión”. Cada una de las causas se evalúan en una escala Likert de cinco puntos (1 = “totalmente en desacuerdo”; 5 = “totalmente de acuerdo”).
• Grado de responsabilidad en el consumo de tabaco.	Se muestran siete elementos: “los propios fumadores”, “sus amigos”, “la familia”, “la escuela”, “los gobiernos”, “la situación económica” y “la publicidad”. Se evalúan en una escala Likert de cinco puntos (1 = “ninguna responsabilidad”; 5 = “muy alta responsabilidad”).

• Valoración del consumo de tabaco.	Escala bipolar de cinco puntos (“malo” = 1 y “bueno” = 5).
• Riesgo de tabaquismo.	Escala Likert de cinco puntos (1 para “ningún riesgo”; 5 para “muy alto riesgo”.
• Grado de consumo de tabaco	Escala Likert de cinco puntos: “nada”, “algo”, “regular”, “mucho”, “bastante”.
• Edad de inicio de consumo habitual de tabaco.	Pregunta abierta (en años).
• Medida en la que suelen fumar. - En fiestas y/o con los amigos. - En familia y/o en las comidas. - Cuando está solo, para relajarse. - Cuando está solo, viendo la TV, escuchando la radio, leyendo, etc.	Escala Likert de tres puntos: “no suelo fumar”, “suelo fumar algo”, “suelo fumar bastante”.

Hábitos de salud referentes al consumo de alcohol.

Este apartado consta de 9 preguntas cerradas y una abierta.

• Creencias en relación al alcohol.	Se muestran 17 afirmaciones en relación al consumo de alcohol, dichas afirmaciones tienen que ver con los efectos en el estado de ánimo y de salud, a nivel cognitivo, motriz, sexual, social y moral. Cada una de las afirmaciones se evalúan en una escala Likert de cinco puntos (1 para “totalmente en desacuerdo”; 5 para “totalmente de acuerdo”).
• Grado de consumo de alcohol.	Escala Likert de cinco puntos: “nada”, “algo”, “regular”, “mucho”, “bastante”.
• Valoración del consumo de alcohol.	Escala bipolar de cinco puntos (“malo” = 1 y “bueno” = 5).

• Ocasiones en que han consumido bebidas que contengan alcohol en el último mes.	Tres opciones: “en ninguna ocasión”, “de 1 a 3 ocasiones al mes” y “en 4 o más ocasiones al mes”.
• Edad de inicio de consumo habitual de alcohol.	Pregunta abierta (en años).
• Tipo de bebida que consumen con mayor frecuencia. - Entre semana. - En fin de semana.	Se muestran seis tipos de bebida: “vino”, “cerveza”, “licores”, “combinados”, “otros”, “cualquiera”.
• Frase que describe su consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses.	Tres opciones: “bebo más ahora que antes”, “bebo menos que antes”, “mi consumo no ha variado en los últimos 12 meses”.
• Problemas a causa del consumo de alcohol.	Se muestran ocho dificultades: “problemas o tensiones con la familia y los amigos”, “dificultades en los estudios o en el colegio”, “problemas de salud”, “dificultades para conducir”, “problemas con la justicia”, “algún accidente”, “alguna pelea”, y “otros problemas”. Cada una de las dificultades se evalúa en una escala de tres puntos que indica la frecuencia en la que se presentaron en los últimos 12 meses: “ninguno”, “alguna vez”, “a menudo”.
• Medida en la que suelen tomar. - En fiestas y/o con los amigos. - En familia y/o en las comidas. - Cuando está solo, para relajarse.	Escala Likert de tres puntos: “no bebo”, “bebo algo”, “bebo hasta notar los efectos”.

- Cuando está solo, viendo la TV, escuchando la radio, leyendo, etc.	

Imagen corporal

Este apartado consta de 11 preguntas cerradas y una abierta.

Tabla 4. Preguntas y opciones de respuesta referentes a la imagen corporal.

Ítem	Opciones de respuesta
• Registro de percepción de la figura, versión modificada de la escala de Gardner, Stark, Jackson y Friedman (1999).	
- Manera en la que piensa que se ve en este momento (yo real). - Manera en la que le gustaría verse (yo ideal). - Manera en la que piensa que se ven los chicos(as) de su escuela.	Se muestran 7 siluetas (7 siluetas femeninas y 7 masculinas) que van desde extremadamente delgada(o) a extremadamente obesa(o).
• Percepción de la complexión corporal.	Cinco opciones: “muy delgado(a)”, “delgado(a)”, “regular”, “obeso(a)”, “muy obeso(a)”.
• Creencia de estar en su peso adecuado.	Dicotómica (Sí/No).
- Si la respuesta es “No”, por qué.	Dos opciones de respuesta: “peso más de lo que debería”, “peso menos de lo que debería”.
• Partes de la figura que le gustaría cambiar.	Dicotómica (Sí/No).
- Cuál(es) partes.	Pregunta abierta.
• Elemento de su figura que le gustaría cambiar.	Cuatro opciones de respuesta: “pesar menos”, “pesar más”, “tener un cuerpo más firme”, “ser más musculoso”.

Además del Cuestionario de Álvarez (2004), se utilizaron las escalas de Autoeficacia General Percibida y una subescala del cuestionario de Calidad de Vida: Satisfacción y Placer, a continuación se describen.

Autoeficacia general percibida

Se utilizó la adaptación de Baessler y Schwarzer (1996, citado en Espada, Gonzálvez, Orgilés, Carballo, & Piqueras, 2012). Es un instrumento de auto-reporte en el que mediante una escala Likert de cuatro puntos ("cierto", "más bien cierto", "apenas cierto" e "incorrecto"), se evalúa el sentimiento estable de competencia personal para manejar de forma eficaz una gran variedad de situaciones estresantes (Sanjuán, Pérez, y Bermúdez, 2000). El puntaje más alto (40) demuestra el nivel más alto de autoeficacia percibida por los sujetos y el puntaje más bajo, reflejará un bajo nivel de autoeficacia (10) (Rojas, 2014). En esta investigación se obtuvo una alta confiabilidad (α = .91).

Calidad de vida

Se utilizó la subescala de satisfacción general con la vida y bienestar del Cuestionario de Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q), de Endicott (2009). Es un instrumento de auto-reporte originalmente compuesto por 93 ítems. Sin embargo, para los fines de esta investigación, se tomará solamente la última subescala, que abarca las áreas de satisfacción con el estado de salud física, con el estado de ánimo, con las tareas del curso/clase, con las tareas de la casa, con las relaciones sociales, con las relaciones familiares, con las actividades de tiempo libre, con la capacidad de participar en la vida diaria, con el deseo sexual, con su situación económica, con la situación de la casa donde vive, con la visión en cuanto a la capacidad para trabajar o disfrutar de sus aficiones, con su sensación general de bienestar, con la asistencia a celebraciones religiosas según sus creencias y con la sensación de que su vida tiene sentido. Todos estos aspectos son evaluados mediante una escala Likert de seis puntos ("muy insatisfecho", "insatisfecho", "medianamente insatisfecho",

“medianamente satisfecho”, “satisfecho” y “muy satisfecho”), los cuales indican el grado de satisfacción experimentada durante la semana anterior a la evaluación, a mayor puntuación, mayor grado de satisfacción (Zubara, Foresti, Rossi, Franceschini, & Homero, 2009). En la presente investigación esta subescala presentó un alfa de Cronbach de .94, lo que indica una alta confiabilidad.

PROCEDIMIENTO

Diseño utilizado:

Se utilizó un diseño no experimental transversal, descriptivo, comparativo, correlacional.

Recolección de Datos:

La recolección de datos se llevó a cabo de forma presencial acudiendo a los diferentes campus universitarios de los estados del noreste de México.

- Ciudad Universitaria y Área Médica de la Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Campus de la Universidad Autónoma de Tamaulipas ubicado en Ciudad Victoria.
- Unidad Camporredondo y Área de Rectoría de la Universidad Autónoma de Coahuila.

Análisis de Datos:

Los datos recolectados fueron capturados y analizados mediante el programa IBM SPSS Statistics versión 19.0.

A continuación se detallan los análisis realizados de acuerdo a los objetivos específicos de la presente investigación (Tabla 5).

Tabla 5. Objetivos específicos, preguntas de investigación y análisis estadísticos.

Objetivo específico	Pregunta de investigación	Análisis estadístico
1. Identificar los hábitos de salud, relacionados con la alimentación, la actividad física y ejercicio, y el consumo de tabaco y alcohol en universitarios del noreste de México.	¿Cuáles son los hábitos de salud relacionados con la alimentación, la actividad física y ejercicio, y el consumo de tabaco y alcohol de los universitarios del noreste de México?	Análisis descriptivos de los hábitos de salud practicados por los universitarios, referentes a la alimentación, la práctica de actividad física y ejercicio, consumo de alcohol y de tabaco.
2. Conocer si existen diferencias entre la práctica de ciertos hábitos de salud de acuerdo al IMC.	¿Es diferente la proporción de universitarios que practican o no dichos hábitos de salud de acuerdo a la categoría del IMC?	Análisis de chi cuadrada de los hábitos de salud de acuerdo al IMC.
3. Conocer si existen diferencias entre la práctica de ciertos hábitos de salud de acuerdo al sexo.	¿Es diferente la proporción de universitarios que practican o no dichos hábitos de salud de acuerdo a la categoría del sexo?	Análisis de chi cuadrada de los hábitos de salud de acuerdo al sexo.
4. Conocer si existen diferencias entre la práctica de ciertos hábitos de salud de acuerdo al estado de procedencia.	¿Es diferente la proporción de universitarios que practican o no dichos hábitos de salud de acuerdo al estado de procedencia?	Análisis de chi cuadrada de los hábitos de salud de acuerdo al estado de procedencia.
5. Identificar la manera en la que los universitarios perciben su cuerpo.	¿Cómo perciben los universitarios su cuerpo?	Análisis descriptivos de los ítems de imagen corporal

6. Identificar la práctica de comportamientos orientados a la disminución de peso en los universitarios.	¿En qué medida los universitarios practican comportamientos orientados a la disminución de peso?	Análisis descriptivos de los comportamientos orientados a la disminución del peso.
7. Conocer si existen diferencias en relación a la imagen corporal respecto a la clasificación del IMC.	¿Existen diferencias en la proporción de universitarios respecto a la percepción de la imagen corporal de acuerdo a la clasificación del IMC?	Análisis de chi cuadrada de la percepción de la imagen corporal de acuerdo a la clasificación del IMC.
8. Conocer si existen diferencias en relación a la imagen corporal respecto al sexo.	¿Existen diferencias en la proporción de universitarios respecto a la percepción de la imagen corporal de acuerdo al sexo?	Análisis de chi cuadrada de la percepción de la imagen corporal de acuerdo al sexo.
9. Conocer si existen diferencias en relación a la imagen corporal respecto al estado de procedencia.	¿Existen diferencias en la proporción de universitarios respecto a la percepción de la imagen corporal de acuerdo al estado de procedencia?	Análisis de chi cuadrada de la percepción de la imagen corporal de acuerdo al estado de procedencia.
10. Identificar el nivel de autoeficacia general percibida en los universitarios.	¿Cuál es el nivel de autoeficacia general percibida de los universitarios?	Análisis descriptivos de la autoeficacia general percibida.
11. Analizar si existen diferencias en función de la autoeficacia general percibida en los universitarios respecto a la alimentación, la actividad física y	¿Existen diferencias en los puntajes de autoeficacia general percibida entre los universitarios respecto a su alimentación, la práctica de actividad física y ejercicio, y su consumo de tabaco y alcohol?	No se presentó normalidad en ninguna de las variables por lo que se realizaron las pruebas de la U de Mann-Whitney.

ejercicio, y el consumo de tabaco y alcohol.		
12. Evaluar el grado de satisfacción con la vida de los universitarios.	¿Cuál es el grado de satisfacción con la vida de los universitarios del noreste de México?	Análisis descriptivos de los ítems de calidad de vida (satisfacción con la vida).
13. Analizar la relación de los hábitos de salud practicados, la imagen corporal y la autoeficacia percibida con la evaluación de la calidad de vida de los universitarios.	¿Cuál es la relación existente entre los hábitos de salud practicados, la percepción de la imagen corporal y la percepción de autoeficacia con la evaluación de la calidad de vida de universitarios del noreste de México?	No se presentó normalidad en relación a estas variables, por lo que se realizó la correlación de Spearman.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Resultados respecto al Índice de Masa Corporal (IMC)

Respecto al monitoreo del peso y estatura, la mayoría de los estudiantes (67.3%) reportó haberse pesado en los últimos dos meses, el 14.3% dentro de los últimos 3 a 6 meses, el 13.3% hace más de seis meses, y el 5% no recuerda cuándo fue la última vez que lo hizo.

Se realizó el cálculo del IMC (peso/estatura^2) a partir de las medidas de peso y altura reportadas por los universitarios, para realizar su categorización según los criterios establecidos por la OMS (1995; 2017d) (Figura 5).

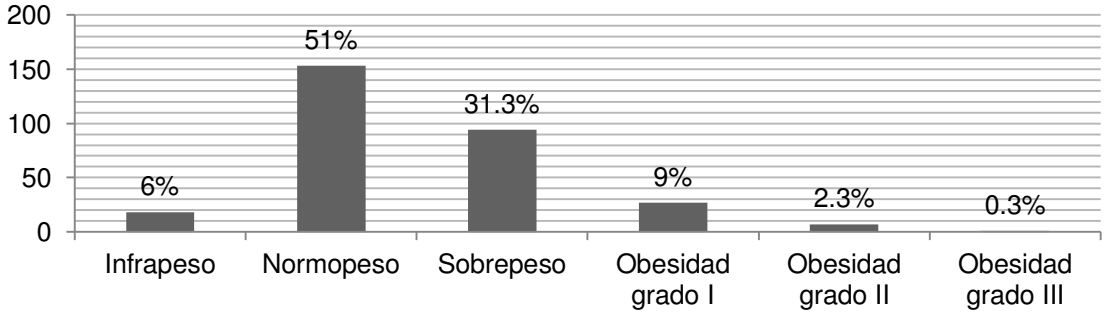


Figura 5. Clasificación del IMC de los participantes según criterios de la OMS (1995; 2017d).

En la figura 5 se muestra que el 51% de los universitarios presentó normopeso, el 31.3% presentó sobrepeso, el 9% obesidad grado I, el 2.3% obesidad grado II, el 3% obesidad grado III, y el 6% infrapeso.

Para poder realizar los análisis comparativos por sexo y estado de procedencia, se optó por recategorizar la variable IMC en 4 categorías: infrapeso, normopeso, sobrepeso y obesidad.

Análisis comparativos en relación a la variable IMC

A continuación se muestra el análisis comparativo del IMC de acuerdo al sexo (Tabla 6).

Tabla 6. Análisis de chi cuadrada de IMC de acuerdo al sexo.

Clasificación IMC		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Infrapeso	Recuento	5	13	18
	% dentro de clasificación del IMC	27.8	72.2	100.0
	% dentro de sexo	3.8	7.7	6.0
Normopeso	Recuento	60	93	153
	% dentro de clasificación del IMC	39.2	60.8	100.0
	% dentro de sexo	45.5	55.4	51.0
Sobrepeso	Recuento	49	45	95
	% dentro de clasificación del IMC	52.1	47.9	100.0
	% dentro de sexo	37.1	26.8	31.3
Obesidad	Recuento	18	17	35
	% dentro de clasificación del IMC	51.4	48.6	100.0
	% dentro de sexo	13.6	10.1	11.7
Total	Recuento	132	168	300
	% dentro de clasificación del IMC	44.0	56.0	100.0
	% dentro de sexo	100.0	100.0	100.0

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi cuadrada de Pearson	6.648[a]	[illegible]	.084
Razón de verosimilitudes	6.725	[illegible]	.081
Asociación lineal por lineal	5.552		.018
N de casos válidos	300		

[a] 0 casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7.92.

En la tabla 6 se muestra que no se presentaron diferencias significativas en hombres y mujeres en relación a la variable IMC, donde la mayor proporción de participantes presentaron normopeso (45.5% de hombres y 55.4% de mujeres).

Ahora se mostrará la proporción de estudiantes en cada clasificación de IMC en relación a la variable estado de procedencia (Tabla 7).

Tabla 7. Análisis de chi cuadrada de IMC de acuerdo al estado de procedencia.

Clasificación IMC		Estado			
		Nuevo León	Coahuila	Tamaulipas	Total
Infrapeso	Recuento	8	4	6	18
	% dentro de clasificación del IMC	44.4	22.2	33.3	100.0
	% dentro de estado	8.0	4.0	6.0	6.0
Normopeso	Recuento	53	51	49	153
	% dentro de clasificación del IMC	34.6	33.3	32.0	100.0
	% dentro de estado	53.0	51.0	49.0	51.0
Sobrepeso	Recuento	30	34	30	94
	% dentro de clasificación del IMC	31.9	36.2	31.9	100.0
	% dentro de estado	30.0	34.0	30.0	31.3
Obesidad	Recuento	9	11	15	35
	% dentro de clasificación del IMC	25.7	31.4	42.9	100.0
	% dentro de estado	9.0	11.0	15.0	11.7
Total	Recuento	100	100	100	300
	% dentro de clasificación del IMC	33.3	33.3	33.3	100.0
	% dentro de estado	100.0	100.0	100.0	100.0

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi cuadrada de Pearson	3.431[a]	6	.753
Razón de verosimilitudes	3.426	6	.754
Asociación lineal por lineal	1.619	1	.203
N de casos válidos	300		

[a] 0 casillas tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6.00

En la tabla 7 se muestra que no se presentaron diferencias significativas en relación al IMC en los estudiantes de los tres estados, el porcentaje más alto fue para normopeso (53% en Nuevo León, 51% en Coahuila y 49% en Tamaulipas) y en segundo lugar los que presentaron sobrepeso (30% en Nuevo León, 34% en Coahuila y 30% en Tamaulipas).

Una vez revisado de manera general el IMC, a continuación se muestran los resultados concernientes a los hábitos de salud.

Hábitos de salud

En relación al apartado hábitos de salud, en la figura 6 se indagó en la manera en la que los universitarios entienden los hábitos.

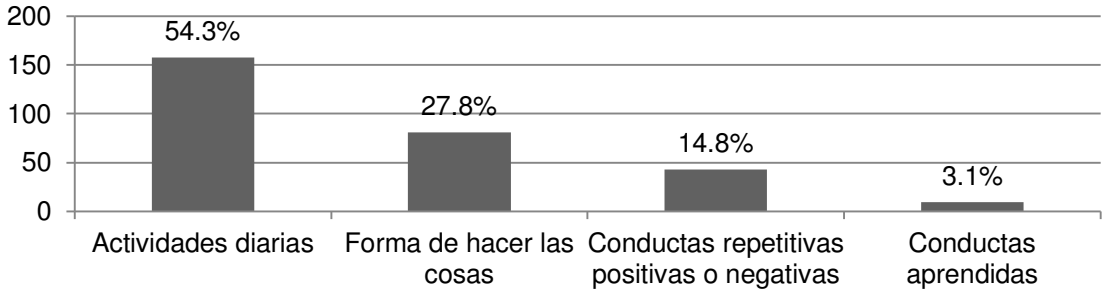


Figura 6. Definición de hábitos según los universitarios.

En relación a la manera en la que los universitarios conceptualizan los hábitos, en la figura 6 se observa que el 54.3% de los universitarios define los hábitos como actividades diarias, el 27.8% como la forma de hacer las cosas, el 14.8% como conductas repetitivas positivas o negativas y el 3.1% como conductas aprendidas.

Resultados de los hábitos de salud referentes a la alimentación

Luego de revisar cómo conceptualizan los universitarios los hábitos, a continuación se muestran los resultados obtenidos respecto a la percepción de tener una buena alimentación y su preocupación en torno a este comportamiento (Figura 7).

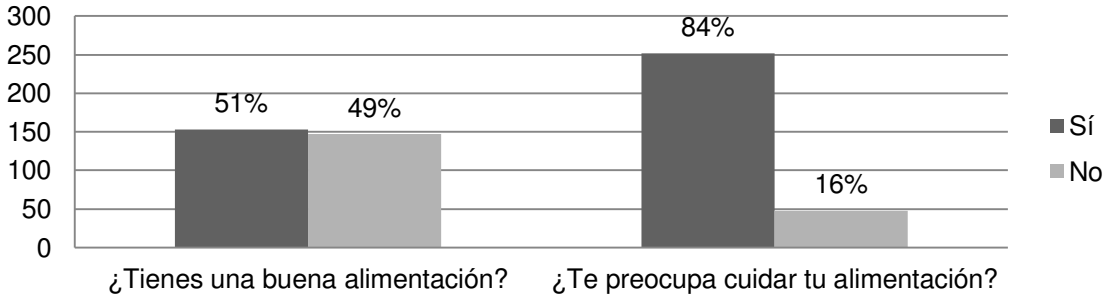


Figura 7. Percepción de la práctica de una buena alimentación y preocupación por cuidar la alimentación.

En la figura 7 se observa que el 51% de los universitarios reportó tener una buena alimentación, y al 84% de los universitarios sí les preocupa cuidar su alimentación.

Con el objetivo de conocer la intención por adquirir buenos hábitos alimenticios, se preguntó su disposición a cuidar su alimentación (Figura 8).

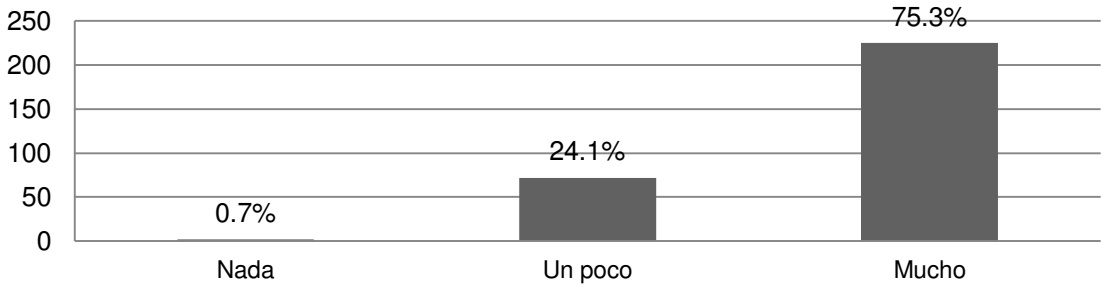


Figura 8. Disponibilidad para cuidar su alimentación.

En la figura 8 se muestra que el 75.3% de los universitarios estarían muy dispuestos a cuidar su alimentación, el 24.7% un poco dispuestos y el 0.7% nada dispuestos.

Luego se indagó en el motivo por el que les preocupa cuidar su alimentación; el 83.3% reportó que era por salud y el 16.3% para verse bien.

En la figura 9 se muestran los principales comportamientos con los que descuidan su alimentación.

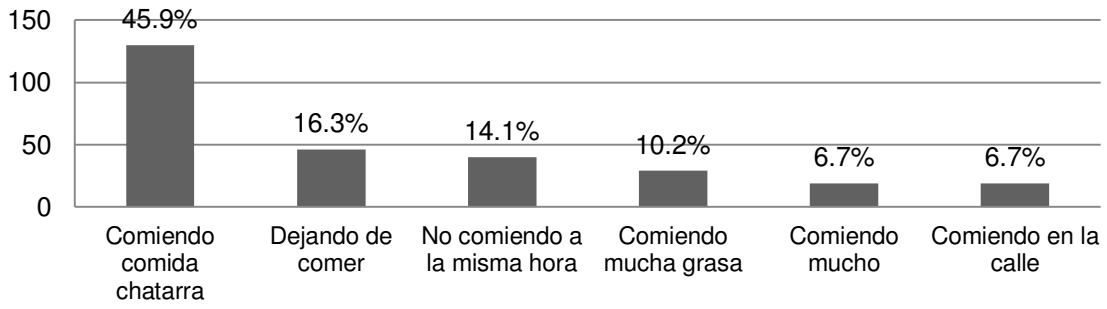


Figura 9.Comportamientos mediante los cuales descuidan su alimentación.

Respecto a la principal manera en la que descuidan su alimentación, la figura 9 muestra que el 45.9% reportó que es comiendo comida chatarra.

A continuación se muestran los principales motivos por los que a los universitarios no les preocupa cuidar su alimentación (figura 10).

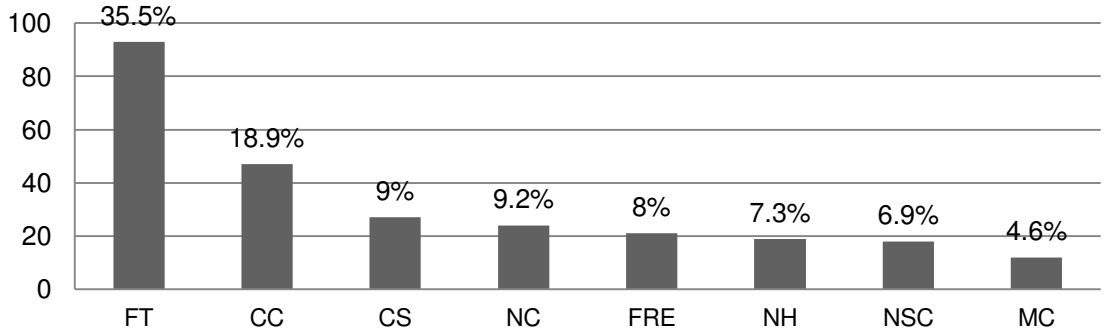


Figura 10. Motivos por los que no les preocupa cuidar su alimentación.
(*Nota:* FT: falta de tiempo; CC: me gusta la comida chatarra; CS: como lo que sea; NC: porque no veo ninguna consecuencia; FRE: falta de recursos económicos; NH: porque casi no me da hambre; NSC: no sé cómo cuidarla; MC: porque mi mamá la cuida por mí).

En la figura 10 se observa que los tres principales motivos por los que no les preocupa cuidar su alimentación son la falta de tiempo (35.5%), el gusto por la comida chatarra (18.9%) y porque no ven ninguna consecuencia (9.2%).

Mientras que respecto a la manera en la que cuidarían su alimentación, a continuación se muestran los resultados (Figura 11).

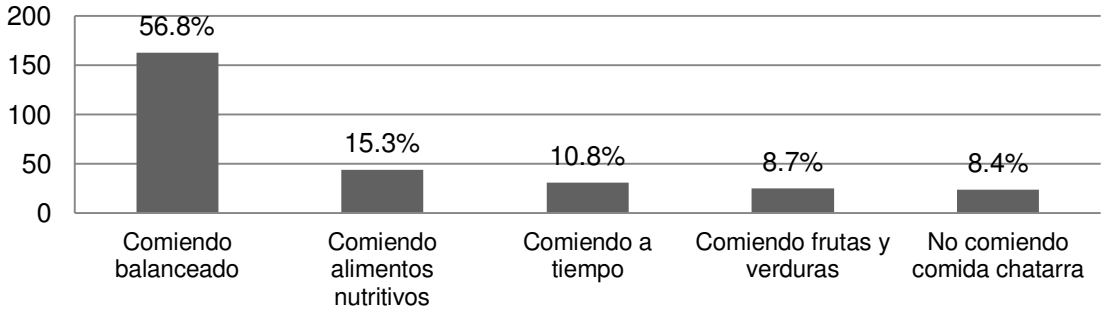


Figura 11. Medidas que tomarían para cuidar su alimentación.

En relación a la principal medida que utilizarían para cuidar su alimentación, la figura 11 muestra que sería comiendo balanceado (56.8%).

Respecto al manejo de los recursos informativos referentes a la información nutrimental de los alimentos, específicamente la tabla nutricional, el 44.1% sí sabe interpretarla y el 75.7% no la revisa al comprar alimentos.

Respecto a la preparación de sus alimentos se les preguntó el porcentaje de comida que ellos se preparan habitualmente (Figura 12) y quién era el encargado de cocinar en su casa (Figura 13).

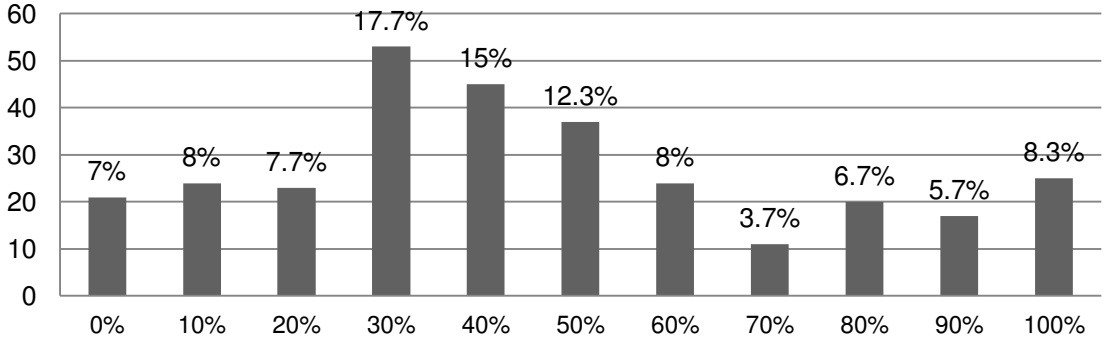


Figura 12. Porcentaje de comida que se preparan.

En la figura 12, se muestra que el 67.7% prepara menos de la mitad de los alimentos que consume y el 32.3% más del 50% de sus alimentos.

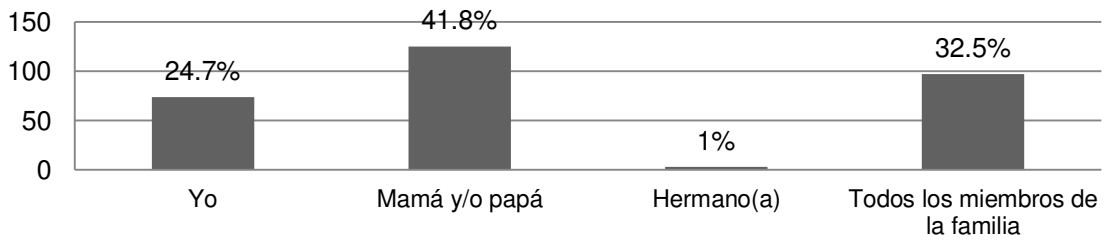


Figura 13. Encargado(s) de cocinar en casa.

En la figura 13 se muestra que los universitarios reportaron que sus padres (41.8%) son los principales responsables en la preparación de los alimentos que consumen.

A continuación revisaremos lo relacionado a las variables de actividad física y ejercicio.

Resultados de los hábitos de salud referentes a la práctica de actividad física y ejercicio

Con el objetivo de conocer las opiniones de los universitarios encuestados respecto a la práctica de ejercicio, se les preguntó el grado de importancia y la disposición para realizar este comportamiento (Figura 14).

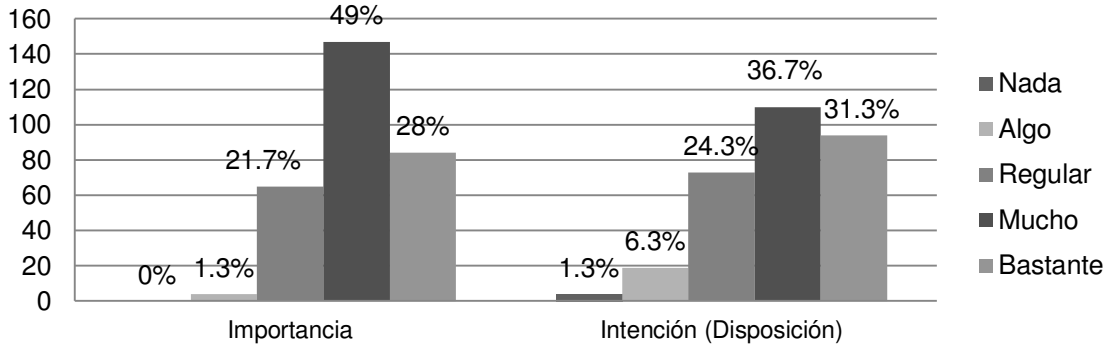


Figura 14. Importancia y disposición para la práctica de ejercicio.

En la figura 14 se muestra que el 49% de los universitarios considera al ejercicio muy importante, el 28% bastante importante; mientras que el 36.7% reportó estar muy dispuesto y el 31.3% bastante dispuesto a realizarlo.

Sin embargo, el 52% reportó no realizar ejercicio de forma regular (3 o más días a la semana), por lo que se indagó en lo concerniente a los días a la semana que se ejercitan (Figura 15).

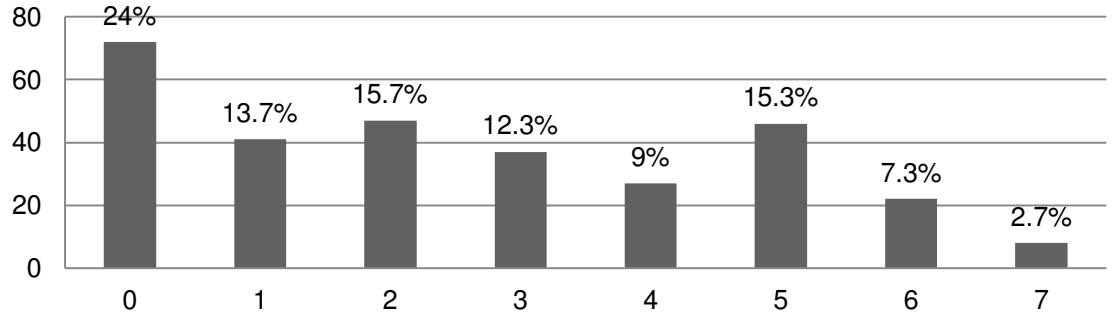


Figura 15. Días a la semana que le dedican a la práctica de ejercicio.

En la figura 15 se observa que el 24% no dedica ningún día a la práctica de esta actividad, el 15.7% que dedica 2 días y el 15.3% que dedica 5 días a la semana. Mientras que la media de días a la semana que le dedican los universitarios que sí practican ejercicio 1 o más días es de 3.38 (D.E. = 1.77).

A continuación se muestra el promedio de tiempo que le dedican a la práctica de ejercicio las personas que sí lo practican 1 o más días a la semana (Figura 16).

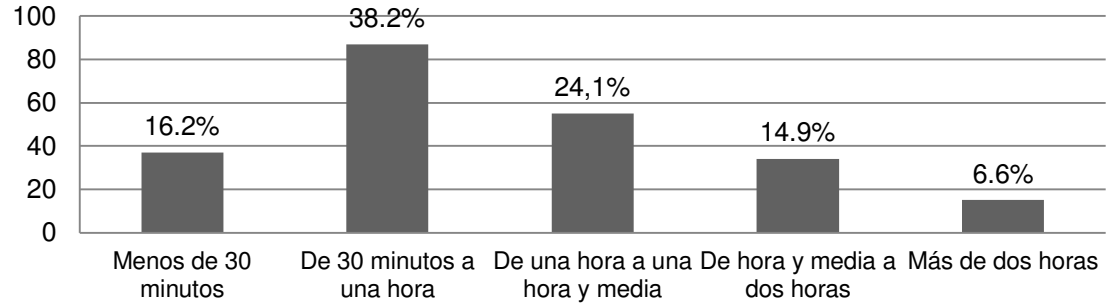


Figura 16. Tiempo promedio dedicado a la práctica de ejercicio en personas que lo practican 1 o más días a la semana.

En la figura 16, en la cuestión del tiempo que los universitarios le dedican a la práctica de ejercicio, destaca que el 16.2% le dedica menos de 30 minutos, el 38.2% de 30 minutos a una hora, el 24.1% de una hora a una hora y media, el 14.9% de una hora y media a dos horas y el 6.6% más de dos horas.

A partir de la información obtenida en las preguntas relacionadas a la cantidad de días a la semana y el tiempo promedio que le dedicaban a la práctica de ejercicio, se encontró que el 63.6% de los universitarios que se ejercita 1 o más días a la semana realiza la cantidad adecuada de ejercicio según las recomendaciones de la OMS (150 minutos o más a la semana); mientras que el 36.4% no realiza la cantidad recomendada.

Siguiendo con el aspecto de la práctica de actividad física, se indagó respecto al lugar donde regularmente practican ejercicio (Figura 17) y de qué forma lo practican (Figura 18).

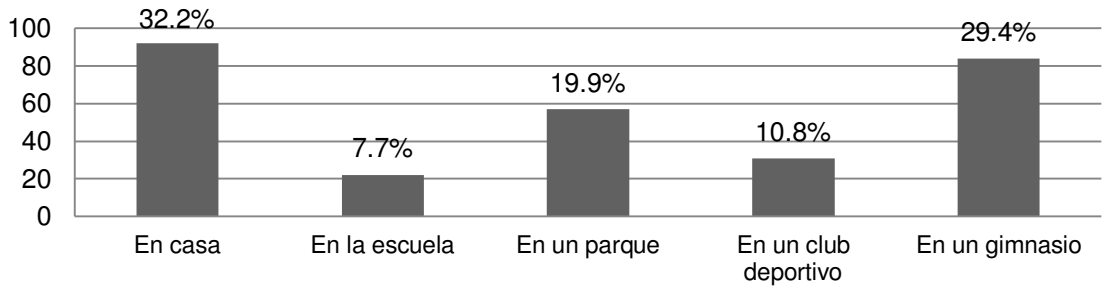


Figura 17. Lugar donde practican ejercicio.

En la figura 17 se observa que el 32.2% de los universitarios se ejercita en casa y el 29.4% en un gimnasio.

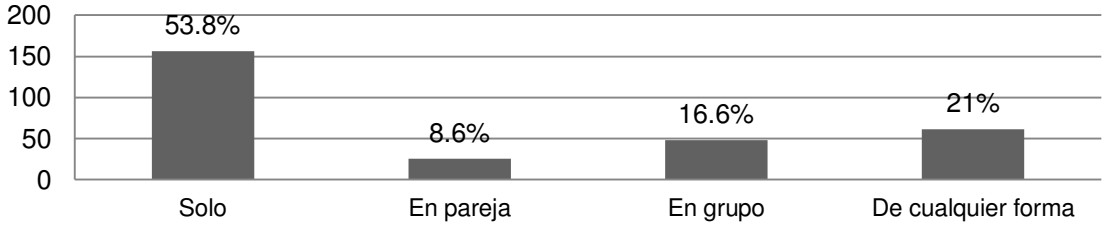


Figura 18. Forma en la que practican ejercicio.

En relación a la forma en la que practican ejercicio, la figura 18 muestra que el 53.8% de los universitarios suele ejercitarse solo.

Siguiendo con la práctica de actividad física ahora con fines competitivos, el 29% de los universitarios reportó que practica algún deporte. En la figura 19 se muestran los tipos de deportes practicados.

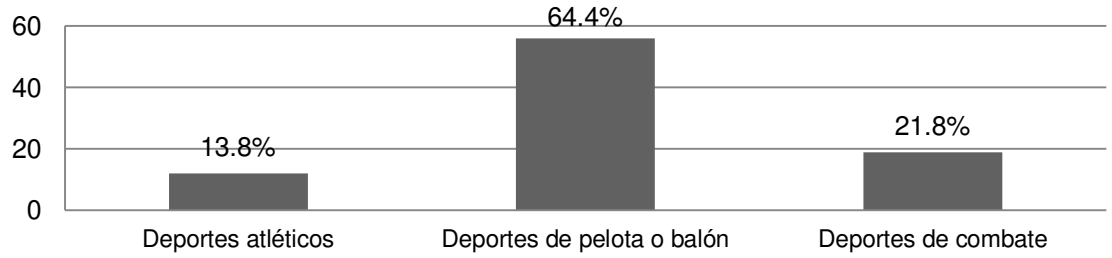


Figura 19. Tipo de deportes practicados por los universitarios.

En la figura 19 se muestra que el 64.4% de los universitarios que practican algún deporte, son de pelota o balón.

A continuación se indagará en la percepción de diferentes estereotipos de género relacionados a la práctica del ejercicio.

Estereotipos de género relacionados a la práctica del ejercicio

Primero se mostrarán las creencias respecto a la motivación en la infancia y la presión social en torno a los ideales de belleza (Figura 20).

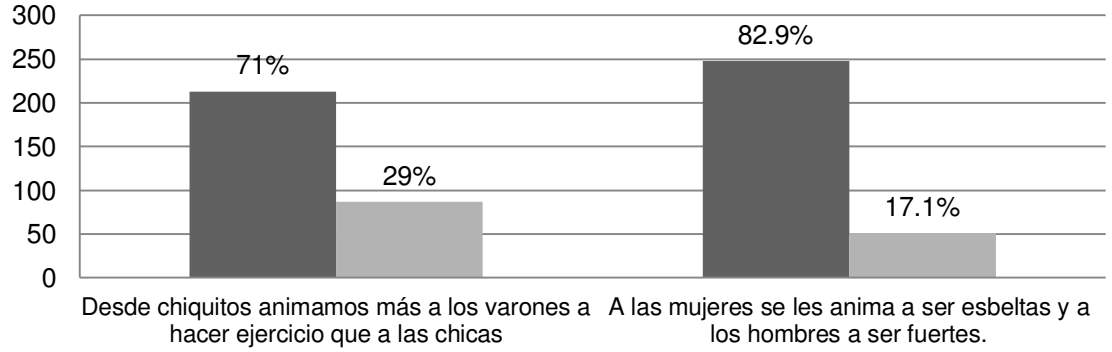


Figura 20. Creencias respecto a la motivación y presión social.

En la figura 20 se muestra que el 71% cree que desde chiquitos se anima más a los varones a hacer ejercicio que a las mujeres y el 82.7% sí piensa que a las mujeres se les anima a ser esbeltas y a los hombres a ser fuertes.

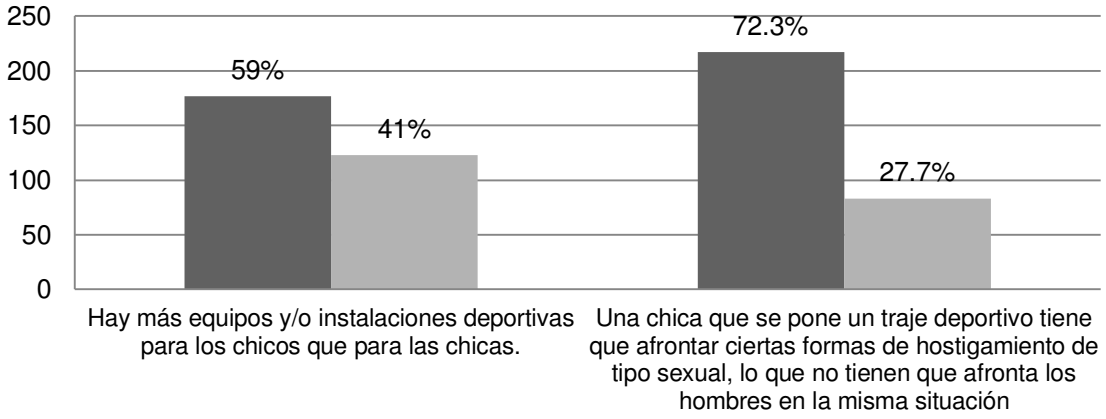


Figura 21. Creencias respecto a las instalaciones y ropa deportiva.

En la figura 21 se puede observar que el 59% de los universitarios cree que hay más equipos y/o instalaciones deportivas para los chicos que para las chicas y; el 72.3% de los universitarios cree que una chica que se pone un traje deportivo tiene que afrontar ciertas formas de hostigamiento de tipo sexual, lo que no tienen que afrontar los varones en la misma situación.

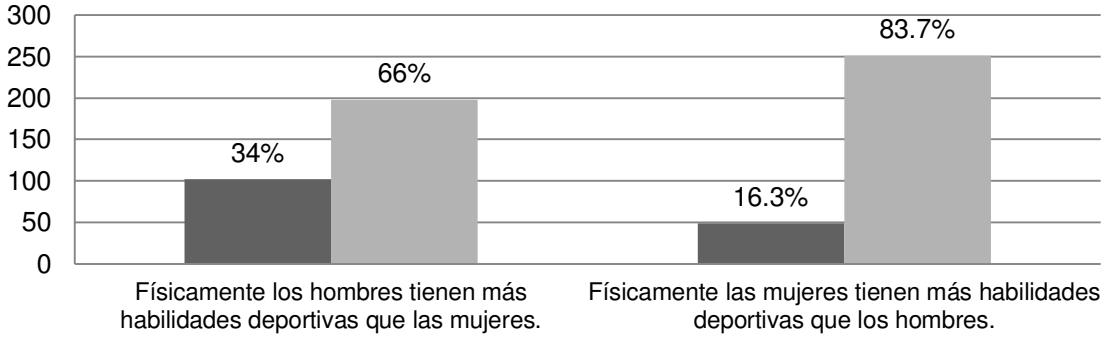


Figura 22. Creencias respecto a las habilidades deportivas.

En la figura 22 se muestra que el 66% de los universitarios no cree que los hombres tengan más habilidades deportivas que las mujeres; mientras que por el lado contrario, el 83.7% no cree que las mujeres tengan más habilidades físicas que los hombres.

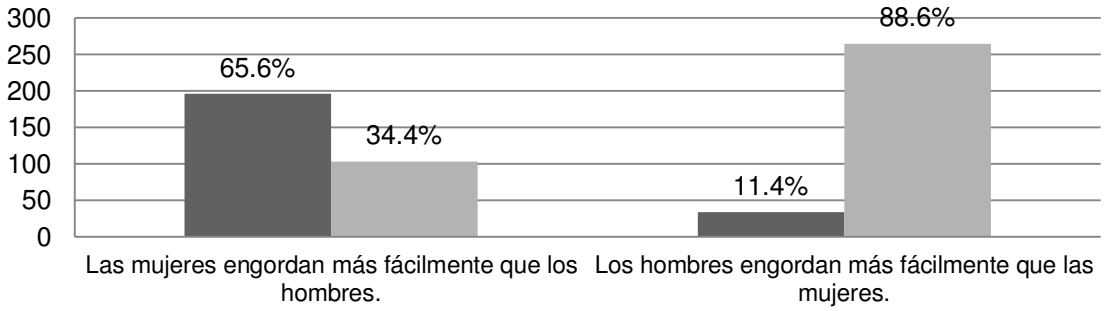


Figura 23. Creencias respecto al aumento de peso.

En la figura 23 se muestra que el 65.6% sí cree que las mujeres engordan con más facilidad que los hombres; mientras que el 88.6% no cree que son los hombres quienes engordan más fácilmente.

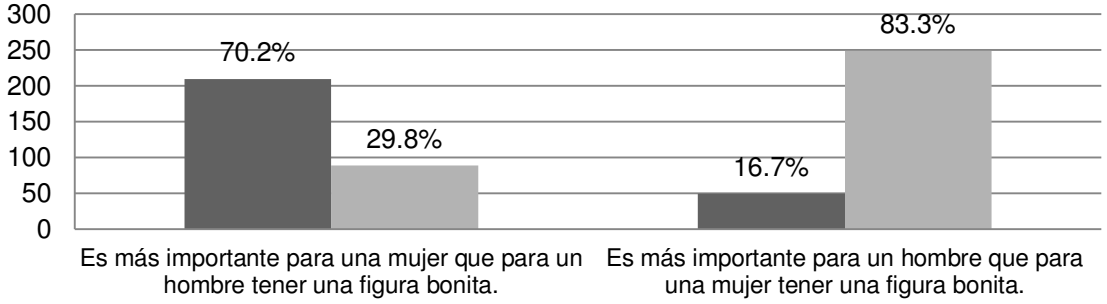


Figura 24. Creencias respecto a la importancia de tener una figura bonita.

En la figura 24 se muestra que el 70% de los universitarios cree que es más importante para una mujer que para un hombre tener una figura bonita; mientras que el 83% no cree que sea más importante para un hombre tenerla.

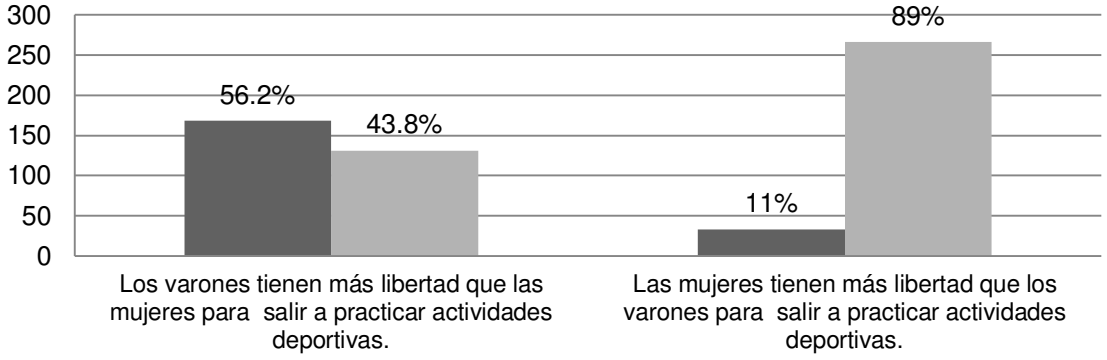


Figura 25. Creencias respecto a la libertad para salir a practicar actividades deportivas.

En la figura 25 se muestra que el 56.2% de los universitarios sí cree que los varones tienen más libertad para salir a practicar actividades deportivas; mientras que el 89% no cree que las mujeres tengan más libertad.

A continuación se mostrarán los resultados en torno al consumo de tabaco en los universitarios participantes.

Resultados de los hábitos de salud referentes al consumo de tabaco

Se le preguntó a los universitarios el grado de consumo de tabaco (Figura 26).

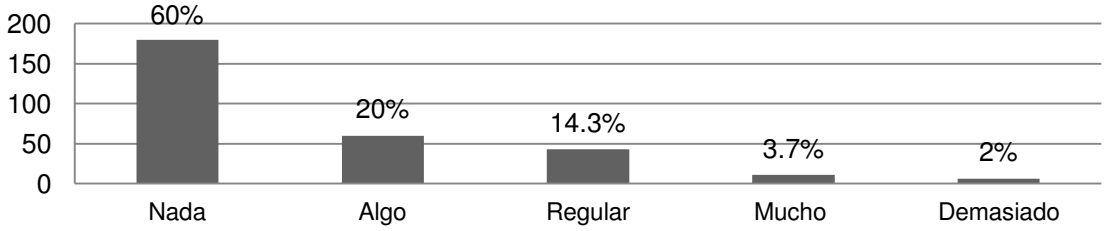


Figura 26. Grado de consumo de tabaco.

En lo relacionado al consumo de tabaco, la figura 26 muestra que el 60% de los universitarios no fuma.

La media de edad de consumo habitual en la muestra estudiada fue de 17.02 años (D.E.= 2.39). Posteriormente se indagó en la percepción que se tiene respecto al consumo de tabaco (Figura 27).

Figura 27. Percepción respecto al consumo de tabaco.
Nota: Se valoró en una escala de cinco puntos, donde el 1 indicaba que lo percibían como algo malo y el 5 como bueno).

Respecto a la percepción del consumo de tabaco, en la figura 27 se muestra que el 62.2% de los universitarios lo calificó como una conducta totalmente mala, con una media de 1.66 (D.E. = 0.98).

Para conocer respecto al papel del aspecto social en el consumo de tabaco, se indagó en la percepción del grado de riesgo de tabaquismo (Figura 28).

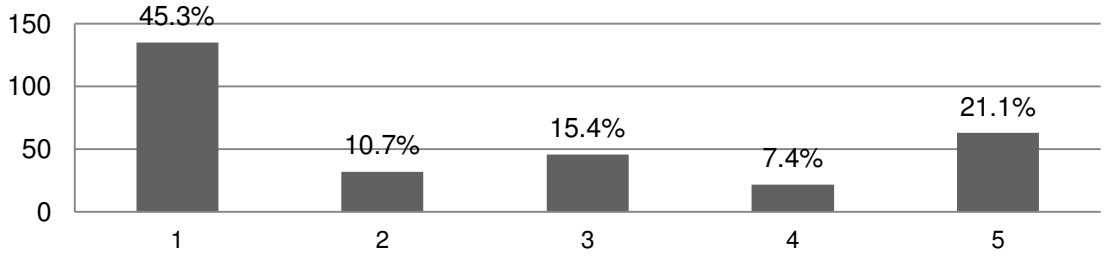


Figura 28. Grado de riesgo de tabaquismo.
Nota: Se valoró en una escala de cinco puntos, donde el 1 indicaba un riesgo bajo y el 5, riesgo alto.

En relación al grado de riesgo de tabaquismo, en la figura 28 se muestra que el 45.3% percibe un riesgo bajo, el 15.4% riesgo medio y el 21.1% riesgo alto; con una media de 2.48 (D.E.= 1.60).

Se indagó en los motivos que llevan a las personas a fumar (Tabla 8).

Tabla 8. Motivos que llevan a las personas a fumar.

	Media	D.E.
Ansiedad	3.44	1.34
Imitación	3.47	1.29
Inseguridad	2.68	1.22
Placer	3.35	1.26
Curiosidad	**3.56**	1.27
Aparentar ser mayor	3.31	1.36
Costumbre social	3.36	1.24
Modelos sociales	3.25	1.24
Problemas psicológicos y sociales	3.07	1.29
Deseo de evasión	2.58	1.20

Nota: Se evaluó mediante una escala donde 1 equivalía a “totalmente en desacuerdo” y 5 a “totalmente de acuerdo”.

En la tabla 8 se muestra que la curiosidad fue el motivo con la media más alta (3.56 D.E.= 1.27).

Se indagó respecto al grado de responsabilidad de ciertos factores para que una persona comience a consumir de tabaco (Tabla 9).

Tabla 9. Grado de responsabilidad en el inicio de consumo de tabaco.

	Media	D.E.
Los propios fumadores	**3.87**	1.33
Sus amigos	3.37	2.09
La familia	3.07	1.21
La escuela	2.84	1.19
Los gobiernos	2.28	1.20
La situación económica	2.31	1.22
La publicidad	3.03	1.38

Nota: Se evaluó mediante una escala donde 1 equivalía a "totalmente en desacuerdo" y 5 a "totalmente de acuerdo".

En la tabla 9 respecto al grado de responsabilidad que tienen ciertos elementos sobre el inicio del consumo, los propios fumadores obtuvieron la media más alta de 3.87 (D.E.= 1.33).

Siguiendo con lo concerniente al impacto del entorno en el consumo de tabaco, se les preguntó a los universitarios respecto al grado de consumo en ciertas situaciones (Figura 29).

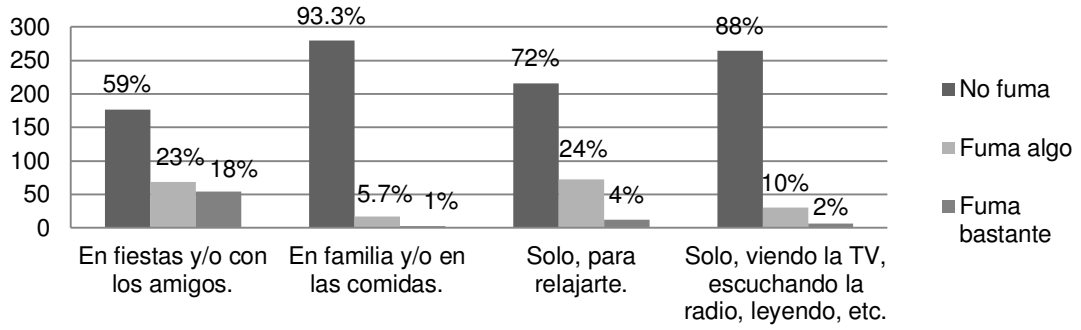


Figura 29. Grado de consumo en diferentes situaciones.

En la figura 29 se muestra que la situación en la que un mayor porcentaje reportó que no fumaba fue estando en familia y/o en las comidas (93.3%).

A continuación se mostrarán los resultados respecto al consumo de alcohol.

Resultados de los hábitos de salud referentes al consumo de alcohol

Se indagó respecto al grado de consumo de alcohol en los universitarios (Figura 30).

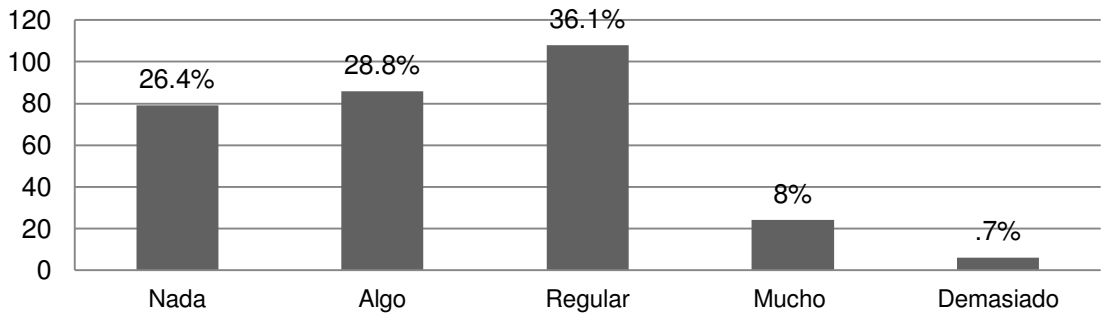


Figura 30. Grado de consumo de alcohol.

En la figura 30 se observa que el 26.4% de los universitarios encuestados no consume alcohol, el 28.8% reportó que consume algo, el 36.1% consume regular, el 8% y el .7% consumen mucho y demasiado alcohol, respectivamente.

La media de edad de inicio de consumo habitual fue de 16.99 años (D.E.= 1.98). Mientras que la percepción respecto al consumo de alcohol se muestra en la figura 31.

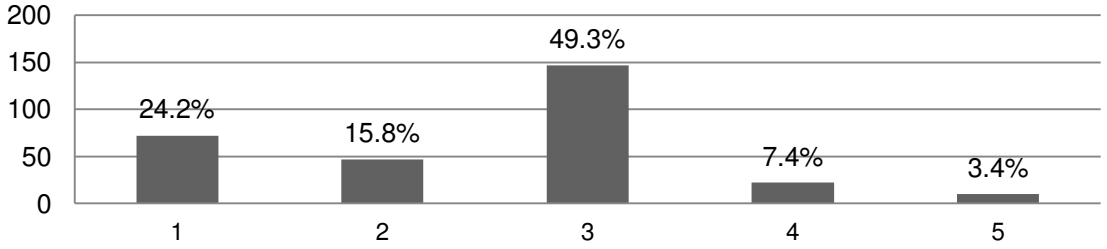


Figura 31. Percepción respecto al consumo de alcohol.
Nota: Se valoró en una escala de cinco puntos, donde el 1 indicaba que lo percibían como algo malo y el 5 como bueno.

En la figura 31 se muestra que el 49.3% de los universitarios lo percibe como una conducta que no es buena ni mala, con una media de 2.50 (D.E.= 1.04).

Mientras que respecto a la frecuencia de consumo durante el último mes, el 47.2% lo ha consumido de 1 a 3 ocasiones al mes, el 34.8% en ninguna ocasión y el 18.1% en 4 o más ocasiones al mes.

El tipo de bebidas que consumen entre semana y en fin de semana se muestra en la figura 32.

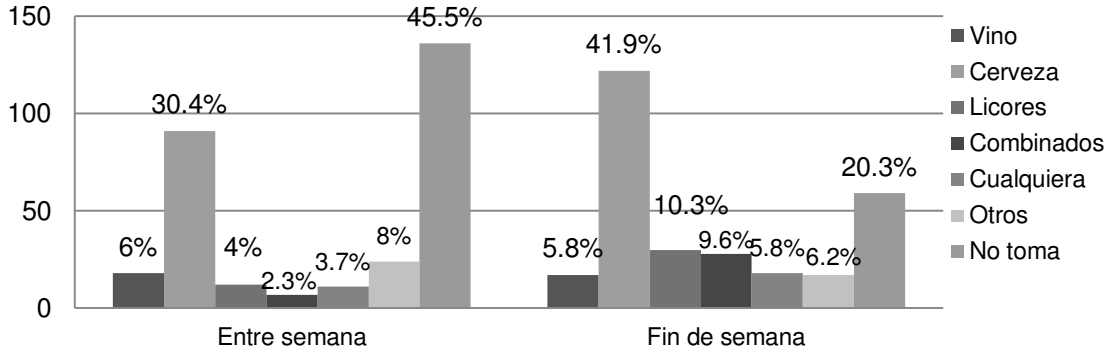


Figura 32. Tipo de bebida que consumen entre semana y en fin de semana.

En la figura 32 se observa que el 30.4% y el 41.9% consume cerveza entre semana y en fin de semana, respectivamente. Posteriormente, se les plantearon distintas situaciones para que respondieran qué tanto alcohol suelen beber en cada una de ellas (Figura 33).

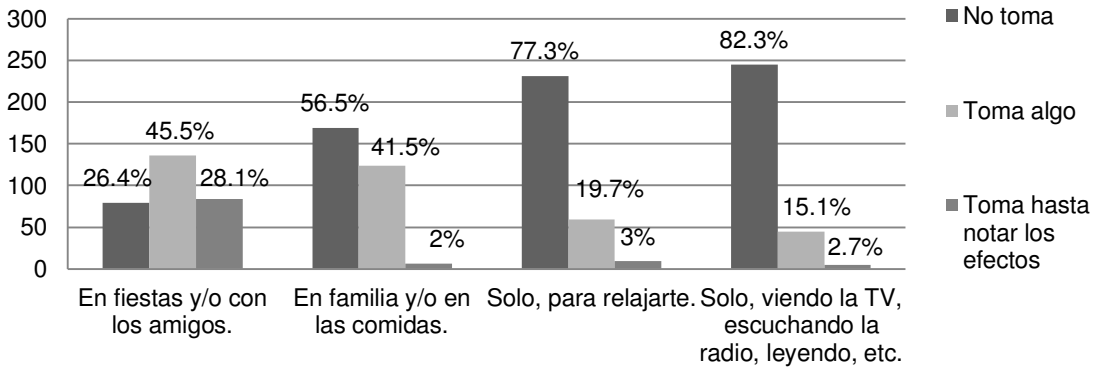


Figura 33. Grado de consumo de alcohol en diferentes situaciones.

En la figura 33 se muestra que el 45.5% toma algo en fiestas y/o con los amigos, el 41.5% estando en familia y/o en comidas, el 19.7% y el 15.1% toma algo estando solo para relajarse y estando solo, viendo la TV, escuchando la radio, leyendo, etc., respectivamente.

Respecto a la frase que mejor describe su consumo en los últimos 12 meses, el 50.2% de los universitarios considera que su consumo no ha variado,

el 32.1% que bebe menos ahora que antes y el 17.7% que bebe más ahora.

A continuación se indagó respecto a diferentes creencias concernientes al comportamiento del consumo de alcohol (Tabla 10).

Tabla 10. Medias de las creencias respecto al consumo de alcohol.

	Media	D.E.
Nos pone contentos y alegres	2.91	1.35
Hace que uno se sienta triste	2.59	1.23
Modo agradable de celebrar ocasiones especiales	3.33	1.29
Hace que las reuniones sociales sean más efusivas	2.96	1.27
Más fácil expresar sentimientos	3.23	1.30
Hacen sentir menos tímidos	3.25	1.33
Da más confianza en nosotros mismos	2.92	1.33
Es más fácil saltarse las reglas	3.42	1.34
Es más fácil tener una pelea	**3.45**	1.40
Sirve para olvidarse de los problemas	2.32	1.31
Es más difícil pensar con claridad.	3.32	1.39
Es más difícil saber lo que estamos haciendo	3.36	1.31
Es más difícil comprender lo que dicen los demás	3.21	1.29
Provoca problemas de salud	**3.94**	1.26
Es más fácil tropezar, caerse, perder el equilibrio, etc.	**3.92**	1.25
Se disfrutan más las relaciones sexuales	2.53	1.30
Ayuda a dormir mejor	2.63	1.39

Nota: Se valoró en una escala del 1 al 5, donde el 1 correspondió a estar en desacuerdo y el 5 a estar totalmente de acuerdo.

En la tabla 10 se muestra que la media más alta se obtuvo en la creencia de que el alcohol provoca problemas de salud con 3.94 (D.E. = 1.26), seguido de la mayor facilidad de tropezar, caerse, perder el equilibrio, etc. con 3.92 (D.E. = 1.25); mientras que la media más baja se obtuvo en lo relacionado a la utilidad para olvidarse de los problemas con 2.32 (D.E. = 1.31).

Para continuar con el siguiente objetivo de la investigación, se realizarán análisis comparativos de los hábitos de salud en relación a las variables IMC, sexo y estado de procedencia.

Análisis comparativos a partir de las variables de hábitos de salud

IMC y hábitos de salud

Con el objetivo de comparar el cuidado de la alimentación en relación a la variable IMC, se realizó un análisis de chi cuadrada (Tabla 11).

Tabla 11. Análisis de chi cuadrada de cuidado de la alimentación de acuerdo a la clasificación de IMC.

Clasificación IMC		¿Tú tienes una buena alimentación? Sí	No	Total
Infrapeso	Recuento	14	4	18
	% dentro de clasificación de IMC	77.8	22.2	100.0
	% dentro de ¿Tú tienes una buena alimentación?	9.2	2.7	6.0
Normopeso	Recuento	87	66	153
	% dentro de clasificación de IMC	56.9	43.1	100.0
	% dentro de ¿Tú tienes una buena alimentación?	56.9	44.9	51.0
Sobrepeso	Recuento	45	49	94
	% dentro de clasificación de IMC	47.9	52.1	100.0
	% dentro de ¿Tú tienes una buena alimentación?	29.4	33.3	31.3
Obesidad	Recuento	7	28	35
	% dentro de clasificación de IMC	20.0	80.0	100.0
	% dentro de ¿Tú tienes una buena alimentación?	4.6	19.0	11.7
Total	Recuento	153	147	300
	% dentro de clasificación de IMC	51.0	49.0	100.0
	% dentro de ¿Tú tienes una buena alimentación?	100.0	100.0	100.0

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi cuadrada de Pearson	21.097[a]	3	.000
Razón de verosimilitudes	22.318	3	.000
Asociación lineal por lineal	19.129	1	.000
N de casos válidos	300		

[a] 0 casillas (0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. la frecuencia mínima esperada es 8.82.

En la tabla 11 se observa que se encontraron diferencias significativas en cuanto al cuidado de la alimentación, ya que el 77.8% de los participantes con infrapeso, el 56.9% con normopeso, el 47.9% con sobrepeso y el 20% con obesidad reportaron tener una buena alimentación. Mientras que el 80% de los universitarios con obesidad y el 52.1% con sobrepeso no tienen una buena alimentación.

Se realizó el análisis de chi cuadrada de la práctica de ejercicio regular de acuerdo al IMC (Tabla 12).

Tabla 12. Análisis de chi cuadrada de la práctica de ejercicio de acuerdo a la clasificación del IMC.

		¿Haces ejercicio regularmente?		
Clasificación IMC		Sí	No	Total
Infrapeso	Recuento	9	9	18
	% dentro de clasificación de IMC	50.0	50.0	100.0
	% dentro de ¿haces ejercicio?	6.3	5.8	6.0
Normopeso	Recuento	81	72	153
	% dentro de clasificación de IMC	52.9	47.1	100.0
	% dentro de ¿haces ejercicio?	56.3	46.2	51.0
Sobrepeso	Recuento	41	53	94
	% dentro de clasificación de IMC	43.6	56.4	100.0
	% dentro de ¿haces ejercicio?	28.5	34.0	31.3
Obesidad	Recuento	13	22	35
	% dentro de clasificación de IMC	37.1	62.9	100.0
	% dentro de ¿haces ejercicio?	9.0	14.1	11.7
Total	Recuento	144	156	300
	% dentro de IMC	48.0	52.0	100.0
	% dentro de ¿haces ejercicio?	100.0	100.0	100.0

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi cuadrada de Pearson	3.902[a]	3	.272
Razón de verosimilitudes	3.926	3	.270
Asociación lineal por lineal	3.220	1	.073
N de casos válidos	300		

[a] 0 casillas (0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. la frecuencia mínima esperada es 8.64.

En la tabla 12 se muestra que no se presentaron diferencias significativas entre la práctica regular del ejercicio y el IMC de los universitarios encuestados. El 50% de las personas con infrapeso, el 52.9% de los que están en normopeso, el 43.6% de los que presentan sobrepeso y el 37.1% de las personas con obesidad sí practican ejercicio en forma regular.

A continuación se muestran los análisis de chi cuadrada del consumo de tabaco en torno a la variable IMC (Tabla 13), se recategorizó la variable del grado de consumo de tabaco a sólo dos opciones: sí o no se consume.

Tabla 13. Análisis de chi cuadrada del consumo de tabaco de acuerdo a la clasificación de IMC.

		¿Tú fumas?		
Clasificación IMC		Sí	No	Total
Infrapeso	Recuento	7	11	18
	% dentro de clasificación de IMC	38.9	61.1	100.0
	% dentro de ¿tú fumas?	5.8	6.1	6.0
Normopeso	Recuento	58	95	153
	% dentro de clasificación de IMC	37.9	62.1	100.0
	% dentro de ¿tú fumas?	48.3	52.8	51.0
Sobrepeso	Recuento	40	54	94
	% dentro de clasificación de IMC	42.6	57.4	100.0
	% dentro de ¿tú fumas?	33.3	30.0	31.3
Obesidad	Recuento	15	20	35
	% dentro de clasificación de IMC	42.9	57.1	100.0
	% dentro de ¿tú fumas?	12.5	11.1	11.7
Total	Recuento	120	180	300
	% dentro de IMC	40.0	60.0	100.0
	% dentro de ¿tú fumas?	100.0	100.0	100.0

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi cuadrada de Pearson	.662[a]	3	.882
Razón de verosimilitudes	.662	3	.882
Asociación lineal por lineal	.486	1	.486
N de casos válidos	300		

[a] 0 casillas (0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. la frecuencia mínima esperada es 7.20.

En la tabla 13 se muestra que no se presentaron diferencias significativas entre el consumo de tabaco y el IMC de los universitarios, donde el 61.1% de los universitarios con infrapeso, el 62.1% con normopeso, el 57.4% con sobrepeso y el 57.1% con obesidad no fuman.

A continuación se muestran los análisis de chi cuadrada del consumo de alcohol (Tabla 14), se recategorizó la variable del grado de consumo de alcohol a sólo dos opciones: sí o no se consume.

Tabla 14. Análisis de chi cuadrada del consumo de alcohol de acuerdo a la clasificación de IMC.

		¿Tomas?		
Clasificación IMC		Sí	No	Total
Infrapeso	Recuento	11	7	18
	% dentro de clasificación de IMC	61.1	38.9	100.0
	% dentro de ¿tú fumas?	5.0	8.9	6.0
Normopeso	Recuento	116	36	152
	% dentro de clasificación de IMC	76.3	23.7	100.0
	% dentro de ¿tú fumas?	52.7	45.6	50.8
Sobrepeso	Recuento	69	25	94
	% dentro de clasificación de IMC	73.4	26.6	100..0
	% dentro de ¿tú fumas?	31.4	31.6	31.4
Obesidad	Recuento	24	11	35
	% dentro de clasificación de IMC	68.6	31.4	100.0
	% dentro de ¿tú fumas?	10.9	13.9	11.7
Total	Recuento	220	79	299
	% dentro de IMC	73.6	26.4	100.0
	% dentro de ¿tú fumas?	100.0	100.0	100.0

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi cuadrada de Pearson	2.478[a]	3	.479
Razón de verosimilitudes	2.363	3	.501
Asociación lineal por lineal	.059	1	.810
N de casos válidos	299		

[a] 1 casillas (12.5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. la frecuencia mínima esperada es 4.76.

En la tabla 14 se muestra que no se presentaron diferencias significativas entre el consumo de alcohol y el IMC de los universitarios, donde el 38.9% de los universitarios con infrapeso, el 23.7% con normopeso, el 26.6% con sobrepeso y el 31.4% con obesidad no toman.

Sexo y hábitos de salud

Retomando el aspecto del cuidado de la alimentación, se realizó la comparación por sexo (Tabla 15).

Tabla 15. Análisis de chi cuadrada de cuidado de la alimentación de acuerdo al sexo.

		¿Tú tienes una buena alimentación?		
Sexo		Sí	No	Total
Hombre	Recuento	61	71	132
	% dentro de sexo	46.2	53.8	100.0
	% dentro de ¿Tú tienes una buena alimentación?	39.9	48.3	44.0
Mujer	Recuento	92	76	168
	% dentro de sexo	54.8	45.2	100.0
	% dentro de ¿Tú tienes una buena alimentación?	60.1	51.7	56.0
Total	Recuento	153	147	300
	% dentro de sexo	51.0	49.0	100.0
	% dentro de ¿Tú tienes una buena alimentación?	100.0	100.0	100.0

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi cuadrada de Pearson	2.162[a]	1	.141		
Corrección por continuidad[b]	1.834	1	.176		
Razón de verosimilitudes	2.164	1	.141		
Estadístico exacto de Fisher				.163	.088
Asociación lineal por lineal	2.155	1	.142		
N de casos válidos	300				

[a] 0 casillas (0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. la frecuencia mínima esperada es 64.68.
[b] Calculado sólo para una tabla de 2x2.

La tabla 15 muestra que no se encontraron diferencias significativas respecto al cuidado de la alimentación entre hombres y mujeres, donde el 46.2% de los hombres y el 54.8% de las mujeres sí tienen una buena alimentación.

A continuación se muestran los resultados de acuerdo a la práctica regular de ejercicio (Tabla 16).

Tabla 16. Análisis de chi cuadrada de la práctica de ejercicio respecto a la variable sexo.

		¿Haces ejercicio regularmente?		
Sexo		Sí	No	Total
Hombre	Recuento	65	67	132
	% dentro de sexo	49.2	50.8	100.0
	% dentro de ¿haces ejercicio en forma regular?	45.1	42.9	44.0
Mujer	Recuento	79	89	168
	% dentro de sexo	47.0	53.0	100.0
	% dentro de ¿haces ejercicio en forma regular?	54.9	57.1	56.0
Total	Recuento	144	156	168
	% dentro de sexo	48.0	52.0	100.0
	% dentro de ¿haces ejercicio en forma regular?	100.0	100.0	100.0

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi cuadrada de Pearson	.146[a]	1	.703		
Corrección por continuidad[b]	.070	1	.791		
Razón de verosimilitudes	.146	1	.703		
Estadístico exacto de Fisher	.			.728	.395
Asociación lineal por lineal	145	1	.703		
N de casos válidos	300				

[a] 0 casillas (0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. la frecuencia mínima esperada es 48.00.

En la tabla 16 se muestra que no se presentaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en relación a la práctica de ejercicio de forma regular. El 50.8% de los hombres y el 53% de las mujeres no lo practican regularmente.

En la tabla 17 se muestran los resultados respecto al consumo de tabaco.

Tabla 17. Análisis de chi cuadrada del consumo de tabaco de acuerdo al sexo.

		¿Tú fumas?		
Sexo		Sí	No	Total
Hombre	Recuento	56	76	132
	% dentro de sexo	42.4	57.8	100.0
	% dentro de ¿tú fumas?	46.7	42.2	44.0
Mujer	Recuento	64	104	168
	% dentro de sexo	38.1	61.9	100.0
	% dentro de ¿tú fumas?	53.3	57.8	56.0
Total	Recuento	120	180	300
	% dentro de sexo	40.0	60.0	100.0
	% dentro de ¿tú fumas?	100.0	100.0	100.0

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi cuadrada de Pearson	.577[a]	1	.447		
Corrección por continuidad[b]	.411	1	.522		
Razón de verosimilitudes	.577	1	.448		
Estadístico exacto de Fisher				.477	.261
Asociación lineal por lineal	.575	1	.448		
N de casos válidos	300				

[a] 0 casillas (0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. la frecuencia mínima esperada es 52.80.

Respecto al consumo de tabaco en hombres y mujeres, la tabla 17 muestra que no se presentaron diferencias significativas en relación al sexo, ya que el 42.4% de los hombres y el 38.1% de las mujeres fuma.

A continuación se muestran los resultados del consumo de alcohol de acuerdo al sexo (Tabla 18).

Tabla 18. Análisis de chi cuadrada del consumo de alcohol de acuerdo al sexo.

Sexo		¿Tomas? Sí	¿Tomas? No	Total
Hombre	Recuento	100	32	132
	% dentro de sexo	75.8	24.2	100.0
	% dentro de ¿tú tomas?	45.5	40.5	44.1
Mujer	Recuento	120	47	167
	% dentro de sexo	71.9	28.1	100.0
	% dentro de ¿tú tomas?	54.5	59.5	55.9
Total	Recuento	220	79	299
	% dentro de sexo	73.6	26.4	100.0
	% dentro de ¿tú tomas?	100.0	100.0	100.0

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi cuadrada de Pearson	.577[a]	1	.447		
Corrección por continuidad[b]	.394	1	.530		
Razón de verosimilitudes	.580	1	.446		
Estadístico exacto de Fisher				.509	.266
Asociación lineal por lineal	.575	1	.448		
N de casos válidos	299				

[a] 0 casillas (0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. la frecuencia mínima esperada es 34.88.

Respecto al consumo de alcohol en hombres y mujeres, la tabla 18 muestra que no se presentaron diferencias significativas en relación al sexo, ya que el 75.8% de los hombres y el 71.9% de las mujeres toma.

Estado de procedencia y hábitos de salud

Se procedió a realizar la comparación de la práctica de una buena alimentación por estado de procedencia, a continuación se muestran los resultados (Tabla 19).

Tabla 19. Análisis de chi cuadrada de cuidado de la alimentación de acuerdo al estado de procedencia.

Estado de procedencia		¿Tú tienes una buena alimentación? Sí	No	Total
Nuevo León	Recuento	50	50	100
	% dentro de estado	50.0	50.0	100.0
	% dentro de ¿Tú tienes una buena alimentación?	32.7	34.0	33.3
Coahuila	Recuento	47	53	100
	% dentro de estado	47.0	53.0	100.0
	% dentro de ¿Tú tienes una buena alimentación?	30.7	36.1	33.3
Tamaulipas	Recuento	56	44	100
	% dentro de estado	56.0	44.0	100.0
	% dentro de ¿Tú tienes una buena alimentación?	36.6	29.9	33.3
Total	Recuento	153	147	300
	% dentro de estado	51.0	49.0	100.0
	% dentro de ¿Tú tienes una buena alimentación?	100.0	100.0	100.0

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi cuadrada de Pearson	1.681[a]	2	.432
Razón de verosimilitudes	1.684	2	.431
Asociación lineal por lineal	.718	1	.397
N de casos válidos	300		

[a] 0 casillas (0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. la frecuencia mínima esperada es 49.00.

En la tabla 19 se muestra que no se encontraron diferencias significativas en el cuidado de la alimentación respecto a la variable estado de procedencia, ya que en Nuevo León el 50% reportó tener una buena alimentación, mientras que en Coahuila fue el 47% y en Tamaulipas, el 56%.

A continuación se muestran los análisis comparativos en relación a la práctica de actividad física y ejercicio (Tabla 20).

Tabla 20. Análisis de chi cuadrada de la práctica de ejercicio de acuerdo al estado de procedencia.

Estado de procedencia		¿Haces ejercicio regularmente? Sí	No	Total
Nuevo León	Recuento	44	56	100
	% dentro de estado	44.0	56.0	100.0
	% dentro de ¿haces ejercicio en forma regular?	30.6	35.9	33.3
Coahuila	Recuento	52	48	100
	% dentro de estado	52.0	48.0	100.0
	% dentro de ¿haces ejercicio en forma regular?	36.1	30.8	33.3
Tamaulipas	Recuento	48	52	100
	% dentro de estado	48.0	52.0	100.0
	% dentro de ¿haces ejercicio en forma regular?	33.3	33.3	33.3
Total	Recuento	144	156	300
	% dentro de estado	48.0	52.0	100.0
	% dentro de ¿haces ejercicio en forma regular?	100.0	100.0	100.0

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi cuadrada de Pearson	1.282[a]	2	.527
Razón de verosimilitudes	1.283	2	.526
Asociación lineal por lineal	.319	1	.572
N de casos válidos	300		

[a] 0 casillas (0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. la frecuencia mínima esperada es 48.00.

En la tabla 20 se muestra que no se presentaron diferencias significativas entre entidades federativas en relación a la variable de práctica de ejercicio,

donde el 44% de los neoloneses, el 52% de los coahuilenses y el 48% de los tamaulipecos sí hacen ejercicio regularmente.

A continuación se mostrarán los análisis comparativos en relación al consumo de tabaco (Tabla 21).

Tabla 21. Análisis de chi cuadrada del consumo de tabaco de acuerdo al estado de procedencia.

Estado de procedencia		¿Fumas? Sí	¿Fumas? No	Total
Nuevo León	Recuento	37	63	100
	% dentro de estado	37.0	63.0	100.0
	% dentro de ¿tú fumas?	30.8	35.0	33.3
Coahuila	Recuento	50	50	100
	% dentro de estado	50.0	50.0	100.0
	% dentro de ¿tú fumas?	41.7	27.8	33.3
Tamaulipas	Recuento	33	67	100
	% dentro de estado	33.0	67.0	100.0
	% dentro de ¿tú fumas?	27.5	37.2	33.3
Total	Recuento	120	180	300
	% dentro de estado	40.0	60.0	100.0
	% dentro de ¿tú fumas?	100.0	100.0	100.0

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi cuadrada de Pearson	6.583[a]	2	.037
Razón de verosimilitudes	6.551	2	.038
Asociación lineal por lineal	.332	1	.564
N de casos válidos	300		

[a] 0 casillas (0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. la frecuencia mínima esperada es 40.00.

En la tabla 21 se puede observar que sí se presentaron diferencias significativas en el consumo de tabaco en relación a la variable estado de procedencia. El 37% de los neoloneses, el 50% de los coahuilenses y el 33% de los tamaulipecos consume tabaco.

A continuación se muestran los análisis comparativos en torno al consumo de alcohol (Tabla 22).

Tabla 22. Análisis de chi cuadrada del consumo de alcohol de acuerdo al estado de procedencia.

Estado de procedencia		¿Tomas? Sí	¿Tomas? No	Total
Nuevo León	Recuento	63	37	100
	% dentro de estado	63.0	37.0	100.0
	% dentro de ¿tú fumas?	28.6	46.8	33.4
Coahuila	Recuento	89	11	100
	% dentro de estado	89.0	11.0	100.0
	% dentro de ¿tú fumas?	40.5	13.9	33.4
Tamaulipas	Recuento	68	31	100
	% dentro de estado	68.7	31.3	100.0
	% dentro de ¿tú fumas?	30.9	39.2	33.1
Total	Recuento	220	79	300
	% dentro de estado	73.6	26.4	100.0
	% dentro de ¿tú fumas?	100.0	100.0	100.0

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi cuadrada de Pearson	19.208[a]	2	.000
Razón de verosimilitudes	21.129	2	.000
Asociación lineal por lineal	.848	1	.357
N de casos válidos	299		

[a] 0 casillas (0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. la frecuencia mínima esperada es 26.16.

En la tabla 22 se muestra que sí se encontraron diferencias significativas en el consumo de alcohol de acuerdo al estado de procedencia, donde el 63% de los neoloneses, el 89% de los coahuilenses y el 68.7% de los tamaulipecos consumen alcohol.

Imagen corporal

Para conocer respecto a la percepción de la imagen corporal, se les mostraron 7 siluetas a los participantes, que iban desde muy delgado a muy obeso, y se les pidió que se ubicaran en la silueta que concordaba con la manera en la que pensaban que se veían en ese momento (yo real), la manera en la que les gustaría verse (yo ideal) y la manera en la que pensaban que se veían sus compañeros del curso (Figura 34).

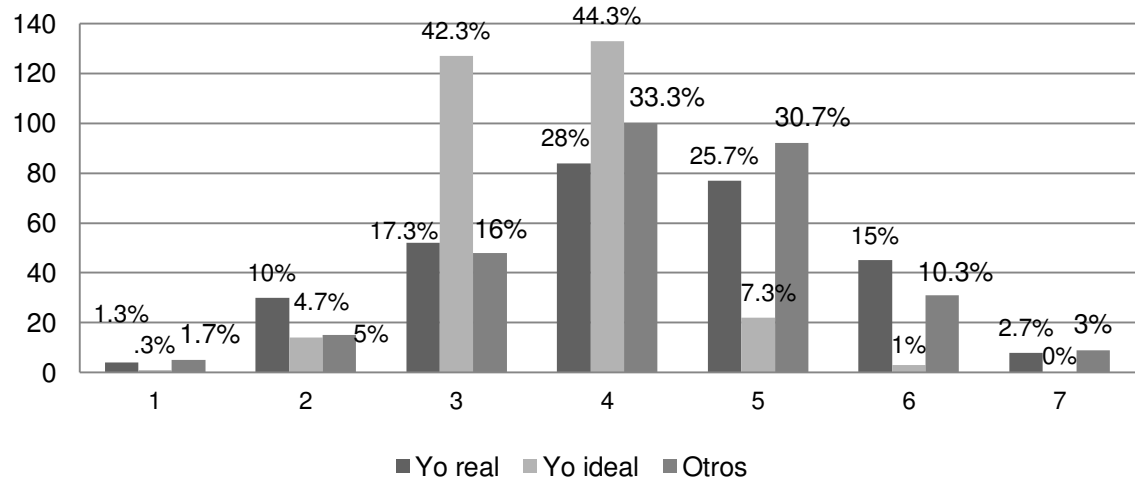


Figura 34. Imagen corporal, según las siete siluetas.

En la figura 34 se muestra que en lo concerniente al yo real el 28% y al yo ideal el 44.3% se ubicó en la silueta que correspondería a peso normal. Mientras que en lo relacionado a la manera en la que ven a los compañeros de su escuela, el 33.3% los ubicó en normopeso.

Con la información obtenida en las siluetas, se realizó la resta del yo real menos el yo ideal para abordar la cuestión de satisfacción o insatisfacción con la imagen corporal (Figura 35).

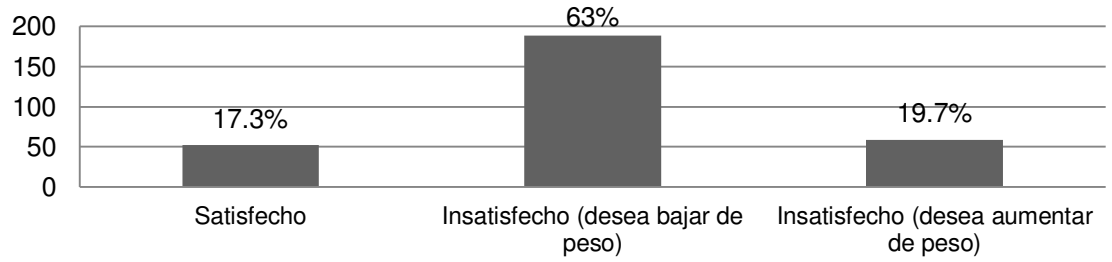


Figura 35. Satisfacción o insatisfacción respecto a la imagen corporal, según siluetas.

En la figura 35 se muestra que sólo el 17.3% está satisfecho con su imagen corporal, aunque el 63% está insatisfecho porque le gustaría bajar de peso, y el 19.7% desearía aumentarlo.

Respecto a la complexión percibida por los universitarios, a continuación se muestran los resultados (Figura 36).

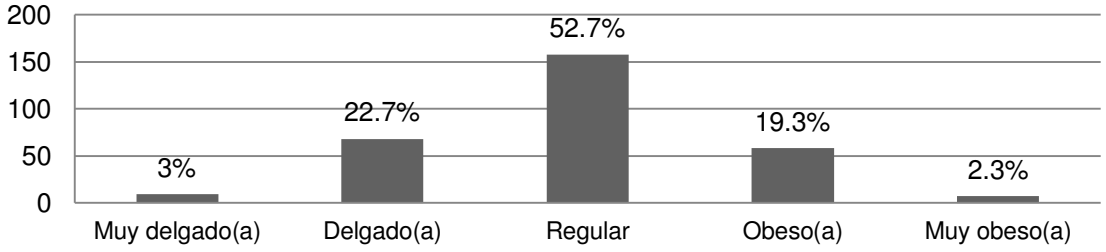


Figura 36. Complexión percibida por los universitarios.

En la figura 36 se muestra que el 52.7% de los universitarios se percibe con una complexión regular, el 22.7% como delgado, el 19.3% como obeso, el 3% como muy delgado y el 2.3% como muy obeso.

El 77% de los estudiantes se reportó preocupado por engordar, mientras que el 33% no lo estuvo. El 66.7% desea cambiar alguna parte de su cuerpo.

Para obtener más información al respecto, se les preguntó cuál(es) partes de su figura les gustaría cambiar (Tabla 23).

Tabla 23. Partes de su figura que les gustaría cambiar.

¿Cuál(es) parte(s) de tu figura te gustaría cambiar?	Frec.	%	% válido	% acumulado
Partes de la cara (Nariz, cachetes, cutis)	6	2.0	2.0	2.0
Espalda	1	.3	.3	2.3
Pecho	4	1.3	1.4	3.7
Brazos	7	2.3	2.4	6.1
Cintura	2	.7	.7	6.8
Cadera	5	1.7	1.7	8.5
Abdomen	**86**	28.7	29.1	37.6
Brazos y abdomen	15	5.0	5.1	42.7
Piernas y abdomen	16	5.3	5.4	48.1
Abdomen y glúteos	4	1.3	1.4	49.5
Brazos y piernas	6	2.0	2.0	51.5
Glúteos	4	1.3	1.4	52.9
Piernas	14	4.7	4.7	57.6
Otros	1	.3	.3	57.9
Todo	33	11.0	11.1	69.0
Ninguna	**92**	30.7	31.0	100.0

De acuerdo a la información mostrada en la tabla 23, al 31% de los universitarios no les gustaría cambiar alguna parte de su cuerpo, y al 29.1% le gustaría cambiar sólo su abdomen.

Posteriormente se indagó en la manera en la que les gustaría cambiar su figura (Figura 37).

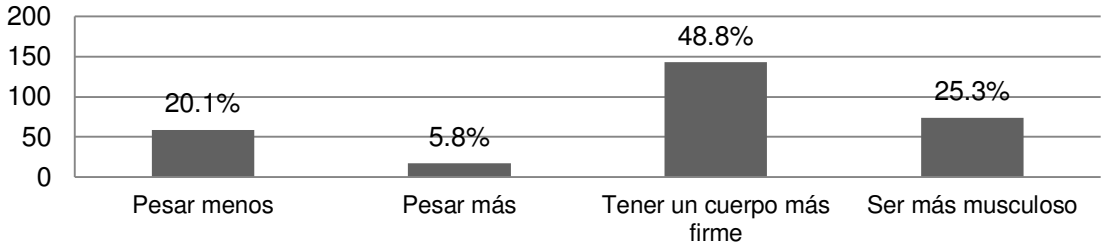


Figura 37. Elemento que les gustaría cambiar su figura.

En la figura 37 se muestra que al 48.8% le gustaría tener un cuerpo más firme, al 25.3% ser más musculoso, al 20.1% pesar menos y al 5.8% pesar más.

A continuación se preguntó respecto a la práctica de los comportamientos orientados a la disminución de peso (Figura 38).

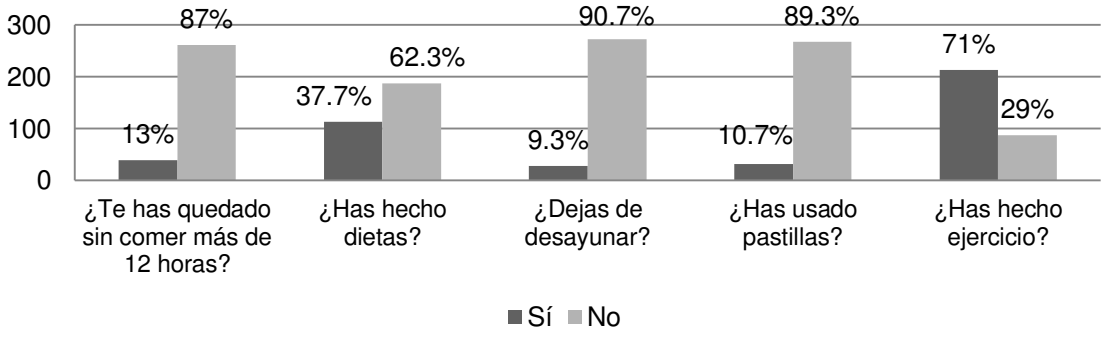


Figura 38. Comportamientos adoptados para bajar de peso.

En la figura 38 se puede observar que los comportamientos que más se ha realizado con el objetivo de bajar de peso es la práctica de ejercicio (71%) y el uso de dietas (37.7%).

Análisis comparativos de la percepción de la imagen corporal

A continuación se muestra el análisis de chi cuadrada de la satisfacción con la imagen corporal de acuerdo a la clasificación de IMC (Tabla 24).

Tabla 24. Análisis de chi cuadrada de la satisfacción con la imagen corporal de acuerdo a la clasificación de IMC.

Clasificación IMC		Imagen corporal Satisfecho	Insatisfecho	Total
Infrapeso	Recuento	5	13	18
	% dentro de clasificación de IMC	27.8	72.2	100.0
	% dentro de satisfacción con la imagen corporal	9.6	5.2	6.0
Normopeso	Recuento	32	121	153
	% dentro de clasificación de IMC	20.9	79.1	100.0
	% dentro de satisfacción con la imagen corporal	61.5	48.8	51.0
Sobrepeso	Recuento	14	80	94
	% dentro de clasificación de IMC	14.9	85.1	100.0
	% dentro de satisfacción con la imagen corporal	26.9	32.3	31.3
Obesidad	Recuento	1	34	35
	% dentro de clasificación de IMC	2.9	97.1	100.0
	% dentro de satisfacción con la imagen corporal	1.9	13.7	11.7
Total	Recuento	52	248	300
	% dentro de IMC	17.3	82.7	100.0
	% dentro de satisfacción con la imagen corporal	100.0	100.0	100.0

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi cuadrada de Pearson	8.249[a]	3	.041
Razón de verosimilitudes	10.280	3	.016
Asociación lineal por lineal	7.868	1	.005
N de casos válidos	300		

[a] 1 casillas (12.5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. la frecuencia mínima esperada es 3.12.

En la tabla 24 se muestra que sí se presentaron diferencias significativas entre la satisfacción o insatisfacción con la imagen corporal respecto a la

variable IMC; donde el 48.8% de los universitarios insatisfechos presentaron un peso normal.

Se procedió a realizar la comparación de acuerdo al sexo (Tabla 25).

Tabla 25. Análisis de chi cuadrada de la satisfacción con la imagen corporal de acuerdo al sexo.

Sexo		Imagen corporal		Total
		Satisfecho	Insatisfecho	
Hombre	Recuento	30	102	132
	% dentro de sexo	22.7	77.3	100.0
	% dentro de satisfacción con la imagen corporal	57.7	41.1	44.0
Mujer	Recuento	22	146	168
	% dentro de sexo	13.1	86.9	100.0
	% dentro de satisfacción con la imagen corporal	42.3	58.9	56.0
Total	Recuento	52	248	300
	% dentro de sexo	17.3	82.7	100.0
	% dentro de satisfacción con la imagen corporal	100.0	100.0	100.0

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi cuadrada de Pearson	4.786 [a]	1	.029		
Corrección por continuidad[b]	4.138	1	.042		
Razón de verosimilitudes	4.753	1	.029		
Estadístico exacto de Fisher				.032	.021
Asociación lineal por lineal	4.770	1	.029		
N de casos válidos	300				

[a] 0 casillas (0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. la frecuencia mínima esperada es 22.88.

Respecto a la insatisfacción o insatisfacción con la imagen corporal, la tabla 25 muestra que se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, ya que el 58.9% de las mujeres y el 41.1% de los hombres presentaron insatisfacción con la imagen corporal.

Debido a las diferencias encontradas, se hicieron pruebas de normalidad para analizar las diferencias entre hombres y mujeres en relación a las variables: La manera en la que tú piensas que te ves en este momento (Yo real), la manera en la que a ti te gustaría verte (Yo ideal) y la manera en la que piensas que la mayoría de los chicos de tu escuela se ven (Comparación con los otros) (Tabla 26).

Tabla 26. Análisis de normalidad de las variables "Yo real", "Yo ideal" y la "Comparación con los otros" de acuerdo al sexo.

	Sexo	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk.		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Yo real	Hombre	.157	132	.000	.929	132	.000
	Mujer	.152	168	.000	.942	168	.000
Yo ideal	Hombre	.303	132	.000	.816	132	.000
	Mujer	.273	168	.000	.853	168	.000
Comparación con los otros	Hombre	.180	132	.000	.927	132	.000
	Mujer	.186	168	.000	.934	168	.000

En la tabla 26 se observa que no hay normalidad en ninguna de las tres variables de acuerdo al sexo, por lo que se procedió a realizar la prueba no paramétrica de la U de Mann-Whitney (Tabla 27).

Tabla 27. Prueba de Mann-Whitney de las variables "Yo real", "Yo ideal" y la "Comparación con los otros" de acuerdo al sexo.

	Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos
Yo real	Hombre	132	131.12	17307.50
	Mujer	168	165.73	27842.50
	Total	300		
Yo ideal	Hombre	132	160.50	21185.50
	Mujer	168	142.65	23964.50
	Total	300		
Comparación con los otros	Hombre	132	150.83	19909.50
	Mujer	168	150.24	25240.50
	Total	300		

	Yo real	Yo ideal	Comparación con los otros
U de Mann-Whitney	8529.500	9768.500	11044.500
W de Wilcoxon	17307.500	23964.500	25240.500
Z	-3.517	-1-934	-.061
Sig. asintót. (bilateral)	.000	.053	.952

De acuerdo a lo reportado en la tabla 27, se muestra que la percepción del yo real en hombres y mujeres es diferente, siendo el rango promedio más bajo en los hombres; en la cuestión del yo ideal no se encontraron diferencias significativas, yse puede observar que el rango promedio es más alto en hombres; mientras que en la comparación con los otros, no se presentaron diferencias significativas, donde los rangos promedios son similares en ambos sexos.

Continuando con la variable sexo, el 31.8% de los hombres y el 21.4% de las mujeres cree que está en su peso adecuado; mientras que, de los estudiantes que presentan un peso normal, el 50% de los hombres y el 68.8% de las mujeres desean bajar de peso. Al 67.4% de los hombres y al 84.5% de las mujeres les preocupa engordar y; el 59.1% de los hombres y al 72.6% desea cambiar alguna parte de su cuerpo.

Respecto a la característica que les gustaría cambiar de su figura, en los hombres el 42% desearía ser más musculoso, el 37.1% tener un cuerpo más firme, el 13.7% pesar menos y el 6.9% pesar más; mientras que en las mujeres, el 58% desearía tener un cuerpo más firme, el 25.3% pesar menos, el 11.7% ser más musculosa y el 4.9% pesar más.

A continuación se muestran los análisis comparativos de acuerdo al estado de procedencia (Tabla 28).

Tabla 28. Análisis de chi cuadrada de la satisfacción con la imagen corporal de acuerdo al estado de procedencia.

		Imagen corporal		
Estado de procedencia		Satisfecho	Insatisfecho	Total
Nuevo León	Recuento	23	77	100
	% dentro de estado	23.0	77.0	100.0
	% dentro de satisfacción con la imagen corporal	44.2	31.0	33.3
Coahuila	Recuento	15	85	100
	% dentro de estado	15.0	85.0	100.0
	% dentro de satisfacción con la imagen corporal	28.8	34.3	33.3
Tamaulipas	Recuento	14	86	100

	% dentro de estado	14.0	86.0	100.0
	% dentro de satisfacción con la imagen corporal	26.9	34.7	33.3
Total	Recuento	52	248	300
	% dentro de estado	17.3	92.7	100.0
	% dentro de satisfacción con la imagen corporal	100.0	100.0	100.0

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi cuadrada de Pearson	3.396[a]	2	.183
Razón de verosimilitudes	3.290	2	.193
Asociación lineal por lineal	2.817	1	.093
N de casos válidos	300		

[a] 0 casillas (0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. la frecuencia mínima esperada es 17.33.

En la tabla 28 se muestra que no se presentaron diferencias significativas en satisfacción o insatisfacción con la imagen corporal en relación al estado de procedencia, donde el 77% de los neoloneses, el 85% de los coahuilenses y el 86% de los tamaulipecos se encontró insatisfecho.

Hasta el momento se han estudiado los hábitos de salud y percepción de la imagen corporal, por lo que seguiremos con la variable de autoeficacia general percibida en relación al objetivo establecido.

Autoeficacia general percibida (AGP)

La media de AGP de los universitarios fue de 29.55 (D.E. = 6.63), donde el puntaje máximo de acuerdo a la escala es de 40, por lo que se puede considerar que presentaron una autoeficacia media - alta. En la tabla 29 se muestran las medias de cada uno de los ítems de la escala.

Tabla 29. Ítems de la escala de autoeficacia general percibida.

	Media	D.E.
Puedo encontrar la forma de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.	2.42	1.00
Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.	**3.35**	.86
Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.	2.95	.91

Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.	3.01	.86
Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.	2.99	.83
Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	2.78	.95
Venga lo que venga, por lo genera soy capaz de manejarlo.	2.90	.86
Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.	3.25	.81
Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.	2.92	.89
Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	2.95	.90

Nota: Se evaluó con una escala Likert de cuatro puntos ("incorrecto", "apenas cierto", "más bien cierto" y "cierto").

En la tabla 29 se muestra que la media más alta se obtuvo en el ítem relacionado a la resolución de problemas difíciles (3.35 D.E. = .86), mientras que la media más baja se relacionaba a alcanzar logros aunque alguien se opusiera (2.42 D.E. 1.00).

Análisis comparativos de autoeficacia general percibida

A continuación se muestran las pruebas de normalidad en relación a la AGP por sexo (Tabla 30).

Tabla 30. Análisis de normalidad de la variable autoeficacia general percibida de acuerdo al sexo.

		Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk.		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
AGP	Hombre	.136	132	.000	.956	132	.000
	Mujer	.083	168	.007	.953	168	.000

[a] Corrección de la significación de Lilliefors

En la tabla 30 se muestra que no hay normalidad en la variable autoeficacia de acuerdo al sexo de los participantes.

A continuación se realizará la prueba de Mann-Whitney para comparar las medias de AGP de acuerdo al sexo (Tabla 31).

Tabla 31. Prueba de Mann-Whitney de la autoeficacia general percibida de acuerdo al sexo.

		N	Rango promedio	Suma de rangos
Autoeficacia general percibida	Hombre	132	146.06	19280.00
	Mujer	168	153.99	25870.00
	Total	300		

	Autoeficacia general percibida
U de Mann-Whitney	10502.000
W de Wilcoxon	19280.000
Z	-.787
Sig. asintót. (bilateral)	.431

Según los datos de la tabla 31, el nivel de autoeficacia general percibida es igual en hombres y mujeres.

A continuación se realizaron las pruebas de normalidad de acuerdo al estado de procedencia (Tabla 32).

Tabla 32. Análisis de normalidad de la variable autoeficacia general percibida de acuerdo al estado de procedencia.

		Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk.		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
AGP	Nuevo León	.134	100	.000	.929	100	.000
	Coahuila	.084	100	.078	.979	100	.107
	Tamaulipas	.115	100	.002	.936	100	.000

[a] Corrección de la significación de Lilliefors.

En la tabla 32 se muestra que no hay normalidad en los grupos de universitarios procedentes de Nuevo León y Tamaulipas, pero sí la hubo en los coahuilenses, por lo que se realizó la prueba de Kruskal-Wallis (Tabla 33).

Tabla 33. Prueba de Kruskal-Wallis de la variable autoeficacia general percibida de acuerdo al estado de procedencia.

	Estado	N	Rango promedio
Autoeficacia general percibida	Nuevo León	100	149.38
	Coahuila	100	138.19
	Tamaulipas	100	163.94
	Total	300	

	Autoeficacia general percibida
Chi cuadrado	4.445
gl	2
Sig. asintót.	.108

La tabla 33 muestra que no se observaron diferencias en el nivel de AGP entre los estudiantes de los diferentes estados de procedencia.

Análisis comparativos de hábitos de salud de acuerdo a la variable autoeficacia

A continuación se muestran las pruebas de normalidad de la variable autoeficacia general percibida de acuerdo a la buena alimentación (Tabla 34).

Tabla 34. Análisis de normalidad de la variable autoeficacia general percibida de acuerdo a la buena alimentación.

	¿Tú tienes una buena alimentación?	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk.		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
AGP	Sí	.078	153	.023	.968	153	.001
	No	.126	147	.000	.950	147	.000

[a] Corrección de la significación de Lilliefors.

En la tabla 34 se muestra que no hay normalidad en torno a la buena alimentación en relación a la AGP, por lo que se realizó la prueba de la U de Mann-Whitney (Tabla 35).

Tabla 35. Prueba de la U de Mann-Whitney de la variable autoeficacia general percibida de acuerdo a la práctica de una buena alimentación.

	¿Tú tienes una buena alimentación?	N	Rango promedio	Suma de rangos
AGP	Sí	153	157.14	24042.00
	No	147	143.59	21108.00
	Total	300		

	Autoeficacia general percibida
U de Mann-Whitney	10230.000
W de Wilcoxon	21108.000
Z	-1.354
Sig. asintót.	.176

De acuerdo a los datos mostrados en la tabla 35 se observa que la AGP es igual en los universitarios que tienen una buena alimentación y los que no.

A continuación se muestran los resultados en relación a la práctica regular de actividad física (Tabla 36).

Tabla 36. Análisis de normalidad de la variable autoeficacia general percibida de acuerdo a la práctica regular de ejercicio.

	¿Haces ejercicio en forma regular?	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk.		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
AGP	Sí	.112	144	.000	.946	144	.000
	No	.093	156	.002	.966	156	.001

[a] Corrección de la significación de Lilliefors.

En la tabla 36 se muestra que no hay normalidad en la AGP de acuerdo a la práctica regular de ejercicio, por lo que se realizó la prueba de la U de Mann-Whitney (Tabla 37).

Tabla 37. Prueba de la U de Mann-Whitney de la variable autoeficacia general percibida de acuerdo a la práctica regular de ejercicio.

	¿Haces ejercicio en forma regular?	N	Rango promedio	Suma de rangos
AGP	Sí	144	162.67	23424.00
	No	156	139.27	21726.00
	Total	300		

	Autoeficacia general percibida
U de Mann-Whitney	9480.000
W de Wilcoxon	21726.000
Z	-2.337
Sig. asintót.	.019

En la tabla 37 se muestra que sí hay diferencias significativas entre el nivel de AGP y la práctica de ejercicio de forma regular. Los universitarios que sí se ejercitan regularmente presentaron un rango promedio más alto que los que no lo practican.

A continuación se muestran los resultados en relación al consumo de tabaco (Tabla 38).

Tabla 38. Análisis de normalidad de la variable autoeficacia general percibida de acuerdo al consumo de tabaco.

	¿Fumas?	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk.		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
AGP	Sí	.060	120	.200	.974	120	.022
	No	.113	180	.000	.930	180	.000

[a] Corrección de la significación de Lilliefors.

En la tabla 38 se muestra que, aunque sí hay normalidad entre los fumadores, no la hay en los no fumadores, por lo que se realizó la prueba de la U de Mann-Whitney (Tabla 39).

Tabla 39. Prueba de la U de Mann-Whitney de la variable autoeficacia general percibida de acuerdo al consumo de tabaco.

	¿Fumas?	N	Rango promedio	Suma de rangos
AGP	Sí	120	135.05	16205.50
	No	180	160.80	28944.50
	Total	300		

	Autoeficacia general percibida
U de Mann-Whitney	8945.500
W de Wilcoxon	16205.500
Z	-2.523
Sig. asintót.	.012

En la tabla 39 se muestra que sí hay diferencias significativas entre el rango promedio de los fumadores y los no fumadores, siendo éste más alto en los que no consumen tabaco.

A continuación se muestran los resultados en relación al consumo de alcohol (Tabla 40).

Tabla 40. Análisis de normalidad de la variable autoeficacia general percibida de acuerdo al consumo de alcohol.

	¿Tomas?	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk.		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
AGP	Sí	.084	220	.001	.966	220	.000
	No	.134	79	.001	.928	79	.000

En la tabla 40 se muestra que no hay normalidad en la AGP de acuerdo al consumo de alcohol, por lo que se procedió a realizar la prueba de la U de Mann-Whitney (Tabla 41).

Tabla 41. Prueba de la U de Mann-Whitney de la variable autoeficacia general percibida de acuerdo al consumo de alcohol.

	¿Tomas?	N	Rango promedio	Suma de rangos
AGP	Sí	220	147.57	32465.50
	No	79	156.77	12384.50
	Total	299		

	Autoeficacia general percibida
U de Mann-Whitney	8155.500
W de Wilcoxon	32465.500
Z	-.812
Sig. asintót.	.417

En la tabla 41 se muestra que no hay diferencias en la autoeficacia general percibida entre consumidores de alcohol y los no consumidores.

A continuación se abordará la variable calidad de vida.

Calidad de vida

A partir de la suma de los niveles de satisfacción en las distintas áreas de la calidad de vida (CV), se pudieron conocer los niveles de satisfacción general que perciben los universitarios para categorizarlos en (baja, media y alta satisfacción) (Figura 39).

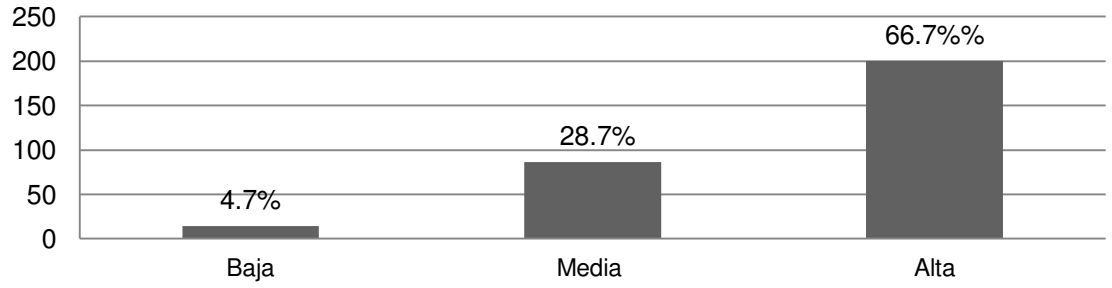


Figura 39. Nivel de satisfacción de calidad de vida general.

En la figura 39 se muestra que el 66.7% presenta un alto nivel de satisfacción respecto a su CV, el 28.7% un nivel medio y el 4.7% un nivel bajo.

A continuación se indagará en las medias obtenidas en cada uno de los aspectos de la CV (Tabla 42).

Tabla 42. Grado de satisfacción respecto a las dimensiones de calidad de vida.

En general, cómo evaluarías tu nivel de satisfacción durante la semana pasada en cuanto a tu…	Media	D.E.
Salud física	4.03	1.39
Estado de ánimo	4.19	1.45
Tareas del curso	4.03	1.37
Tareas de la casa	4.18	1.25
Relaciones sociales	4.51	1.33
Relaciones familiares	**4.80**	1.36
Actividades de tiempo libre	4.45	1.37
Capacidad de participar en la vida diaria	4.40	1.28
Deseo sexual	4.17	1.57
Situación económica	4.01	1.42
Situación de la casa donde vive	4.**55**	1.36
Visión en cuanto a su capacidad para trabajar o disfrutar sus aficiones	4.46	1.29
Sensación general de bienestar	4.50	1.29
Asistencia a celebraciones religiosas según sus creencias	3.74	1.65
Sensación de que su vida tiene sentido	**4.53**	1.51

En la tabla 42 se muestra que las medias más altas se presentaron en la satisfacción respecto a las relaciones familiares (4.80, D.E. = 1.36), en la situación de la casa donde viven (4.55, D.E.= 1.36) y en la sensación de que sus vidas tienen sentido (4.53, D.E.= 1.51). Mientras que las medias más bajas se obtuvieron en lo relacionado a la asistencia a celebraciones religiosas (3.74, D.E.=1.65), en la salud física (4.03, D.E.= 1.30) y en las tareas del curso (4.03, D.E.= 1.37).

A continuación se mostrarán los análisis realizados para cumplir con el último objetivo respecto a la relación de los hábitos de salud practicados, la satisfacción con la imagen corporal y la autoeficacia percibida con la evaluación de la CV de los universitarios.

Análisis comparativos de la calidad de vida de acuerdo al IMC, sexo y estado de procedencia

A continuación se realizaron las pruebas de normalidad de acuerdo al IMC (Tabla 43).

Tabla 43. Análisis de normalidad de la variable calidad de vida general de acuerdo a la clasificación del IMC.

		Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk.		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Calidad de vida general	Infrapeso	.114	18	.200	.957	18	.544
	Normopeso	.093	153	.003	.946	153	.000
	Sobrepeso	.157	94	.000	.897	94	.000
	Obesidad	.174	35	.009	.892	35	.002

[a] Corrección de la significación de Lilliefors.

En la tabla 43 se muestra que no hay normalidad en los grupos de universitarios con normopeso, sobrepeso y obesidad, aunque sí la hubo en los universitarios con infrapeso, por lo que se realizó la prueba de Kruskal-Wallis (Tabla 44).

Tabla 44. Prueba de Kruskal-Wallis de la variable calidad de vida general de acuerdo a la clasificación del IMC.

	Estado	N	Rango promedio
Calidad de vida general	Infrapeso	18	167.22
	Normopeso	153	154.84
	Sobrepeso	94	142.87
	Obesidad	35	143.40
	Total	300	

	Calidad de vida general
Chi cuadrado	2.016
gl	3
Sig. asintót.	.569

En la tabla 44 se muestra que la CV general reportada es igual en universitarios con diferentes IMC.

A continuación se muestran las pruebas de normalidad de la variable de calidad de vida de acuerdo al sexo (Tabla 45).

Tabla 45. Análisis de normalidad de la variable de calidad de vida general de acuerdo al sexo.

		Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk.		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Calidad de vida general	Hombre	.102	132	.002	.940	132	.000
	Mujer	.105	169	.000	.933	168	.000

[a] Corrección de la significación de Lilliefors

En la tabla 45 se muestra que no hay normalidad en la CV general de acuerdo al sexo, por lo que se procederá a realizar la prueba de Mann-Whitney (Tabla 46).

Tabla 46. Prueba de la U de Mann-Whitney de calidad de vida general por sexo.

	Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos
Calidad de vida general	Hombre	132	151.42	19988.00
	Mujer	168	149.77	25162.00
	Total	300		

	Calidad de vida general
U de Mann-Whitney	10966.000
W de Wilcoxon	25162.000
Z	-.164
Sig. asintót.	.870

De acuerdo a la tabla 46, el nivel de CV es igual en hombres y mujeres.

A continuación se muestran los análisis por estado de procedencia (Tabla 47).

Tabla 47. Análisis de normalidad de la variable de calidad de vida general de acuerdo al estado de procedencia.

		Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk.		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Calidad de vida general	Nuevo León	.145	100	.000	.922	100	.000
	Coahuila	.113	100	.003	.939	100	.000
	Tamaulipas	.112	100	.004	.953	100	.001

[a] Corrección de la significación de Lilliefors.

En la tabla 47 se muestra que no hay normalidad en ninguno de los grupos de universitarios de los estados estudiados, por lo que se procedió a realizar la prueba de Kruskal-Wallis (Tabla 48).

Tabla 48. Prueba de Kruskal-Wallis de la variable de calidad de vida general de acuerdo al estado de procedencia.

	Estado	N	Rango promedio
Calidad de vida general	Nuevo León	100	152.94
	Coahuila	100	131.12
	Tamaulipas	100	167.45
	Total	300	

	Calidad de vida general
Chi cuadrado	8.897
gl	2
Sig. asintót.	.012

En la tabla 48 se muestran diferencias en la variable de CV de los estudiantes de acuerdo al estado de procedencia, donde el rango promedio más alto obtenido fue el de los tamaulipecos, en segundo lugar para los neoloneses, y en último lugar los coahuilenses.

Luego de realizar las comparaciones de acuerdo a las variables sociodemográficas, se procederá a abordar la variable de los hábitos de salud.

Análisis comparativos de los hábitos de salud practicados respecto a la calidad de vida general

A continuación se comparará entre la práctica o no de hábitos de salud y la evaluación de la CV general reportada por los universitarios (Tabal 49).

Tabla 49. Análisis de normalidad de la variable calidad de vida general de acuerdo al cuidado de la alimentación.

	¿Tienes una buena alimentación?	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk.		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Calidad de vida general	Sí	.070	153	.064	.965	153	.001
	No	.130	147	.000	.919	147	.000

[a] Corrección de la significación de Lilliefors.

En la tabla 49 se muestra que sí hubo normalidad en los universitarios que si consideraban que tenían una buena alimentación; sin embargo, no se

presentó normalidad en el grupo de los que no la tenían, por lo que se procedió a realizar la prueba de Mann-Whitney.

Tabla 50. Prueba de la U de Mann-Whitney de calidad de vida general de acuerdo al cuidado de la alimentación.

	¿Tienes una buena alimentación?	N	Rango promedio	Suma de rangos
Calidad de vida general	SÍ	153	168.31	25751.00
	No	147	131.97	19399.00
	Total	300		

	Calidad de vida general
U de Mann-Whitney	8521.000
W de Wilcoxon	19399.000
Z	-3.629
Sig. asintót.	.000

La tabla 50 muestra que existen diferencias en la CV general reportada entre los que cuidan y los que no cuidan su alimentación, donde el rango promedio de los que sí la cuidaban fue de 168.31 y de los que no fue de 131.97.

A continuación se muestran los análisis relacionados con la práctica de ejercicio (Tabla 51).

Tabla 51. Análisis de normalidad de la variable calidad de vida general de acuerdo a la práctica regular de ejercicio.

	¿Haces ejercicio en forma regular?	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk.		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Calidad de vida general	Sí	.136	144	.000	.924	144	.000
	No	.098	156	.001	.936	156	.000

[a] Corrección de la significación de Lilliefors.

En la tabla 51 se observa que no hubo normalidad en ninguno de los grupos, por lo que se cumple el criterio para realizar la prueba de Mann-Whitney (Tabla 52).

Tabla 52. Prueba de la U de Mann-Whitney de calidad de vida general de acuerdo a la práctica regular de ejercicio.

	¿Haces ejercicio en forma regular?	N	Rango promedio	Suma de rangos
Calidad de vida general	SÍ	144	159.91	23026.50
	No	156	141.82	22123.50
	Total	300		

	Calidad de vida general
U de Mann-Whitney	9877.500
W de Wilcoxon	22123.500
Z	-1.805
Sig. asintót.	.071

Respecto a la CV y la práctica regular de ejercicio, en la tabla 52 no se encontraron diferencias significativas entre los que sí practicaban y los que no.

En la Tabla 53 se muestra lo relacionado al consumo de tabaco.

Tabla 53. Análisis de normalidad de la variable calidad de vida general de acuerdo al consumo de tabaco.

	¿Tú fumas?	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk.		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Calidad de vida general	Sí	.122	120	.000	.933	120	.000
	No	.091	180	.001	.936	180	.000

[a] Corrección de la significación de Lilliefors.

En la tabla 53 se muestra que no hubo normalidad en la CV general de acuerdo al consumo de tabaco, por lo que se procedió a realizar la prueba no paramétrica adecuada (Tabla 54).

Tabla 54. Prueba de la U de Mann-Whitney de calidad de vida general de acuerdo al consumo de tabaco.

	¿Tú fumas?	N	Rango promedio	Suma de rangos
Calidad de vida general	SÍ	120	135.15	16217.50
	No	180	160.74	28932.50
	Total	300		

	Calidad de vida general
U de Mann-Whitney	8957.500
W de Wilcoxon	16217.500
Z	-2.504
Sig. asintót.	.012

La tabla 54 muestra que la CV general reportada es diferente entre los universitarios que fuman y los que no fuman.

En la tabla 55 se mostrarán los análisis de normalidad de la CV general de acuerdo al consumo de alcohol.

Tabla 55. Análisis de normalidad de la variable calidad de vida general de acuerdo al consumo de alcohol.

	¿Tú tomas?	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk.		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Calidad de vida general	Sí	.103	220	.000	.938	220	.000
	No	.107	79	.026	.930	79	.000

[a] Corrección de la significación de Lilliefors.

En la tabla 55 se puede observar que se presentó normalidad en el grupo de universitarios que sí consumen alcohol, aunque no se presentó en los que no lo consumen, por lo que se procedió a realizar la prueba de Mann-Whitney (Tabla 56).

Tabla 56. Prueba de la U de Mann-Whitney de calidad de vida general de acuerdo al consumo de alcohol.

	¿Tú tomas?	N	Rango promedio	Suma de rangos
Calidad de vida general	SÍ	220	147.92	32520.50
	No	79	156.07	12329.50
	Total	299		

	Calidad de vida general
U de Mann-Whitney	8210.500
W de Wilcoxon	32520.500
Z	-.728
Sig. asintót.	.467

Respecto a la tabla 56 se puede observar que la CV general reportada es igual en universitarios que toman y los que no toman.

Análisis comparativos de la calidad de vida general de acuerdo a la percepción de la imagen corporal

A continuación se realizará la comparación de la variable de CV general de acuerdo a la satisfacción o insatisfacción con la imagen corporal (Tabla 57).

Tabla 57. Análisis de normalidad de la variable calidad de vida general de acuerdo a la satisfacción con la imagen corporal.

	Imagen corporal	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk.		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Calidad de vida general	Satisfecho	.134	52	.021	.930	52	.005
	Insatisfecho	.100	248	.000	.934	248	.000

[a] Corrección de la significación de Lilliefors.

En la tabla 57 se muestra que sí se presentó normalidad en las personas que sí estuvieron satisfechos con la imagen corporal, pero no la hubo en las personas insatisfechas, por lo que se realizó la prueba de Mann-Whitney (Tabla 58).

Tabla 58. Prueba de la U de Mann-Whitney de calidad de vida general de acuerdo a la satisfacción con la imagen corporal.

	Imagen corporal	N	Rango promedio	Suma de rangos
Calidad de vida general	Satisfecho	52	158.60	8247.00
	Insatisfecho	248	148.80	36903.00
	Total	300		

	Calidad de vida general
U de Mann-Whitney	6027.000
W de Wilcoxon	36903.000
Z	-.741
Sig. asintót.	.459

En la tabla 58 se muestra que no se encontraron diferencias entre los universitarios satisfechos e insatisfechos con su imagen corporal.

Se realizó también el análisis de normalidad de CV general de acuerdo a la preocupación por ganar peso (Tabla 59).

Tabla 59. Análisis de normalidad de la variable calidad de vida general de acuerdo a la preocupación por engordar.

	¿Te preocupa engordar?	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk.		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Calidad de vida general	Sí	.118	231	.000	.933	231	.000
	No	.106	69	.051	.940	69	.002

[a] Corrección de la significación de Lilliefors.

De acuerdo a la tabla 59 hubo normalidad en las personas a las que no les preocupa engorda; sin embargo, debido a que no se presentó en las personas que sí reportaron preocupación se realizó la prueba de Mann-Whitney (Tabla 60).

Tabla 60. Prueba de la de U de Mann-Whitney de calidad de vida general respecto a la preocupación por engordar.

	Preocupación	N	Rango promedio	Suma de rangos
Calidad de vida general	SÍ	231	144.64	33411.50
	No	69	170.12	11738.50
	Total	300		

	Calidad de vida general
U de Mann-Whitney	6615.500
W de Wilcoxon	33411.500
Z	-2.142
Sig. asintót.	.032

En la tabla 60 se observa que se presentaron diferencias entre los universitarios que sí reportaron preocupación por engordar y los que no se preocuparon por esto.

A continuación se mostrarán los resultados respecto a la AGP.

Análisis comparativos de la calidad de vida general de acuerdo a la autoeficacia general percibida

A continuación se mostrarán los análisis de normalidad de la autoeficacia general percibida (Tabla 61).

Tabla 61. Análisis de normalidad de la variable calidad de vida general de acuerdo a la autoeficacia general percibida.

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk.		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
AGP	.097	300	.000	.959	300	.000

[a] Corrección de la significación de Lilliefors.

En la tabla 61 se puede observar que no hay normalidad en la AGP de los universitarios, por lo que se procedió a realizar los análisis de correlación de Spearman por ser una prueba no paramétrica (Tabla 62).

Tabla 62. Análisis de correlación de Spearman entre calidad de vida general y autoeficacia general percibida.

			Calidad de Vida General
Rho de Spearman	Autoeficacia general percibida	Coeficiente de correlación	.454**
		Sig. (bilateral)	.000
		N	300

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

De acuerdo a la tabla 62, se encontró una correlación positiva estadísticamente significativa, entre el nivel de autoeficacia general percibida y la calidad de vida general reportada por los universitarios.

CAPITULO V

DISCUSION Y CONCLUSIONES

La mayoría de los jóvenes goza de buena salud (OMS, 2017b), con una alta prevalencia de normopeso, sin diferencias entre hombres y mujeres o de acuerdo al estado de procedencia. Sin embargo, la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de cerca del 42%, este porcentaje es considerablemente mayor al 23% reportado en adolescentes escolarizados de las mismas ciudades de la presente investigación (Cd. Victoria, Monterrey y Saltillo) (Moral, 2011), y menor al reportado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Medio Camino 2016 (ENSANUT MC 2016), donde se habla de que 7 de cada 10 adultos de 20 a 64 años presenta sobrepeso y obesidad, lo que muestra la necesidad de realizar intervenciones en el grupo de jóvenes universitarios ya que se observa una tendencia al aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad a corto, mediano y largo plazo.

Para esto, es fundamental el monitoreo del peso, como una medida para valorar el estado nutricional y prevenir el sobrepeso y la obesidad (Martínez et al., 2013), al respecto, una gran parte de la muestra lo revisó recientemente (en los últimos dos meses); lo cual es importante, ya que de acuerdo a Soto y cols. (2015) existe una tendencia al aumento de peso durante el período universitarios, por lo que es imprescindible evaluar los hábitos de salud de los universitarios y sus creencias respecto a dichos comportamientos.

Hábitos de salud

Los universitarios tienen una noción de la definición de hábitos, ya que los definieron como actividades diarias, la forma de hacer las cosas, conductas

repetitivas positivas o negativas y comportamientos aprendidos; destacando el papel de la automaticidad, la repetición y el aprendizaje; esto quiere decir que sí pueden ser visualizados como patrones conductuales, basado en asociaciones aprendidas, evocadas de forma automática (Gardner, Abraham, Lally, & de Brujin, 2012).

A continuación abordaremos los hábitos de salud de los universitarios del noreste de México.

Hábitos alimenticios

En torno a los hábitos alimenticios, encontramos una actitud positiva y una alta intencionalidad a cuidar su alimentación, aunque poco menos de la mitad cuida su alimentación, por lo que relacionándolo con la Teoría de la Conducta Planeada, podemos decir que a pesar de que hay una actitud positiva y una alta intencionalidad hacia el cuidado de la alimentación, esto no se traduce necesariamente en el comportamiento.

Lo anterior podría tener relación con la falta de tiempo como principal motivo por el cual no cuidan su alimentación. Sin embargo, la alimentación es una de las necesidades básicas del ser humano, por lo que dicho motivo deja ver que es necesario ahondar más en la manera en la que los universitarios del noreste de México administran su tiempo libre; ya que la orientación temporal es relativa en cada persona; por lo que a pesar de que los jóvenes reportan no disponer de tiempo para el cuidado de la alimentación, sí se dedica tiempo a otras actividades sedentarias (Codina y Pestana, 2016), llegando incluso a invertir hasta 7.7 horas al día en comportamientos de este tipo (Matthews, et al., 2008).

De esta forma, la elección de los alimentos que los universitarios consumen se basa, en gran medida, en la manera en la que administran su tiempo, además de la falta de un horario establecido de comidas, lo que favorece la alta preferencia por la comida chatarra, caracterizada por un valor

nutricional deficiente, debido a su accesibilidad. Nuestros resultados se pueden relacionar con lo reportado por Milosavljević, Mandić y Banjari (2015) quienes encontraron una alta preferencia de azúcares y refrescos en adolescentes de 17 a 19 años, alimentos que producen una sensación de saciedad más prolongada.

Sin embargo, esta cuestión de la falta de tiempo para cuidar su alimentación podría compensarse con el hecho de que más de la mitad de los universitarios prepara menos de la mitad de los alimentos que consume, ya que los padres son quienes se encargan de cocinar en casa; esto es importante ya que así como puede ser un factor de protección en lo concerniente a la preparación de alimentos y establecimiento de horarios de comida, también puede convertirse en un factor de riesgo debido a que se ha encontrado que a mayor frecuencia de preparación de alimentos por un cuidador, mayor el IMC en los jóvenes (Kramer et al., 2012); además, en la ENSANUT MC 2016 se reportó como uno de los principales obstáculos para alimentarse saludablemente la falta de una alimentación saludable en la familia.

Por lo que, tanto los motivos por los que no les preocupa cuidar su alimentación como la falta de participación de los jóvenes en la preparación de sus alimentos ayudan a corroborar que los universitarios no están completamente implicados en su alimentación y que, además, debido a la alta influencia del entorno social, específicamente por parte de los padres, las asociaciones psicológicas y emocionales afectan la importancia y la preferencia hacia ciertos alimentos (Fernández-Gaxiola & Escalante, 2015).

Por otro lado, dentro de las campañas orientadas a la promoción de una alimentación saludable, es necesario instruir respecto a la importancia y la interpretación de la tabla nutricional de los alimentos, ya que pocos saben hacerlo, lo que podría deberse a qué tan comprensible es el etiquetado o, simplemente, a que hay poco interés en revisarlo al momento de comprar alimentos, donde de la población que lee el etiquetado nutrimental, sólo el 24% compra alimentos basándose en dicha información (ENSANUT MC 2016).

Por lo que, de manera general, es importante cuidar las conductas alimentarias durante la edad adulta. De acuerdo a Bonvecchio, González y Fernández-Gaxiola (2015) este cuidado implicaría tener un horario para desayunar, comer y cenar; aumentar la participación en el proceso de la alimentación (en la planeación de las compras, los menús y en la cocina); también poner atención a las señales de hambre y saciedad; y tener comidas familiares.

Actividad física y ejercicio

En la práctica de ejercicio, existe una actitud general positiva hacia este hábito, lo que se refleja en el grado de intención o disposición para practicarlo, y en el alto porcentaje de universitarios que lo practican. Por lo que, de acuerdo a este alto porcentaje, la actitud hacia este hábito y la intención parecen ser elementos determinantes en la práctica de actividad física.

Sin embargo, de los estudiantes que reportaron tener este hábito, un porcentaje significativamente mayor al reportado en la ENSANUT MC 2016 (36.4% > 14.4%) no realiza la cantidad recomendada de 150 minutos a la semana; sin embargo, en el estudio en adolescentes escolarizados del noreste de México realizado por Moral y cols. (2011) se encontró que el 21% de los estudiantes no cumplía con las recomendaciones de práctica de ejercicio físico, dicha tendencia a la disminución de porcentajes en la cuestión de la cantidad recomendada de actividad física, podría explicarse por las nuevas responsabilidades que se adquieren a medida que incrementa la edad, que termina por limitar el tiempo para dedicar a actividades físicas.

Al respecto, es necesario concientizar a la población universitaria respecto a la cantidad mínima por semana recomendada para que experimenten los beneficios de dicho comportamiento: la prevención y disminución de la morbilidad cardiovascular asociada a enfermedad coronaria, hipertensión arterial, etc. (Warburton, Nicol, & Verdín, 2006), disminución del riesgo de desarrollar diabetes mellitas y osteoporosis (Della Valle, Grimaldi, &

Farinaro, 2008), prevención de ciertas enfermedades neoplásicas, como por ejemplo, cáncer colorrectal o carcinoma de glándula mamaria (Kruk, 2007), y el incremento en el bienestar general y mejoría en la calidad de vida (Penedo & Dahn, 2005).

Cabe destacar que el lugar más común en el que se ejercitan es en casa, además de que la mayoría lo hace solo, resultado similar a lo encontrado por Moral y cols. (2011) y por Codina y Pestana (2016), quienes además encontraron que esto se relacionaba con una mayor sensación de libertad y una mayor inversión de tiempo cada vez que se practica actividad físico-deportiva.

La preferencia por realizar actividad física en soledad y en casa puede deberse, simplemente a que se prefiere realizar de esa manera, o a la falta de accesibilidad, ya sea por la cuestión económica, la falta de lugares cercanos y seguros para realizar la práctica, o por esta percepción relativa de falta de tiempo que reportaron en el aspecto de la alimentación; en cualquiera de las situaciones es importante analizar por qué prefieren realizarlo en casa ya que hacerlo de esta manera implica también una falta de supervisión de un profesional y un mayor riesgo de lesiones.

Por otro lado, de los universitarios que practican algún deporte, los deportes de pelota o balón fueron los más practicados, refiriéndonos mayormente al futbol, que es un deporte característico de la cultura mexicana, que ha llegado a ser considerado como una fuente de identidad por su papel integrador en la sociedad, ya sea como espectador o como deportista, aunque en este último caso, otro de sus beneficios, además del físico, es que promueve la autonomía y la relación con los otros (Cantú-Berrueto, Castillo, López-Walle, Tristán, & Balaguer, 2016), esto último es fundamental para la adaptación del estudiante en la vida académica y social durante la etapa universitaria.

Continuando con la cuestión cultural, ahora relacionado a los estereotipos de género, destacan diferentes creencias que ubican en una situación de vulnerabilidad a las mujeres en relación a la práctica de actividad

física, tales como las diferencias en la motivación desde la infancia entre hombres y mujeres; la creencia de que las mujeres son más propensas al aumento de peso; el acceso a instalaciones y equipos deportivos; la mayor libertad en hombres de practicar actividad física; e incluso la percepción del acoso u hostigamiento al usar ropa deportiva. Todos estos elementos terminan por convertirse en barreras para la adopción y mantenimiento de la práctica de actividad física, que se traducen en una falta de motivación y conocimiento, un pobre apoyo social, e incluso temor a lesiones y falta de confianza hacia los otros (Ogunnji-mi, Samson, & Ikorok, 2014).

A todos los estereotipos mencionados anteriormente, se agrega la presión social hacia hombres y mujeres por tener cierta figura, donde un porcentaje alto de los participantes estuvo de acuerdo con esta creencia, lo que es importante ya que esta presión social es considerada como un factor de riesgo de la insatisfacción con la imagen corporal, que se refleja en que las mujeres desean tener un menor peso y los hombres un cuerpo musculoso. Lo anterior puede contribuir a la adopción de comportamientos alimentarios de riesgo y la aparición de desórdenes alimenticios en mujeres, así como el aumento de casos de vigorexia y dismorfia muscular en hombres (Rodríguez-Molina & Rabito, 2011).

A continuación ahondaremos en el comportamiento de consumo de sustancias, específicamente el tabaco.

Consumo de tabaco

La mayoría de los universitarios no fuma, lo que se podría relacionar con la actitud desfavorable hacia este hábito, ya que es evaluado como un mal hábito y; con que se perciben en un bajo riesgo de consumo, lo que se relaciona con la intencionalidad. Por lo que, basándose en la Teoría de la Conducta Planeada, una actitud negativa y una baja intención podrían relacionarse con el rechazo al consumo de tabaco.

Dicha percepción desfavorable hacia este hábito es producto de las políticas públicas establecidas a causa del MPOWER de la OMS, a través de la legislación respecto a los lugares libres de humo de tabaco; además se ha encontrado que los no fumadores poseen más información de las secuelas del consumo de tabaco (Sánchez-Hernández & Pillon, 2011), que igualmente se observan en las advertencias sanitarias que se han incluido en la parte externa de las cajetillas.

No obstante, un alto porcentaje de universitarios consume tabaco en comparación a lo reportado en la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2017a) (40% > 20.1%), aunque cabe destacar que en la ENCODAT 2016-2017 el rango de edad va desde 18 a 65 años, por lo que aunque la muestra de nuestra investigación no es representativa, sí es importante analizar que en la etapa universitaria hay un alto consumo de tabaco que podría disminuir a medida que se es mayor.

Respecto a la edad de inicio de consumo reportada por los universitarios (17.02 años), es importante analizar que es una edad caracterizada por la transición de los estudios de bachillerato a la universidad. La media de edad es similar a lo reportado en la ENSANUT 2012, lo que indica que esta conducta se relaciona con la etapa universitaria, donde se presenta una mayor accesibilidad al tabaco y con el entorno social en el que se integran en la universidad.

Respecto a los principales motivos por los que los universitarios creen que se consume tabaco, la curiosidad y la imitación se relacionan con el aumento de interacciones con fumadores que se da en esta etapa (Sánchez-Hernández & Pillon, 2011). Los participantes de nuestra investigación consideraron que son los propios fumadores, y en menor medida los amigos quienes tienen mayor responsabilidad en el inicio de consumo, similar a lo encontrado en el estudio de Garcés, Álvarez y Moral (2009) en estudiantes de secundaria de Monterrey, N. L., y Xalapa, Veracruz.

Además, los contextos en los que los universitarios suelen consumir tabaco con mayor frecuencia, aunque en un bajo nivel, era estando en fiestas y/o con los amigos y cuando estaban solos, para relajarse, lo que se puede explicar mediante lo encontrado por Esparza, Álvarez, & Flores (2009), quienes encontraron que las motivaciones psicológicas, como el consumo para liberar el estrés u olvidarse de sus preocupaciones personales, es el predictor más alto de consumo de tabaco, seguido de la motivación social (como medio de socialización) y física (adicción a la nicotina).

Consumo de alcohol

A comparación del tabaco, la mayoría de los universitarios consume alcohol, que incluso es mayor que el reportado en la ENSANUT 2012 (53.9%) y en la ENCODAT (2017b). La edad de inicio de consumo reportada por los universitarios (16.99 años), es menor a lo reportado en la ENCODAT (2017b), donde la media fue de 18.15 años, esto podría deberse a que Nuevo León y Coahuila son los mayores consumidores de alcohol a nivel nacional.

Lo anterior implica que el consumo de alcohol presenta un mayor grado de aceptación, comparado con la media obtenida respecto al tabaco. Mientras que la alta frecuencia y estabilidad en su consumo refleja que este comportamiento es una conducta aceptada, lo que favorece que se reproduzca culturalmente como forma de socialización, llegando a ser percibida como una conducta normal e incluso deseable (Armendáriz et al., 2014), ligada con las actividades de esparcimiento, reuniones sociales, ritos, e incluso para silenciar el dolor en el duelo (Alonso & Álvarez, 2009; Castaño, García, & Marzo, 2014).

El consumo de alcohol como fenómeno social se confirma porque es en situaciones sociales en las que más alcohol se consume (estando en fiestas y/o con los amigos el entorno y, en familia y/o en las comidas). Igualmente, a pesar de que la edad de inicio suele ser durante la adolescencia, el consumo más alto ocurre de tres a cinco años posteriores a la conducta (Alonso & Álvarez, 2009) lo que ubicaría el pico de consumo durante los años universitarios,

independientemente del estatus socioeconómico (Redonnet, Chollet, Fombonne, Bowes, & Melchior, 2012).

Contrario a lo encontrado en la conducta del consumo de tabaco, a pesar de que se conocen los efectos negativos del consumo de alcohol, tales como las dificultades motoras y los problemas de salud, el aspecto social o norma subjetiva parecen incidir en la alta frecuencia de consumo.

Tal como lo mencionan Conner y Sparks (2002), la actitud se convierte en un predictor débil de intenciones y conductas cuando los componentes de la actitud presentan discordancia; ya que el consumo de alcohol es evaluado como disfrutable relacionado con estados emocionales positivos como placer y socialización (componente afectivo positivo), pero malo para la salud (componente cognitivo negativo). Por lo que las creencias positivas son las que mayormente predicen su consumo relacionado con la imagen de éxito social que se muestra en los anuncios de diversas marcas cerveceras (Romer & Moreno, 2017).

Hábitos de salud en relación a la variable IMC, sexo y estado de procedencia

En lo concerniente al IMC, encontramos que sí se presentaron diferencias entre los universitarios que reportaron que sí cuidaban su alimentación y los que no, ya que se presentaron porcentajes más altos de infrapeso y normopeso en los que sí cuidaban su alimentación, lo que destaca el impacto de la alimentación en el IMC que ya ha sido abordado en otras investigaciones, y donde se ha encontrado, por ejemplo, que el IMC es más bajo en universitarios que tienen el hábito del consumo de desayuno (Lorenzini, Betancur-Ancona, Chel-Guerrero, Segura-Campos, & Castellanos-Ruelas, 2015), por lo que es necesario ahondar en la calidad del primer alimento que los universitarios consumen en el día, que igualmente impacta en su desempeño académico.

Por otro lado, en nuestro estudio no se encontraron diferencias significativas en el IMC de los que sí practicaban actividad física y los que no; similar a lo encontrado por Moral y cols. (2011), Gutiérrez, Aldea, Cavia y Alonso-Torre (2015) y Lorenzini y cols. (2015), quienes encontraron que el IMC era similar entre deportistas y no deportistas, aunque estos últimos presentaron mayor porcentaje de grasa corporal. Lo anterior podría deberse a que el indicador del IMC no tiene la capacidad de distinguir entre grasa y masa muscular (Deurenberg, Deurenberg, Wang, Lin , & Schmidt, 1999; OMS, 1998), por lo que debe ser usado con cautela a la hora de usarlo como indicador de sobrepeso y obesidad.

Tampoco encontramos diferencias en la práctica de actividad física de acuerdo al estado de procedencia, contrario a lo encontrado por Moral y cols. (2011) en su estudio en adolescentes del noreste del país, ya que ellos encontraron que los estudiantes de Cd. Victoria se reportaron más activos físicamente, en segundo lugar los saltillenses y en tercero, los regiomontanos, lo que indica que la tendencia a practicar o no ejercicio es similar en los tres estados durante los estudios universitarios.

Es interesante que en nuestra investigación no se hayan encontrado diferencias entre la práctica de actividad física en hombres y mujeres, debido a que en otros estudios (Meneses & Ruiz, 2017; Molina & Andrade, 2016; Valdemoros-San-Emeterio, Ponce-de-León, & Gradaille-Pernás, 2016) se han encontrado diferencias en la práctica de actividad física entre hombres y mujeres, siendo las mujeres quienes practican este hábito con menor frecuencia. Esta homogeneidad en los resultados, además del relativamente alto porcentaje de universitarios que practican actividad física, podría indicar que los estereotipos de género no dejan en desventaja a las mujeres en la práctica de actividad física.

Respecto al consumo de sustancias, no encontramos diferencias en el IMC de consumidores y no consumidores de alcohol, esto podría explicarse mediante la toxicidad del alcohol, ya que no puede ser almacenado en el cuerpo, y el organismo, a través de un mecanismo de oxidación continua, lo utiliza como fuente de energía prioritaria, metabolizándose rápidamente, lo que llevaría a que un consumo moderado de alcohol no es causante de cambios en la composición corporal y el peso de los universitarios (Romeo, González-Gross, Wärnbergm, Díaz, & Marcos, 2007).

Sin embargo, en el estudio de Lourenço, Oliveira y Lopes (2012), se encontró que el consumo de alcohol prolongado estuvo asociado con la prevalencia de obesidad, siendo esta asociación más marcada en hombres que en mujeres, por lo que aunque en nuestro estudio no encontramos diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto al consumo de alcohol, esto podría cambiar a largo plazo, donde igualmente intervienen los patrones y el entorno en el que se consume el alcohol.

Sin embargo, al realizar la comparación por estado de procedencia, los coahuilenses fueron los mayores consumidores con un porcentaje mayor al reportado por el Centro de Integración Juvenil (CIJ, 2016a) quien también reportó que Nuevo León presentó el porcentaje más alto de las tres entidades de estudio, con un 86.6% (CIJ, 2016b: 2016c). Además en datos más recientes se encontró que Nuevo León es el estado con mayor consumo de alcohol, seguido de Coahuila (ENCODAT, 2017), por lo que el consumo de alcohol es elevado en la región noreste, y es importante abordar esta cuestión ya que las situaciones en la que se consume suelen incluir carnes rojas, que han sido señaladas como potenciales cancerígenos (OMS, 2015d).

Contrario a lo encontrado por Lorenzini y cols. (2015), no se encontraron diferencias en el IMC entre consumidores y no consumidores de tabaco, ni por estado de procedencia, y, contrario a lo encontrado por Gómez, Landeros, Romero y Troyo (2016), no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres, y, a pesar de que es bajo el consumo de tabaco en nuestra muestra,

este comportamiento tiene serias consecuencias a corto plazo, ya que, de acuerdo al estudio de Caamaño, Alarcón y Delgado (2015), los jóvenes fumadores presentaron mayores niveles de colesterol total y triglicéridos por lo que aunque no se observen diferencias en relación al IMC, sí hay repercusiones en la salud de los jóvenes a corto plazo, y a largo plazo favoreciendo el desarrollo de enfermedades crónicas, infarto agudo al miocardio y cáncer de pulmón (ENA, 2011).

De manera general encontramos que el IMC es distinto solo en universitarios que cuidan su alimentación, mientras que en la práctica de actividad física, consumo de alcohol y tabaco no se encontraron diferencias, por lo que es necesario abordar la cuestión de la alimentación saludable en las intervenciones orientadas a presentar un IMC normal.

Mientras que no se encontraron diferencias en la práctica de hábitos de acuerdo al sexo, ni respecto al estado de procedencia (excepto en el consumo de alcohol), lo que podría indicar que sí hay una influencia cultural compartida en los hábitos, donde los estereotipos de género poco tienen que ver en la práctica de los comportamientos estudiados.

Imagen corporal

Respecto a la imagen corporal, cabe destacar que a pesar de que poco más de la mitad presenta y se percibe con normopeso, un alto porcentaje desea bajar de peso, y le preocupa engordar, siendo el abdomen la parte del cuerpo que les gustaría cambiar, tal como lo encontrado por Heras-Benavides, Díaz-Castrillón, Cruzat-Mandich y Lecaros-Bravo (2017), ya que esta parte del cuerpo es considerada como un referente para saber si la persona es etiquetada como “gorda” o “flaca”; además, la característica que les gustaría cambiar con mayor frecuencia es el de tener un cuerpo más firme.

Los comportamientos mayormente adoptados por los universitarios con la intención de bajar de peso fueron la práctica de ejercicio y hacer dietas, sin embargo, de acuerdo a Heras-Benavides y cols. (2017) este tipo de comportamientos cuyo objetivo principal es bajar de peso suelen abandonarse cuando se logra esta meta, pero vuelve a adoptarse cuando se produce un incremento de peso, por lo que podríamos decir que cuando estos comportamientos no rinden los frutos esperados a largo plazo, aumenta la probabilidad de adoptar otro tipo de comportamientos alimentarios de riesgo, como quedarse sin comer más de 12 horas, el uso de pastillas y dejar de desayunar.

Sin embargo, también es importante resaltar que la imagen corporal también funge como factor precipitante para la práctica de ejercicio, el cual es un comportamiento saludable (realizando las cantidades recomendadas y con una alimentación adecuada); esto también fue reportado por Brudzynski y Ebben (2010), quienes sostienen que la imagen corporal es un determinante significativo en la cantidad de ejercicio que se realiza, así como el tipo de ejercicio que se realiza, lo que podría relacionarse con el control conductual percibido, ya que los universitarios reconocen que tienen la capacidad de trabajar con su cuerpo para adecuarse a la imagen corporal deseada.

Imagen corporal de acuerdo a la clasificación del IMC, sexo y estado de procedencia

Sí se encontraron diferencias en la satisfacción corporal de acuerdo al IMC, donde a mayor IMC, mayor es el porcentaje de personas insatisfechas con su cuerpo, tal como lo reportado en otros estudios (Benitez, 2016; Heras-Benavides et al., 2017). Además, la insatisfacción con la imagen corporal estuvo presente en todas las categorías de IMC, lo que indica que es una cuestión que podría considerarse “normal” y que no es exclusiva de personas con un IMC elevado, como podría llegar a pensarse, debido a que la sobre-estimación del peso tiene que ver con cuestiones perceptuales, y como tal, se aleja de la objetividad del tamaño corporal real.

Dentro de los componentes de la imagen corporal, se encuentra la percepción del peso; aspecto en el cual encontramos una alta prevalencia de error en ambos sexos. Esta discrepancia tiene que ver con la sobreestimación del peso compartido socialmente, mayormente en las mujeres, lo que se detecta en la variable del yo real, donde se observó que los hombres se perciben con menor peso que las mujeres y en la cuestión del Yo ideal, los hombres desean aumentar su peso y las mujeres disminuirlo. Esto es importante debido a que a mayor magnitud de la discrepancia entre las características reales y las percibidas, mayor será la intensidad del tipo de malestar emocional generado por dicha percepción (Higgins, 1987).

El otro componente es el de (in)satisfacción con la imagen corporal. En este aspecto, el porcentaje de insatisfacción con la imagen corporal fue mayor en las mujeres que en los hombres, similar a lo encontrado en otras investigaciones (Blanco-Ornelas, Álvarez-Mendoza, Rangel-Ledezma, & Gastelum-Cuadras, 2017; Benítez, 2016; Zueck, Solano-Pinto, Benavides, & Guedea, 2016), lo que podría relacionarse también con lo mencionado anteriormente respecto a los estereotipos de género, ya que a pesar de que parece no afectar directamente sobre el hábito de la práctica de actividad física, las mujeres perciben mayor presión social para adecuarse al ideal de belleza prevalente en la sociedad, sumado a la creencia de que las mujeres engordan más fácilmente, lo que trae como consecuencia una mayor exigencia y un alto grado de insatisfacción con el cuerpo.

En respuesta a lo anterior, la mayoría de las mujeres desea perder peso y cambiar alguna parte de su cuerpo, siendo el tener un cuerpo más firme la característica que más les gustaría cambiar. Esta alta prevalencia en insatisfacción con la imagen corporal ha sido explicada a través de los estereotipos y roles de género que tienen que ver con la expectativa de obediencia y sumisión en las mujeres y que, además, mantengan el control sobre sí mismas y su entorno. Estas expectativas favorecen en gran medida que sean más susceptibles que los hombres a la presión social, y, en

consecuencia, a sentirse insatisfechas con su cuerpo, como producto de la falta de control sobre lo real y lo ideal, lo cual las convierte en más vulnerables a desarrollar trastornos alimentarios, dismorfia corporal y/o comportamientos no saludables para el control de peso (Tiwari & Kumar, 2015).

A pesar de que no se encontraron diferencias en la satisfacción con la imagen corporal en los universitarios de diferente entidad federativa, encontramos que la insatisfacción con la imagen corporal es un problema presente en la mayoría de los universitarios, ya que estos porcentajes son incluso más altos que los encontrados en otras investigaciones en universitarios peruanos (Benel, Campos, & Cruzado, 2012), y en españoles (Berengüi et al., 2016).

Sánchez-Sosa, Villarreal y Valdivieso (2013) sostienen que la insatisfacción con la imagen corporal no es una evaluación mental, sino más bien es producto de una normatividad social, donde el cuerpo es visto como una insignia, por lo que el ideal de belleza es compartido e internalizado y ha favorecido el aumento de la brecha entre la imagen corporal de sí mismo y la imagen corporal deseada (Álvarez, 2011).

Por lo tanto, la insatisfacción con la imagen corporal es un problema de salud debido a que se traduce en un factor de riesgo en lo concerniente a la alimentación, en cuanto a que los hace vulnerables a adoptar dietas restrictivas (Ribeiro-Silva, Fiaccone, Conceição-Machado, Ruiz, Barreto, & Santana, 2017) o presentar trastornos de la conducta alimentaria, como la anorexia y la bulimia nerviosa (Franco, Díaz, López-Espinoza, Escoto, & Camacho, 2013).

También, se ha encontrado que los adolescentes con insatisfacción con la imagen corporal son más propensos a presentar sintomatología depresiva (Flores-Cornejo, Kamego-Tome, Zapata-Pachas, & Alvarado, 2017), sintomatología de trastornos de ansiedad, conductas de evitación (Vannucci & Ohannessian, 2017) e ideación suicida, siendo las actitudes y sentimientos respecto al cuerpo los principales predictores (Brausch & Muehlenkamp, 2007).

Por lo tanto, es necesario analizar los patrones sociales, educacionales, y emocionales relacionados a la percepción de la imagen corporal (García, Caracuel, Cocca, Cocca, & Ceballos, 2017) construyendo un modelo de intervención que favorezca la construcción y mantenimiento de una percepción positiva y una autoestima saludable generar un impacto positivo en la calidad de vida de los universitarios.

Autoeficacia General Percibida y hábitos de salud

Los universitarios de nuestro estudio muestran un nivel medio alto de Autoeficacia General Percibida (AGP), lo cual es un factor de protección refiriéndonos a que los universitarios se perciben capaces de enfrentar las demandas de su entorno, además la AGP fue igual en hombres y mujeres, y en los diferentes grupos de universitarios de acuerdo a su estado de procedencia. Esto es interesante ya que en el estudio de Aguirre, Blanco, Rodríguez-Villalobos y Ornelas (2015) en universitarios del noroeste de México, sí se encontraron diferencias significativas en hombres y mujeres en relación a la AGP, siendo las mujeres quienes presentaron niveles más altos de esta variable.

Respecto a los hábitos de salud, no se encontraron diferencias en el puntaje de la AGP entre los universitarios que sí cuidaban si alimentación y los que no, lo cual podría ser explicado ya que dentro de la Teoría Social Cognitiva se enfatiza en el papel del aprendizaje que se adquiere a través de otras personas o modelos, mediante el aprendizaje vicario que se produce en el contexto social, donde los padres pueden fungir como modelos en la adquisición de hábitos de alimentación no saludables (Fitzgerald, Heary, Kelly, Nixon, & Shevlin, 2013), esto se puede relacionar con lo mencionado anteriormente, respecto a que los universitarios no suelen participar en la alimentación de sus alimentos.

No obstante, se encontraron diferencias en el puntaje de AGP en los que sí practicaban actividad física regularmente y los que no la practicaban,

resultados similares a los encontrados en el estudio realizado por Reigal, Videra y Gil (2014). Las experiencias de éxito generadas por la práctica de actividad física continua y la adquisición y mejora de competencias y destrezas físicas, contribuye a incrementar la confianza personal y las evaluaciones positivas de autoeficacia (León, Medina, & Munduate, 2008), además esto lo podemos relacionar con que, en nuestra muestra, los universitarios solían practicarlo en soledad en casa, lo que implica que hay un compromiso a nivel personal con la realización de este hábito.

También se encontraron diferencias en los puntajes de los fumadores y no fumadores, siendo el rango promedio más alto en los no fumadores. De acuerdo a Bucio (2015) existe un tipo de autoeficacia relacionada con la resistencia, que se refiere al juicio sobre la propia capacidad para evitar el consumo de drogas, refiriéndonos específicamente al tabaco, y resistir la presión interpersonal o intrapersonal que motiva al consumo, lo que nos hace retomar que los universitarios de nuestra investigación reportaron que eran los propios fumadores los responsables de su consumo, lo que indica que este comportamiento lo atribuyen a cuestiones motivacionales intrapersonales.

Mientras que, contrario al comportamiento de consumo de tabaco, no se encontraron diferencias significativas entre los universitarios que ingieren alcohol y los que no, ya que, tal como se mencionó anteriormente, ingerir bebidas alcohólicas con amigos y familiares tiene un significado psicológico en el contexto social de los estudiantes, como facilitadores de la relación e integración de los individuos (Gómez et al., 2016), estando este comportamiento totalmente relacionado a la experiencia de placer o disfrute de los universitarios (Strachan & Brawley, 2009).

Por lo que de manera general podemos destacar que la alimentación y el consumo de alcohol tienen que ver más con una cuestión social, donde el primero se relaciona con la falta de participación en la preparación de alimentos y el segundo comportamiento, a que es percibido como un medio de socialización en la cultura mexicana.

Calidad de vida

Los universitarios presentan una alta calidad de vida, estos resultados son similares a los reportados en la investigación de Barraza y Ortiz (2012), Wanden-Berghe y cols. (2015). Mientras que los mayores niveles de satisfacción en nuestra muestra se encontraron en las relaciones sociales y la situación de la casa donde viven, similar a lo encontrado por Salgado y cols. (2017), lo que indica que estas dos cuestiones tienen un peso importante en la evaluación que los universitarios realizan de su situación vital.

La evaluación de la calidad de vida de los universitarios es un punto de especial importancia ya que el grado de satisfacción está relacionado con el logro actual y a largo plazo de los objetivos vitales (Álvarez, 2004).

Calidad de vida y variables sociodemográficas

No hay diferencias en la puntuación de la calidad de vida general en universitarios con diferentes IMC, ni entre hombres y mujeres, diferente a lo encontrado por Wanden-Berhe y cols. (2015), donde encontraron que a mayor IMC menor calidad de vida y que los hombres fueron quienes presentaron una mejor calidad de vida, estas diferencias respecto al género también fueron encontradas en universitarios de Cd. Guzmán, Jalisco (Hidalgo-Rasmussen et al., 2013).

Respecto a la entidad federativa, sí se encontraron diferencias, siendo los tamaulipecos quienes reportaron un rango promedio más alto, en segundo lugar los neoloneses y en tercero los coahuilenses. Esto es interesante ya que según el Índice de Calidad de Vida reportado en Las ciudades más habitables 2016, publicado por el Gabinete de Comunicación Estratégica (GCE), Saltillo fue la ciudad que obtuvo el segundo lugar nacional; el área metropolitana de Monterrey, el doceavo lugar; y Ciudad Victoria, el trigésimo cuarto lugar.

La relevancia de estos datos contrastados con los de nuestra investigación radica en que el índice reportado por el GCE se basa en la percepción ciudadana respecto al acceso a los bienes y servicios lo cual explicaría esta diferencia entre nuestros resultados y los datos del GCE, donde los principales problemas reportados por la población entre 18 a 34 años del área metropolitana de Monterrey y Cd. Victoria fue la inseguridad/delincuencia, mientras que en Saltillo fue la corrupción.

De manera general, los estudiantes universitarios del noreste de México reportaron un alto nivel de satisfacción general de sus vidas, lo cual podemos entender como un reflejo de su etapa de desarrollo, nivel de escolaridad (Herrera, Matos, Martínez, & Lens, 2015), así como las interacciones positivas que se desarrollan en esta etapa (Salgado et al., 2017).

Relación entre los hábitos de salud, la percepción de la imagen corporal y la percepción de autoeficacia con la evaluación de la calidad de vida

En la cuestión de las diferencias en la calidad de vida de acuerdo a las demás variables estudiadas. Sí encontramos diferencias en la calidad de vida general reportada entre los que cuidan y los que no cuidan su alimentación, siendo más alto el rango promedio en los que sí la cuidaban, por lo que la alimentación cumple un papel fundamental tanto en la cuestión física, detectado a través de su efecto en el IMC, como en la cuestión psicológica.

Por otro lado y contrario a lo encontrado en otras investigaciones (Hidalgo-Rasmussen et al., 2013; Lima-Serrano, Martínez-Montilla, Guerra-Martín, Vargas-Martínez, & Lima-Rodríguez, 2016) no se encontraron diferencias en la puntuación de la calidad de vida entre los que sí practicaban ejercicio y los que no, a pesar de que sí encontramos relación con la AGP.

Mientras que respecto al consumo de sustancias, la calidad de vida no fue distinta entre consumidores de alcohol y no consumidores, lo que podría deberse a que, a pesar de que este comportamiento se ha relacionado con la

alexitimia, dicha relación tiene un nivel de significación bajo (Moral, 2009), por lo que aunque su consumo es elevado, este comportamiento está ligado a la socialización y tiempo libre, actividades consideradas como placenteras para los jóvenes.

Sin embargo, en los consumidores de tabaco sí se encontró una relación con la calidad de vida reportada, siendo los que no lo consumen quienes reportaron un rango promedio más alto, similar a lo encontrado por Hidalgo-Rasmussen (2010) y por Lima-Serrano y cols. (2016) el consumo de tabaco se asoció a menores niveles de calidad de vida. Esto puede ser porque, contrario al comportamiento de consumo de alcohol, el consumo de tabaco se percibe como un comportamiento malo para la salud cuya motivación al consumo tiene que ver con olvidar situaciones desagradables para los jóvenes, lo que podría ser evaluado como una técnica de afrontamiento de reducción de la tensión, la cual constituye un estilo no adaptativo del manejo emocional (Pamies & Quiles, 2012).

En relación a la imagen corporal, no se encontraron diferencias entre los universitarios satisfechos e insatisfechos con su imagen corporal, diferente a lo reportado por Wanden-Berghe y cols. (2015). Esto es interesante ya que indica que la percepción de la situación vital de los universitarios no se ve influenciada por la manera en la que perciben y cómo se sienten respecto a sus cuerpos, ya que esta cuestión es una problemática que se podría considerar como “normal”, estadísticamente hablando.

Sin embargo, continuando con la percepción de la imagen corporal, en la preocupación por engordar sí se encontraron diferencias entre los universitarios que reportaron preocupación por engordar y los que no se preocuparon por esto, quienes presentaron un rango promedio más alto; resultados parecidos a los reportados por Hidalgo-Rasmussen e Hidalgo-San Martin (2011), donde se encontró que la percepción del peso cercano al correcto se asoció a una mejor CV en estudiantes de secundaria. Esta relación entre CV y la preocupación por engordar, a diferencia de la insatisfacción corporal, se relaciona con los

pensamientos y comportamientos que se generan a partir del deseo e interés por modificar alguna característica del cuerpo, que es distinto al plano meramente afectivo involucrado en la insatisfacción corporal.

Finalmente, y similar a lo encontrado en los estudios de Reigal y cols. (2014) y de Chavarría y Barra (2014) se presentó una correlación positiva estadísticamente significativa entre la AGP y la satisfacción con la vida. Esta relación puede ser explicada porque una mejor percepción de la capacidad del individuo para actuar efectivamente tiene como resultado una evaluación más positiva en diferentes ámbitos de pertenencia y funcionamiento, lo que empuja a percibir la vida de manera más satisfactoria (Chavarría & Barra, 2014; Sousa & Lyubomirsky, 2001, citado en Reigal et al., 2014).

Por lo tanto, la calidad de vida es un indicador que, en nuestra investigación, se ve influenciado por factores externos, como los hábitos alimenticios y el consumo de tabaco; e internos, como las creencias respecto a estos comportamientos y la percepción de eficacia, por lo que también nos proporciona información importante sobre las áreas de oportunidad al momento de construir una intervención dirigida a universitarios de la zona noreste de México.

A partir de los datos mostrados, es importante analizar que a pesar de que la población universitaria es un colectivo, en general sano, se encuentran en riesgo de desarrollar alguna enfermedad crónica no transmisible debido a la falta de participación y poco uso de los recursos informativos en torno a su alimentación, sus hábitos de actividad física y el alto consumo de alcohol y tabaco.

Por lo tanto, es necesaria la construcción y aplicación de programas de promoción de hábitos saludables para educar en salud mediante información respecto a los beneficios de un estilo de vida saludable (García & Fonseca, 2012), y además incluir la variable de autoeficacia como un componente motivacional psicológico indispensable para tomar decisiones en diferentes

situaciones, sociales o no, que favorezcan a la salud (Fitzgerald, Heary, Kelly, Nixon, & Shevlin, 2013); así como educar en una adecuada administración del tiempo libre, disminuyendo las horas en actividades sedentarias.

Igualmente, la presente investigación resalta la importancia de analizar lo relacionado a los hábitos de salud e imagen corporal en los jóvenes y abordar las causas por las que no se posee una estimación cercana a las características corporales reales; ya que la prevalencia de insatisfacción corporal es muy alta en los universitarios del noreste de México. Esta problemática es un factor de riesgo de la adopción de conductas orientadas a la modificación del peso y el cuerpo, tales como los comportamientos alimentarios de riesgo, los trastornos alimentarios o incluso la práctica de cirugías estéticas, aspecto en el cual México ocupa el quinto lugar a nivel mundial (International Society of Aesthetic Plastic Surgery, 2016).

La salud de los jóvenes ocupa un lugar de importancia entre las prioridades internacionales de desarrollo, que incluyen desde la necesidad de formular políticas innovadoras y eficaces en el nivel regional como el fomento de una mayor sensibilización y una participación más activa de los jóvenes, sus familias y sus comunidades en el ámbito local (OPS, 2011), ya que según Cutillas y cols. (2013), este grupo etario suele quedar olvidado en los planes de promoción de salud.

Por lo que es fundamental el papel del gobierno, mediante las políticas públicas, ofreciendo los espacios seguros y necesarios para favorecer la adopción de hábitos saludables, aspectos que van desde la construcción de caminos y estrategias para el transporte, hasta la provisión local de facilidades para actividades recreativas (OMS, 2008b); así como generar intervenciones de acuerdo a las características, necesidades y actividades de los jóvenes, esto con el objetivo tener un efecto a corto, mediano y largo plazo en el autocuidado de la salud física, mental y social de los universitarios para mejorar su calidad de vida y luchar contra la pandemia del siglo XXI (el sobrepeso y la obesidad).

RECOMENDACIONES PARA FUTUROS ESTUDIOS

Basándonos en los resultados de la presente investigación se recomienda:

- Realizar un tipo de muestreo probabilístico que permita que los datos puedan ser generalizados a otras poblaciones universitarias.
- Abarcar poblaciones adultas que se encuentren ya desempeñándose profesionalmente para evaluar sus hábitos durante esta etapa (instauración, mantenimiento y extinción).
- Sería interesante tomar las medidas auto-reportados de peso y talla, pero complementarlas con las medidas reales recabadas por el investigador, ya que esto también daría información respecto a la distorsión perceptiva de la imagen corporal.
- Profundizar en la cuestión del manejo del tiempo de los universitarios, sus horarios, actividades de tiempo libre, etc., con el objetivo de analizar cuáles son las actividades que mayor tiempo les consume, además de agregar ítems respecto a la calidad del sueño, que igualmente puede verse alterado durante esta etapa.
- Igualmente, se recomendaría ahondar en las cuestiones emocionales de los universitarios por el gran peso que tiene este factor en las creencias y comportamientos de salud y en la manera de evaluar su situación vital.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aguilar, L., Contreras, M., del Canto, J., & Vilchez, W. (2012). *Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta*. Lima: Ministerio de Salud.

Aguirre, J. F., Blanco, J. R., Rodríguez-Villalobos, J. M., & Ornelas, M. (2015). Autoeficacia general percibida en universitarios mexicanos: diferencias entre hombres y mujeres. *Formación universitaria,* 8(5), 97-102. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/3735/373544192011.pdf

Ahmad, I. (2007). Biopsychosocial model. *APMC*, 1(1), 11-13. Recuperado de http://applications.emro.who.int/imemrf/Ann_Punjab_Med_Coll/Ann_Punjab_Med_Coll_2007_1_1_11_13.pdf

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes,* 50(2), 179-211. doi: 10.1016/0749-5978(91)90020-T

Ajzen, I. (2001). *Attitudes, personality and behavior.* Chicago: Dorsey.

Ajzen, I. (2002). Perceived Behavioral Control, Self-Efficacy, Locus of Control, and the Theory of Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology,* 32(4), 665-683. doi: 10.1111/j.1559-1816.2002.tb00236.x

Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. New Jersey: Prentice-Hall.

Ajzen, I., & Timko, C. (1986). Correspondence between health attitudes and behavior. *Basic and Applied Social Psychology*, 7, 259-276. doi: 10.1207/s15324834basp0704_2

Alconada-Padilla, R., & Andújar-Barroso, R. T. (2016). *Imagen corporal y alteración de la conducta alimentaria en adolescentes.* Póster presentado en Jornadas SEPCyS, Córdoba.

Alfaro, D. (2013). Rol del profesional de psicología en atención primaria de la salud. *Revista electrónica de Esc. De psicología,* 8(1), 61-80.

Alonso, M. M., & Álvarez, J. (2009). Consumo de alcohol en mujeres adultas: una aproximación cualitativa. En Moral, J., & Álvarez, J. (Comps.), *De la salud a la enfermedad. Hábitos tóxicos y alimenticios* (149-192). México: Universidad Autónoma de Nuevo León.

Álvarez, J. (2004). *Los jóvenes y sus hábitos de Salud.* México, D.F.: Trillas.

Álvarez, J. (2011). Los adolescentes y su imagen corporal: esquemas cognitivos, canon social, hábitos y emociones. En Moral, J., Ybarra, J., Álvarez, J., Zapata, J., & González, J. (Cols.), *Adolescentes escolarizados: sus hábitos de actividad física y alimentación. Un estudio comparativo en el noreste de México* (33-94). México: Fontamara.

Amigo, I. (2012). *Manual de Psicología de la Salud*. Recuperado de https://es.scribd.com/doc/299276196/Amigo-Isaac-2012-Psicologia-de-La-Salud

Armendáriz, N. A., Alonso, M. M., Alonso, B. A., López, M. A., Rodríguez, L. A., & Méndez, M. D. (2014). La familia y el consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Ciencia y enfermería,* 20(3). Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532014000300010&script=sci_arttext&tlng=pt

Arora, S. K., Shah, D., Chaturvedi, S., & Gupta, P. (2015). Defining and Measuring Vulnerability in Young People. *Indian J Community Med.* 40(3), 193-197. doi: 10.4103/0970-0218.158868

Baessler, J., & Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés,* 2, 1-8.

Bandura, A. (1977). Self.efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review,* 84*,* 191-215.

Bandura, A. (1993). Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educational Psychologist,* 28(2), 117-148. doi: 10.1207/s15326985ep2802_3

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control.* New York: Freeman.

Bandura, A. (2006). *Toward a Psychology of Human Agency.* Recuperado de https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura2006PPS.pdf

Barraza, C. G., & Ortiz, L. (2012). Factores relacionados a la calidad de vida y satisfacción en estudiantes de enfermería. *Ciencia y enfermería,* XVIII(3), 111-119. doi: 10.4067/S0717-95532012000300011

Baum, A., & Poslunsny, D. (1999). Health Psychology: Mapping Biobehavioral Contributions to Health and Illness. *Annual Review of Psychology*, 50, 137-163. doi:10.1146/annurev.psych.50.1.137

Behar, R., Gramegna, G., & Arancibia, M. (2014). Perfeccionismo e insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuro-psiquiatría,* 52(2), 103-114. doi: 10.4067/S0717-92272014000200006

Benel, R., Campos, S., & Cruzado, L. (2012). Insatisfacción corporal en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia medida con el Body Shape Questionnaire. *Revista de Neuropsiquiatría,* 75(3). Recuperado de http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/viewFile/1226/1258

Benítez, A. M. (2016). *Hábitos alimentarios de riesgo en la población universitaria Extremeña*. (Tesis doctoral, Universidad de Extremadura). Recuperado de http://dehesa.unex.es/xmlui/bitstream/handle/10662/4087/TDUEX_2016_Benitez_Benitez.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Berengüi, R., Castejón, M. A., & Torregrosa, M. S. (2016). Insatisfacción corporal, conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en universitarios. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios,* 7(1), 1-8. doi: 10.1016/j.rmta.2016.02.004

Berrocal, C., Fava, G., & Sonino, N. (2016). Contribuciones de la Medicina Psicosomática a la Medicina Clínica y Preventiva. *Anales de psicología,* 32(3), 828-836.

Beville, J. M., Umstattd, R., Usdan, S. L., Turner, L. W., Jackson, J. C., & Lian, B. E. (2014). Gender differences in College Leisure Time Physical Activity: Application of the Theory of Planned Behavior and Integrated Behavioral Model. *Journal of American College Health,* 62(3), 37-41. doi: 10.1080/07448481.2013.872648

Blanco-Ornelas, J. R., Álvarez-Mendoza, G., Rangel-Ledezma, Y., & Gastelum-Cuadras, G. (2017). Imagen corporal en universitarios: comparaciones por género. *Revista de Educación y Desarrollo,* 41, 71-75. Recuperado de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/41/41_Blanco.pdf

Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2008). *Basic Epidemiology*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/36838/1/9241544465.pdf

Bonvecchio, A., González, W., & Fernández-Gaxiola, A. C. (2015). Alimentación en las diferentes etapas de la vida. En Bonvecchio, A., Fernández-Gaxiola, .A. C., Plazas, M., Kaufer-Horwiitz, M., Pérez, A. B., & Rivera, J. (Eds.), *Guías Alimentarias y de Actividad Física en Contexto de Sobrepeso y Obesidad en la Población Mexicana*. Recuperado de https://www.insp.mx/images/stories/2015/Noticias/Nutricion_y_Salud/Docs/151118_guias_alimentarias.pdf

Bonvecchio, A., Salvo, D., Jáuregui, A., & Fernández-Gaxiola, A. C. (2015). Realizar actividad física todos los días y evitar el sedentarismo. En Bonvecchio, A., Fernández-Gaxiola, .A. C., Plazas, M., Kaufer-Horwiitz, M., Pérez, A. B., & Rivera, J. (Eds.), *Guías Alimentarias y de Actividad Física en Contexto de Sobrepeso y Obesidad en la Población Mexicana*. Recuperado de https://www.insp.mx/images/stories/2015/Noticias/Nutricion_y_Salud/Docs/151118_guias_alimentarias.pdf

Brausch, A. M., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Body image and suicidal ideation in adolescents. *Body image,* 4(2), 207-212. doi: 10.1016/j.bodyim.2007.02.001

Brudzynski, L., & Ebben, W. P. (2010). Body Image as a Motivator and Barrier to Exercise Participation. *International Journal of Exercise Science,* 3(1), 14-24. Recuperado de https://digitalcommons.wku.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com.mx/&httpsredir=1&article=1172&context=ijes

Bucio, N. (2015). *Autoeficacia percibida, resiliencia y consumo de alcohol en estudiantes de pregrado* (Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de Querétaro). Recuperado de http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/3124/1/RI003224.pdf

Bully, P., Elosua, P., & López-Jáuregui, A. (2012). Insatisfacción corporal en la adolescencia: Evolución de una década. *Anales de psicología,* 28*(*1), 196-202. Recuperado de https://search.proquest.com/openview/023f585c480b5e17a9bebcadfafa385c/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1606360

Burns, D. D. (1980). The perfectionist´s script for self defeat. *Psychology Today,* 34-51.

Caamaño, F., Alarcón, M., & Delgado, P. (2015). Niveles de obesidad, perfil metabólico, consumo de tabaco y presión arterial en jóvenes sedentarios. *Nutrición Hospitalaria,* 35(5), 2000-2006. Recuperado de http://www.redalyc.org/html/3092/309243320015/

Cabanach, R., Valle, A., Rodríguez, S., Piñeiro, I., & González, P. (2010). Las creencias motivacionales como factor protector del estrés en estudiantes universitarios. *European Journal of Education and Psychology,* 3(1), 75-87.

Calogero, R. M., & Thompson, J. K. (2010). Gender and body image. En Chrisler, J. C., & McCreary, D. M. (Eds.), *Handbook of gender research in psychology* (153-184). doi: 10.1007/978-1-4419-1467-5_8

Calzo, J. P., Sonneville, K. R., Haines, J., Blood, E. A., Field, A. E., & Austin, S. B. (2012). The Development of Associations Among Body Mass Index, Body Dissatisfaction, and Weight and Shape Concern in Adolescent Boys and Girls. *Journal of Adolescent Health,* 51(5), 517-523. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.02.021

Camacho, M. J. (2006). Imagen corporal y práctica de actividad física en las chicas adolescentes: Incidencia de la modalidad deportiva. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte,* 3(2), 1-19. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71000301

Camargo, D. M., Orozco-Vargas, L. C., & Niño, G. I. (2014). Calidad De Vida En Estudiantes Universitarios. Evaluación De Factores Asociados. *Revista Costarricense de Salud Pública,* 23(2), 117-123. Recuperado de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292014000200004

Cantú-Berrueto, A., Castillo, I., López-Walle, J., Tristán, J., & Balaguer, I. (2016). Estilo interpersonal del entrenador, necesidades psicológicas básicas y motivación: un estudio en futbolistas universitarios mexicanos. *Revista iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte,* 11(2), 263-270. Recuperado de http://www.redalyc.org/html/3111/311145841011/

Carriedo, A., & Bonvecchio, A. (2015). Revisar el etiquetado nutrimental para seleccionar mejores opciones de alimentos. En Bonvecchio, A., Fernández-Gaxiola, A. C., Plazas, M., Kaufer-Horwiitz, M., Pérez, A. B., & Rivera, J. (Eds.), *Guías Alimentarias y de Actividad Física en Contexto de Sobrepeso y Obesidad en la Población Mexicana*. Recuperado de https://www.insp.mx/images/stories/2015/Noticias/Nutricion_y_Salud/Docs/151118_guias_alimentarias.pdf

Castañeda, C., & Romero, S. (2014). Alimentación y Consumo de Sustancias (Alcohol, Tabaco y Drogas) del Alumnado Universitario. *Análisis en Función del Género y la Práctica de Actividad Físico-Deportiva. Cultura, Ciencia y Deporte,* 9 (26), 95-105. Recuperado de http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=163036900006

Castaño, G., García, J. A., & Marzo, J. C. (2014). Consumo de alcohol y factores intervinientes en estudiantes universitarios. *Revista Cubana de Salud Pública,* 40(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000100006

Ceballos, O., Álvarez, J., Torres, A. y Zaragoza, J. (2009). *Actividad física y calidad de vida.* México: Trillas.

Chavarría, M. P., & Barra, E. (2014). Satisfacción vital en adolescentes: relación con la autoeficacia y el apoyo social percibido. *Terapia Psicológica,* 32(1). doi: 10.4067/S0718-48082014000100004

Cho, A., & Lee, J. (2013). Body dissatisfaction levels and gender differences in attentional biases toward idealized bodies. *Body Image,* 10, 95-102. doi: 10.1016/j.bodyim.2012.09.005

Chunga, L. J. (2015). Trastornos de la conducta alimentaria y alexitimia en adolescentes femeninas escolares. *Revista de Psicologíal,* 17(2), 116-127. doi: 10.18050/revpsi.v17n2a6.2015

Centro de Integración Juvenil. (2016a). *Coahuila.* Recuperado de http://www.cij.gob.mx/patronatosCIJ/pdf/Coahuila.pdf

Centro de Integración Juvenil. (2016b). *Nuevo León.* Recuperado de http://www.cij.gob.mx/patronatosCIJ/pdf/NuevoLeon.pdf

Centro de Integración Juvenil. (2016c). *Tamaulipas.* Recuperado de http://www.cij.gob.mx/patronatosCIJ/pdf/Tamaulipas.pdf

Cocca, A., Mayorga-Vega, D., & Viciana, J. (2013). Relación entre niveles de actividad física y el placer de ser activos en estudiantes universitarios. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y del Deporte,* 8(2), 359-372.

Codina, N., & Pestana, J. V. (2016). Actividad físico-deportiva como experiencia de ocio y perspectiva temporal en los jóvenes. *Revista de Psicología del Deporte,* 25(2), 53-60. Recuperado de http://www.redalyc.org/html/2351/235149102009/

Conner, M., & Armitage, C. (1998). Extending the theory of planned behavior: A review and avenues for further research. *Journal of Applied Social Psychology,* 28, 1429-1464.

Conner, M., & Sparks, P. (2002). Ambivalence and attitudes. *European Review of Social Psychology,* 12*,* 37-70. doi: 10.1002/0470013478.ch2

Contreras, G., Camacho, E., Ibarra, M., López, L., Escoto, M., Pereira, C., & Munguía, L. (2013). Los hábitos alimentarios de estudiantes universitarios. *Revista Digital Universitaria,* 14(10). Recuperada de: http://www.revista.unam.mx/vol.14/num11/art48/

Constanza, R., Fisher, B., Ali, S., Beer, C., Bond, L., Bpumans, R., Danigelis, N., Dickinson, J., Elliott, C., Farley, J., Elliott, D., MacDonald, L., Hudspeth, T., Mahoney, D., McCahill, L., McIntosh, B., Reed, B., Turab, A., Rizzo, D., Simpatico, T., & Snapp, R. (2006). Quality of Life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being. *Ecological Economics,* 61, 267-276.

Costa, G., Petrucci, D., & Lessa, B. (2015). Change in body weight and body image in young adults: a longitudinal study. *BMC Public Health,* 15, 222. doi:10.1186/s12889-015-1579-7

Cruz, S., & Maganto, C. (2003). El test de siluetas: un estudio exploratorio de la distorsión e insatisfacción con la imagen corporal en adolescentes. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología,* 8(1), 79-99. Recuperado de http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/articulos/25a.pdf

Cutillas, A. B., Herrero, E., San Eustaquio, A., Zamora, S., & Pérez-Llamas, F. (2013). Prevalencia de peso insuficiente, sobrepeso y obesidad, ingesta de energía y perfil calórico de la dieta de estudiantes universitarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (España). *Nutrición hospitalaria,* 28(3). doi: 10.3305/nh.2013.28.3.6443

Das, J. K., Salam, R. A., Thornburg, K. L., Prentice, A. M., Campisi, S., Lassi, Z. S., Koletzko, B., & Bhutta, Z. A. (2017). Nutrition in adolescents: physiology, metabolism, and nutritional needs. *Annals of the New York Academy Sciences,* 1393(1), 21-33. doi: 10.1111/nyas.13330.

Deliens, T., Clarys, P., De Bourdeaudhuij, I., & Deforche, B. (2014). Determinants of eating behaviour in university students: a qualitative study using focus group discussions. *BMC Public Health,* 14(53). Recuperado de https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-14-53?site=http://bmcpublichealth.biomedcentral.com

Della Valle, E., Grimaldi, R., & Farinaro, E. (2008). Importance of physical activity for prevention of chronic diseases. *Annali Di Igiene.,* 20(5), 485-493. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19069254

Deurenberg, P., Deurenberg, Y. M., Wang J., Lin, F. P., & Schmidt, G. (1999). The impact of body build on the relationship between body mass index and percent body fat. *International journal of obesity and related metabolic disorder,* 23(5), 537-542. doi: 10.1038/sj.ijo.0800868

Díaz-Castillo, R., & Aizpuru, A. (2016). Relación entre alexitimia e insatisfacción corporal en mujeres mexicanas con distintos trastornos alimentarios. *Revista mexicana de trastornos alimentarios,* 7(1). Recuperado de http://www.redalyc.org/jatsRepo/4257/425746132010/425746132010_visor_jats.pdf

Diefenbach, M. A., & Leventhal, H. (1996). The common sense model of illness representation: theoretical and practical considerations. *Journal of social distress and the homeless,* 5(1), 11-38.

Downes, L. (2015). Physical Activity and Dietary Habits of College Students. *The Journal for Nurse Practitioners,* 11(2), 192-200. doi: 10.1016/j.nurpra.2014.11.015

Durán-Agüero, S., Beyzaga-Medel, C., & Miranda-Durán, M. (2016). Comparación en autopercepción de la imagen corporal en estudiantes universitarios evaluados según Índice de Masa Corporal y porcentaje de

grasa. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética,* 20(3), 180-189. doi: 10.14306/renhyd.20.3.209

Durán, S., Bazaez, G., Figueroa, K., Berlanga, M., Encina, C., & Rodríguez, M. (2012). Comparación en calidad de vida y estado nutricional entre alumnos de nutrición y dietética y de otras carreras de la universidad Santo Tomás de Chile. *Nutrición Hospitalaria,* 27(3), 739-746.

Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes.* Forth Worth, Texas: Harcourt Brace Jovanovich.

Elosua, P. (2013). Efecto diferencial y modulador del índice de masa corporal sobre la insatisfacción corporal en mujeres jóvenes españolas y mexicanas. Nutrición Hospitalaria, 28(6), 2175-2181. doi: 10.3305/nh.2013.28.6.6748

Encuesta Nacional de Adicciones. (2011a). *Tabaco.* Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_TABACO.pdf

Encuesta Nacional de Adicciones. (2011b). *Alcohol.* Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_ALCOHOL.pdf

Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco. (2017a). *ENCODAT 2016-2017. Reporte de Tabaco.* Recuperado de https://drive.google.com/file/d/1lktptvdu2nsrSpMBMT4FdqBIk8gikz7q/view

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2012). *Resultados Nacionales.* Recuperado de: http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino. (2016). *Informe final de resultados.* Recuperado de http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/doctos_2016/ensanut_mc_2016-310oct.pdf

Endicott, J., (2009). *Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire Publications.* New York. Plenum Publishing Corporation.

Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for Biomedicine. *Science,* 196(4286), 129-136. doi: 10.1126/science.847460

Escobar, M., & Pico, M. (2013). Autocuidado de la salud en jóvenes universitarios, Manizales, 2010-2011. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública,* 31(2), 178-186.

Espada, J. P., Gonzálvez, M. T., Orgilés, M., Carballo, J. L., & Piqueras, J. A. (2012). Validación de la escala de autoeficacia general con adolescentes españoles. *Electronic journal of research in educational psychology,* 10(26), 355-370. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293123551018

Esparza, S. E., Álvarez, J., & Flores, C. P. (2009). Motivaciones físicas, psicológicas y sociales para el consumo de tabaco en jóvenes. En Moral, J., & Álvarez, J. (Comps.), *De la salud a la enfermedad. Hábitos tóxicos y alimenticios* (101-148). Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León

Espinoza, L., Rodríguez, F., Gálvez, J., & MacMillan, N. (2011). Hábitos de alimentación y actividad física en estudiantes universitarios. *Revista Chilena de Nutrición,* 38(4), 458-465. doi: 10.4067/S0717-75182011000400009

Fernández-Gaxiola, A. C., Bonvecchio, A., & Rivera, J. (2015). Disminuir el consumo de grasa, azúcares y sal. En Bonvecchio, A., Fernández-Gaxiola, A. C., Plazas, M., Kaufer-Horwiitz, M., Pérez, A. B. & Rivera, J. (Eds.), *Guías Alimentarias y de Actividad Física en Contexto de Sobrepeso y Obesidad en la Población Mexicana*. Recuperado de https://www.insp.mx/images/stories/2015/Noticias/Nutricion_y_Salud/Docs/151118_guias_alimentarias.pdf

Fernández-Gaxiola, A. C., & Escalante, E. (2015). Consejería nutricia. En Bonvecchio, A., Fernández-Gaxiola, A. C., Plazas, M., Kaufer-Horwiitz, M., Pérez, A. B. & Rivera, J. (Eds.), *Guías Alimentarias y de Actividad Física en Contexto de Sobrepeso y Obesidad en la Población Mexicana*. Recuperado de https://www.insp.mx/images/stories/2015/Noticias/Nutricion_y_Salud/Docs/151118_guias_alimentarias.pdf

Fitzgerald, A., Heary, C., Kelly, C., Nixon, E., & Shevlin, M. (2013). Self-efficacy for healthy eating and peer support for unhealthy eating are associated with adolescents' food intake patterns. *Appetite,* 63, 38-58. doi: 10.1016/j.appet.2012.12.011

Flores-Cornejo, F., Kamego-Tome, M., Zapata-Pachas, M. A., & Alvarado, G. F. (2017). Association between body image dissatisfaction and depressive symptoms in adolescents. *Revista Brasileira de Psiquiatría,* 39(4), 316-322. doi: 10.1590/1516-4446-2016-1947

Food and Agriculture Organization of the United Nations. (2007). *Glosario de términos.* Recuperado de http://www.fao.org/docrep/014/am401s/am401s07.pdf

Franco, K., Díaz, F. J., López-Espinoza, A., Escoto, M. C., & Camacho, E. J. (2013). Variables predictoras de riesgo de trastorno del comportamiento alimentario en mujeres. *Terapia Psicológica,* 31(2). doi: 10.4067/S0718-48082013000200008

Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research,* 14, 449-468. doi: 10.1007/BF01172967

Gabinete de Comunicación Estratégica. (2015). *Las ciudades más habitables de México 2015.* Recuperado de http://en2015.gabinete.mx/static/ciudades/Ciudadesmashabitables2015_7ago.pdf

Gabinete de Comunicación Estratégica. (2016). *Las Ciudades más habitables 2016.* Recuperado de http://xdata.gabinete.mx/#/mapa

Garcés, N. L., Álvarez, J., & Moral, J. (2009). Estudio sobre el hábito de consumo de tabaco en estudiantes de secundaria de las ciudades de Monterrey, N. L., y Xalapa, Veracruz. En Moral, J., & Álvarez, J. (Comps.), *De la salud a la enfermedad. Hábitos tóxicos y alimenticios* (237-274). Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León

García, J., Sierra, A., & Fernández-Ozcorta, E. (2014). Imagen corporal en centros fitness. Un problema a abordar. *Revista de Educación, motricidad e investigación,* (3), 155-167. Recuperado de http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/9433/Imagen_corporal.pdf?sequence=2

García, J. M., Inglés, C. J., Vicent, M., Gonzálvez, C., Gómez-Núñez, M. I., & Poveda-Serra, P. (2016). Perfeccionismo durante la infancia y la adolescencia. Análisis bibliométrico y temático (2004-2014). *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud,* 7(2), 79-88. doi: 10.1016/j.rips.2016.02.001

García, J., Caracuel, J. C., Cocca, A., Cocca, M., & Ceballos, O. (2017). Relation Between Body Mass Index and Body Image in Spanish and Mexican Adolescents. *Behavioral Medicine*, 23, 1-9. doi: 10.1080/08964289.2017.1332303

García, J., Sierra, A., & Fernández-Ozcorta, E. (2014). Imagen corporal en centros fitness. Un problema a abordar. *Revista de Educación, motricidad e investigación*, (3), 155-167. Recuperado de http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/9433/Imagen_corporal.pdf?sequence=2

Gardner, B., Abraham, C., Lally, P., & de Bruijn, G. J. (2012). Towards parsimony in habit measurement: Testing the convergent and predictive validity of an automaticity subscale of the self-report habit index. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9. doi:10.1186/1479-5868-9-102

Gardner, R. M. (1996). Methodological issues in assessment of the perceptual component of body image disturbance. *British Journal of Psychology*, 87, 327-337. doi: 10.1111/j.2044-8295.1996.tb02593.x

Gardner, R. M., Stark, K., Jackson, N., & Friedman, B. N. (1999). Development and validation of two new scales for assessment of body image. *Perceptual and Motor Skills,* 89(3), 981-983. doi: 10.2466/pms.1999.89.3.981

Gergen, K. (2007). *Construccionismo Social. Aportes para el debate y la práctica.* Bogotá: Uniandes.

Glasman, L., & Albarracin, D. (2006). Forming attitudes that predict future behavior: A meta-analysis of the attitude-behavior relation. *Psychological Bulletin,* 132(5). 778-882. doi: 10.1037/0033-2909.132.5.778

Godin, G. & Kok, G. (1996). The Theory of Planned Behavior: A Review of Its Applications to Health-related Behaviors. *American Journal of Health Promotion,* 11(2), 87-98. doi: 10.4278/0890-1171-11.2.87

Gómez, Z., Landeros, P., Romero, E., & Troyo, R., (2016) Estilos de vida y riesgos para la salud en una población universitaria. *Revista de Salud Pública y Nutrición,* 15(2), 9-14. Recuperado de http://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/11/11

González, C. E., Díaz, Y., Mendizabal-Ruiz, A. P., Medina, E., & Morales, J. A. (2014). Prevalencia de obesidad y perfil lipídico alterado en jóvenes universitarios. *Nutrición Hospitalaria,* 29(2), 315-321. doi: 10.3305/nh.2014.29.2.7054

Grogan, S. (2006). Body image and health. Contemporary perspectives. *Journal of Health Psychology,* 11, 523-530.

Güemes-Hidalgo, M., Ceñal, M. J. C., & Hidalgo, M. I. (2017). Pubertad y adolescencia. *Adolescere,* 5(1), 7-22. Recuperado de https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol5num1-2017/07-22%20Pubertad%20y%20adolescencia.pdf

Gutiérrez, R., Aldea, L., Cavia, M. M., & Alonso-Torre, S. R. (2015). Relación entre la composición corporal y la práctica deportiva en adolescentes. *Nutrición Hospitalaria,* 32(1), 336-345. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/3092/309239661049.pdf

Guze, S., Matarazzo, J., & Saslow, G. (1953). A formulation of principles of comprehensive medicine with especial reference to learning theory. *Journal of Clinical Psychology,* 9(2), 127-136. doi:10.1002/1097-4679(195304)9:2%3C127::AID-JCLP2270090208%3E3.0.CO;2-F

Haas, B. K. (1999). A multidisciplinary concept analysis of quality of life. *Western Journal Nursing Research,* 21(6), 728-742. doi: 10.1177/01939459922044153

Hatala, A. R. (2012). The Status of the “Biopsychosocial” Model in Health Psychology: Towards an Integrated Approach and a Critique of Cultural Perceptions. *Open Journal of Medical Psychology,* 1, 51-62. doi: 10.4236/ojmp.2012.14009

Havelka, M., Despot, J., & Lucanin, D. (2009). Biopsychosocial model- The integrated approach to health and disease. *Collegium Antropologicum,* 33(1), 303-310.

Heras-Benavides, D., Díaz-Castrillón, F., Cruzat-Mandich, C., & Lecaros-Bravo, J. (2017). (In) Satisfacción con la imagen corporal en jóvenes chilenas de 15 a 25 años: en la línea de la prevención. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad,* (23), 69-80.

Hernando, A., Oliva, A., & Pertegal, M. (2013). Diferencias de género en los estilos de vida de los adolescentes. *Psychosocial Intervention,* 22(1), 15-23. doi: 10.5093/in2013a3

Herrera, D., Matos, L., Martínez, P., y Lens, W. (2015). Perspectiva de tiempo futuro y satisfacción con la vida en adolescentes: un estudio transcultural. *Revista de Orientacion Educacional,* 29(55), 37-54.

Hewstone, M., Fincham, F., & Foster, J. (2005). Health Psychology. En *Psychology.* Recuperado de http://www.blackwellpublishing.com/intropsych/pdf/chapter19.pdf

Hidalgo-Rasmussen, C. (2010). *Calidad de vida y comportamientos de riesgo en universitarios.* Guadalajara: Universidad de Guadalajara.

Hidalgo-Rasmussen, C., & Hidalgo-San Martín, A. (2011). Percepción del peso corporal, comportamiento de control de peso y calidad de vida en adolescentes mexicanos estudiantes de secundaria. *Revista mexicana de trastornos alimentarios,* 2(2), 71-81. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232011000200003&lng=es&tlng=es.

Hidalgo-Rasmussen, C., Hidalgo-San Martín, A., Rasmussen-Cruz, B., y Montaño-Espinoza, R. (2011). Calidad de vida, según percepción y comportamientos de control de peso por género, en estudiantes universitarios adolescentes en México. *Cadernos de Saúde Pública,* 27(1), 67-77. doi: 10.1590/S0102-311X2011000100007

Hidalgo-Rasmussen, C., Ramírez, G., y Hidalgo-San Martín, A. (2013). Actividad física, conductas sedentarias y calidad de vida en adolescentes universitarios de Ciudad Guzmán, Jalisco, México. *Ciência & Saúde Coletiva,* 18(7), 1943-1952. doi: 10.1590/S1413-81232013000700009

Higgins, E. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological review,* 94(3), 319-340. doi: 10.1037/0033-295X.94.3.319

Higuita, L., & Cardona, J. (2015). Concepto de calidad de vida en la adolescencia: una revisión crítica de la literatura. *Revista CES Psicología,* 8(1), 155-168. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v8n1/v8n1a11.pdf

Hunt, W., Matarazzo, J., Weiss, S., & Gentry, D. (1979). Associative learning, habit, and health behavior. *Journal of Behavioral Medicine,* 2(2), 111-123. doi: 10.1007/BF00846661

Iglesias, M., Cuesta, E., & Sáez, A. (2015). Estudio comparativo de hábitos entre estudios universitarios y preuniversitarios de la zona noroeste de Madrid. *Nutrición Hospitalaria,* 31(2), 966-974. doi: 10.3305/nh.2015.31.2.7703

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2015). *Día Mundial Sin Tabaco 2015.* Recuperado de http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/dia-sin-tabaco-2015

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016*). Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud (15 a 29 años), 12 de agosto, 2016.*

Aguascalientes: Mexico. Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/juventud2016_0.pdf

International Society of Aesthetic Plastic Surgery. (2016). *The international study on aesthetic/cosmetic procedures performed in 2016.* Recuperado de http://www.isaps.org/news/isaps-global-statistics

Intra, M., Roales-Nieto, J., & Moreno, E. (2011). Cambio en las conductas de riesgo y salud en estudiantes universitarios argentinos a lo largo del período educativo. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy,* 11(1), 139-147.

Jackson, C., Smith, R. A., Conner, M. (2003). Applying extended version of the theory of planned behavior to physical activity. *Journal of Sports Sciences,* 21(2), 119-133. doi: 10.1007/BF00846661

Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: A decade later. *Health Education Quarterly,* 11(1), 1-47. doi: 10.1177/109019818401100101

Juárez, F. (2011). El concepto de salud: una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychology Research,* 4(1), 70-79.

Kramer, R. F., Coutinho, A. J., Vaeth, E., Christiansen, K., Suratkar, S., & Gattelson, J. (2012). Healthier Home Food Preparation Methods and Youth and Caregiver Psychosocial Factors Are Associated with Lower BMI in African American Youth. *The Journal of Nutrition,* 142(5), 948-954. doi: 10.3945/jn.111.156380

Kruk, J. (2007). Physical activity in the prevention of the most frequent chronic diseases: an analysis of the recent evidence. *Asian Pac J Cancer Prev.,* 8(3), 325-328. Recuperado de http://journal.waocp.org/article_24611_dd9514e6afde96a47640912f338733c8.pdf

Ladera, I. (2016). *La satisfacción con la imagen corporal: su relación con las redes sociales y la autoestima.* Recuperado de https://repositorio.comillas.edu/jspui/bitstream/11531/13133/1/TFM000397.pdf

Lawton, R., Conner, M., & McEachan, R. (2009). Desire or Reason: Predicting Health Behaviors from Affective and Cognitive Attitudes. *Health Psychology,* 28(1), 56-65. doi: 10.1037/a0013424

Lawton, R., Conner, M., & Parker, D. (2007). Beyond cognition: Predicting health risk behaviors from instrumental and affective beliefs. *Health Psychology,* 26(3), 259-267. doi:10.1037/0278-6133.26.3.259

Ledezma, M. A. (2014). *Análisis de la teoría de Vigotsky para la reconstrucción de la inteligencia social*. Chile: Universidad Católica de Cuenca.

Lee, B., & Yunjeong, Y. (2016). Smoking, Physical Activity, and Eating Habits Among Adolescents. *Western Journal of Nursing Research,* 38(1), 27-42. doi: 10.1177/0193945914544335

León, J. M., Medina, F. J., & Munduate, L. (2008). Relaciones curvilíneas de la autoeficacia en la negociación. *Revista de Psicología Social: International Journal of Social Psychology,* 23(2), 181-191. doi: 10.1174/021347408784135869

Lima-Serrano, M., Martínez-Montilla, J. M., Guerra-Martín, M. D., Vargas-Martínez, A. M., & Lima-Rodríguez, J. S. (2016). Factores relacionados con la calidad de vida en la adolescencia. *Gaceta Sanitaria,* 25. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.06.016

Lin, P., Wood, W., & Monterosso, J. (2015). Healthy eating habits protect against temptations. *Appetite*, 1-9. doi: 10.1016/j.appet.2015.11.011

Lorenzini, R., Betancur-Ancona, D. A., Chel-Guerrero, L. A., Segura-Campos, M. R., & Castellanos-Ruelas, A. F. (2015). Estado nutricional en relación con el estilo de vida de estudiantes universitarios mexicanos. *Nutrición Hospitalaria,* 32(1), 94-108. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/3092/309239661015.pdf

Lourenço, S., Oliveira, A., & Lopes, C. (2012). The effect of current and lifetime alcohol consumption on overall and central obesity. *European Journal of Clinical Nutrition,* 66, 813-818. doi: 10.1038/ejcn.2012.20

Lowe, R., Eves, F., & Caroll, D. (2002). The influence of affective and instrumental beliefs on exercise intentions and behavior: A longitudinal analysis. *Journal of Applied Social Psychology,* 32(6), 1241-1252. doi: 10.1037/0278-6133.26.3.259

Mancilla, A., Vázquez, R., Mancilla, J. M., Amaya, A., & Álvarez, G. (2012). Insatisfacción corporal en niños y preadolescentes: Una revisión sistemática. *Revista mexicana de trastornos alimentarios,* 3(1), 62-79. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232012000100008&script=sci_arttext&tlng=en

Martínez, M. A., Leiva, A. M., Sotomayor, C., Von Chrismar, A. M., & Pineda, S. (2012). Factores de riesgo cardiovascular en estudiantes de la Universidad Austral de Chile. *Revista Médica de Chile,* 140(4), 426-435. doi: 10.4067/S0034-98872012000400002

Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist,* 35(9), 807-817. doi: 10.1037/0003-066X.35.9.807

Matthews, C. E., Chen, K. Y., Freedson, P. S., Buchowski, M. S., Beech, B. M., Pate, R. R.,& Troiano, R. P. (2008). Amount of time spent in sedentary behaviors in the United States, 2003-2004. *American Journal of Epidemiology,* 167(7), 875.861. doi: doi: 10.1093/aje/kwm390

Matthews, J. I., Doerr, L., & Dworatzek, P. D. N. (2016). University Students Intend to Eat Better but Lack Coping Self-Efficacy and Knowledge of Dietary Recommendations. *Journal of Nutrition Education and Behavior,* 40(1), 12-19. doi: 10.1016/j.jneb.2015.08.005

McKeown, T. (1979). *The role of medicine: Dream, mirage or nemesis.* Oxford, Inglaterra: Basil Blackwell Publisher.

Meneses, M., & Ruiz, F. (2017). Estudio longitudinal de los comportamientos y el nivel de actividad físico-deportiva en el tiempo libre en estudiantes de Costa Rica, México y España. *Retos*, (31), 219-226. Recuperado de https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/article/view/53396/32906

Meza, C., & Pompa, E. (2013). Insatisfacción con la Imagen Corporal en Adolescentes de Monterrey*. International Journal of Good Conscience,* 8(1), 32-43. Recuperado de http://www.spentamexico.org/v8-n1/A4.8(1)32-43.pdf

Milosavljević, D., Mandić, M.L., & Banjari, I. (2015). Nutritional knowledge and dietary habits survey in high school population. *Collegium Antropologicum,* 39(1), 101-117.

Molina, C. X., & Andrade, H. M. (2016). El ejercicio para jóvenes universitarios. *Revista UNIMAR,* 34(1), 161-178. Recuperado de http://www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/unimar/article/viewFile/1142/pdf

Moral, J. (2009). Validación en México de la Escala de Alexitimia de Toronto de 20 reactivos (TAS-20) y su aplicación al estudio del alcoholismo. En Moral, J., & Álvarez, J. (Comps.), *De la salud a la enfermedad. Hábitos tóxicos y alimenticios* (23-100). Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León

Moral, J. (2011). Aspectos metodológicos de la investigación. En Moral, J., Ybarra, J., Álvarez, J., Zapata, J., & González, J. (Cols.), *Adolescentes escolarizados: sus hábitos de actividad física y alimentación. Un estudio comparativo en el noreste de México* (33-94). Monterrey: Fontamara.

. Moral, J, & Álvarez, J. (2009). *De la salud a la enfermedad. Hábitos tóxicos y alimenticios* (23-100). Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León

Moral, J., Ybarra, J., Álvarez, J., Zapata, J., & González, J. (2011). *Adolescentes escolarizados: sus hábitos de actividad física y alimentación. Un estudio comparativo en el noreste de México.* Monterrey: Fontamara.

Morales, G., del Valle, C., Soto, A., & Ivanovic, D. (2013). Factores de riesgo cardiovascular en estudiantes universitarios. *Revista Chilena de Nutrición,* 40(4), 391-396. doi: 10.1037/0003-066X.35.9.807

Morrison, V., & Bennet, P. (2008). *Psicología de la Salud.* Madrid: Pearson.

Moscoso, D., Martín, M., Pedrajas, N., & Sánchez, R. (2013). Sedentarismo activo. Ocio, actividad física y estilos de vida de la juventud española. *Archivos de Medicina del Deporte,* 30(6), 341-347.

Muñoz, J. M. (2015). “El plato del Bien Comer”, ¿evidencia científica o conocimiento transpuesto. *Revista de Investigación Educativa,* (20), 45-71. Recuperado de http://revistas.uv.mx/index.php/cpue/article/view/1287/2365

Naciones Unidas. (2000). *Resolution Adopted by the General Assembly 54/120 Policies and programmes involving youth.* Recuperado de: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/54/120

Naciones Unidas. (2013). *UNESCO and youth.* Recuperado de http://www.un.org/youthenvoy/2013/08/unesco-and-youth/

Neagu, A. (2015). Body image: a theoretical framework. *Antropology,* 17(1), 29-38. Recuperado de http://www.acad.ro/sectii2002/proceedingsChemistry/doc2015-1/Art04Neagu.pdf

Neipp, M. C., Quiles, M. J., León, E., Tirado, S., & Rodríguez-Marín, J. (2015). Aplicando la Teoría de la Conducta Planeada: ¿qué factores influyen en la realización de ejercicio físico?. *Atención primaria,* 47(5), 287-293. doi: 10.1016/j.aprim.2014.07.003

Norman, P., & Conner, M. (2006). The theory of planned behavior and binge drinking: Assessing the moderating role of past behaviour within the theory of planned behavior. *British Journal of Health Psychology,* 11(1), 55-70. doi: 10.1348/135910705X43741

Norman, P., Bennett, P., & Lewis, H. (1998). Understanding binge drinking among young people: An application of the theory of planned behaviour. *Health Education Research,* 13(2), 163-169. doi: 10.1093/her/13.2.163-a

Oblitas, L. A. (2007). *Psicología de la Salud y calidad de vida.* México, D.F.: Cengage Learning.

Ogunjimi, L., Samson, P. & Ikorok, M. (2014). Utilization of physical excercise by students of Cross River State tertiary institutions to achieve good health in the new millennium. *Journal of Physical Education and Sports Management,* 5(3), 33-38.

Olivari, C., & Urra, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería,* 13(1), 9-15. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370441794002

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura. (2010). *Guía para el seguimiento y la evaluación de proyectos comunitarios.* Francia: UNESCO

Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud.* Recuperado de http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7

Organización Mundial de la Salud. (1987). *Prevention of Oral Diseases.* Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39046/1/WHO_OFFSET_103.pdf

Organización Mundial de la Salud. (1995). *Physical status: the use and interpretation of anthropometry* (452). Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37003/1/WHO_TRS_854.pdf

Organización Mundial de la Salud. (1997). *Measuring Quality of Life*. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la salud. Glosario.* Recuperado de http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe sobre la salud en el mundo 2002: reducir los riesgos y promover una vida sana.* Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation.* Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42665/1/WHO_TRS_916.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas.* Recuperado de: http://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2008a). *2008–2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases.* Recuperado de http://www.who.int/nmh/publications/ncd_action_plan_en.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2008b). *Aplicación de la estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud.* Recuperado de http://www.who.int/dietphysicalactivity/PAguide-2007-spanish.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44441/1/9789243599977_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Manual Nacional de Abordaje del Tabaquismo en el Primer Nivel de Atención.* Recuperado de http://www.who.int/fctc/reporting/Annexsixurue.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Global status report on alcohol and health 2014.* Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1&ua=1

Organización Mundial de la Salud. (2015a). *Alimentación Sana.* Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/

Organización Mundial de la Salud. (2015b). *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2015.* Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181425/1/WHO_NMH_PND_15.5_spa.pdf?ua=1&ua=1

Organización Mundial de la Salud. (2015c). *Alcohol.* Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/

Organización Mundial de la Salud. (2015d). *Carcinogenicidad del consumo de carne roja y de la carne procesada.* Recuperado de http://www.who.int/features/qa/cancer-red-meat/es/

Organización Mundial de la Salud. (2017a). *Nutrición.* Recuperado de http://www.who.int/topics/nutrition/es/

Organización Mundial de la Salud. (2017b). *Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones.* Recuperado de: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/

Organización Mundial de la Salud. (2017c). *Tabaco*. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/

Organización Mundial de la Salud. (2017d). *Sobrepeso y obesidad.* Recuperado de: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/

Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Estrategia y Plan de Acción Regional sobre los Adolescentes y Jóvenes 2010-2018.* Recuperado de: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Estrategia-y-Plan-de-Accion-Regional-sobre-los-Adolescentes-y-Jovenes.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Implementación del modelo biopsicosocial para la atención de personas con discapacidad a nivel nacional.* Recuperado de http://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentacion-tecnica-1&alias=870-implementacion-del-modelo-biopsicosocial-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-discapaci&Itemid=364

Pallares, J., & Baile, J. I. (2012). Estudio de la obesidad infantil y su relación con la imagen corporal en una muestra española. *Psychologia. Avances de la disciplina,* 6, 13-21. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225788001

Pamies, L., & Quiles, Y. (2012). Estrategias de afrontamiento evitativas y riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes. *Psicothema*, 24(2), 230-235. Recuperado de http://www.psicothema.es/pdf/4004.pdf

Pasqualini, D. & Llorens, A. (2010). Cambios físicos: crecimiento y desarrollo. En *Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral.* Recuperado de http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/libroVirtualAdolescentes/pdf/SaludBienestarAdolescente.pdf

Penedo, F.J., & Dahn, J.R. (2005). Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinion in Psychiatry,* 18(2), 189-193. doi: 10.1097/00001504-200503000-00013

Pérez, G., Laíño, F. A., Zelarayán, J., & Márquez, S. (2014). Actividad física y hábitos de salud en estudiantes universitarios argentinos. *Nutrición Hospitalaria,* 30(4), 896-904. doi: 10.3305/nh.2014.30.4.7641

Pilgrim, D. (2015). The Byopsychosocial Model in Health Research: It´s Strenghts and Limitations for Critical Realists. *Journal of Critical Realism,* 14(2), 164-180. doi: 10.1179/1572513814Y.0000000007

Pulido, M. A., Aguilar, M., García, M., Guillot, C., Morales, J. A., Moreno, P., Rodríguez, G., & Sosa, J. (2015). Variables ecológicas y consumo de sustancias adictivas en universitarios de la ciudad de México: historia de dos universidades. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación,* 17(1), 31-55.

Rabito-Alcón, M. F., & Rodríguez-Medina, J. M. (2016). Body dissatisfaction differences and similarities among people with eating disorders, people with gender dysphoria and university students. *Revista de psicopatología y Psicología Clínica,* 21*,* 97-104. doi: 10.5944/rppc.vol.21.num.2.2016.16991

Ramírez, M. J., Godoy, D., Vázquez, M. L., Lara, R., Navarrón, E., Vélez, M., Padial, A., & Jiménez, M. (2015). Imagen corporal y satisfacción corporal en adultos: diferencias por sexo y edad. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte,* 10(1), 63-68.

Randall, D., & Wolff, J. (1994). The time interval in the intention-behavior relationship: meta-analysis. *British Journal of Social Psycholy,* 33, 405-418. doi: 10.1111/j.2044-8309.1994.tb01037.x

Ratner, R., Hernández, P., Martel, J., & Atalah, E. (2012). Calidad de la alimentación y estado nutricional en estudiantes universitarios de 11 regiones de Chile. *Revista Médica de Chile,* 140(12), 1571-1579. doi: 10.4067/S0034-98872012001200008

Redonnet, B., Chollet, A., Fombonne, E., Bowes, L., & Melchior, M. (2012). Tobacco, alcohol, cannabis and other illegal drug use among young adults: the socioeconomic context. *Drug Alcohol Depend,* 121(3), 231-239. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.09.002

Reigal, R., Videra, A., & Gil, J. (2014). Práctica física, autoeficacia general y satisfacción vital en la adolescencia. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte,* 14(55), 561-576. Recuperado de http://www.redalyc.org/html/542/54231902011/

Reyes, L. (2007). La Teoría de Acción Razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes. *Universidad Pedagógica de Durango*, (7). Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4459810.pdf

Ribeiro-Silva, R. C., Fiaccone, R. L., Conceição-Machado, M. E. P. D., Ruiz, A. S., Barreto, M. L., &Santana, M. L. P. (2017). Body image dissatisfaction and dietary patterns according to nutritional status in adolescents. *Journal de Pediatría (Rio J),* (16). doi: 10.1016/j.jped.2017.05.005

Ribes-Iñesta, E. (2005). Prólogo. En Reynoso-Erazo, L. & Seligson, I. *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual.* México: Manual Moderno.

Rivera, J. Bonvecchio, A., González, W., & Islas, A. (2015). Introducción. En Bonvecchio, A, Fernández-Gaxiola, A.C., Plazas, M., Kaufer-Horwiitz, M., Pérez, A. B., & Rivera, J. (Eds.), *Guías Alimentarias y de Actividad Física en Contexto de Sobrepeso y Obesidad en la Población Mexicana*. Recuperado de https://www.insp.mx/images/stories/2015/Noticias/Nutricion_y_Salud/Docs/151118_guias_alimentarias.pdf

Rivera, J., Pérez, A. B., Batis, C., & Zendejas, D. (2015). Consumir porciones recomendadas de alimentos según la edad. En Bonvecchio, A, Fernández-Gaxiola, A.C., Plazas, M., Kaufer-Horwiitz, M., Pérez, A. B., & Rivera, J. (Eds.), *Guías Alimentarias y de Actividad Física en Contexto de Sobrepeso y Obesidad en la Población Mexicana*. Recuperado de https://www.insp.mx/images/stories/2015/Noticias/Nutricion_y_Salud/Docs/151118_guias_alimentarias.pdf

Rodgers, R. F., & Paxton, S. J. (2014). A Biopsychosocial Model of Body Image Concerns and Disordered Eating in Early Adolescent Girls. *Journal of Youth Adolescence,* 43, 814-823. doi: 10.1007/s10964-013-0013-7

Rodríguez-Molina, J. M., & Rabito-Alcón, M. F. (2011). Vigorexia: de la Adicción al ejercicio a entidad nosológica independiente. *Salud y drogas,* 11, 95-114.

Rodríguez-Ruiz, S., Díaz, S., Ortega-Roldán, B., Mata, J. L., Delgado, R., & Fernández-Santaella, M. C. (2013). La insatisfacción corporal y la presión de la familia y del grupo de iguales como factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud,* 9*,* 21-23. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Sonia_Rodriguez-Ruiz/publication/273889343_La_insatisfaccion_corporal_y_la_presion_de_la_familia_y_del_grupo_de_iguales_como_factores_de_riesgo_para_el_desarrollo_de_los_trastornos_de_la_conducta_alimentaria/links/550fea0d0cf2752610a17c22.pdf

Rojas, M. A. (2014). *Nivel de autoeficacia de los empleados de la Confederación Deportiva Autónoma de Guatemala* (Tesis de Licenciatura, Universidad Rafael Landívar). Recuperada de http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/43/Rojas-Manuel.pdf

Romeo, J., González-Gross, M., Wärnberg, J., Díaz, L. E., & Marcos, A. (2007). ¿Influye la cerveza en el aumento de peso? Efectos de un consumo moderado de cerveza sobre la composición corporal. *Nutrición Hospitalaria,* 22(2), 223-228. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v22n2/original4.pdf

Romer, D., & Moreno, M. (2017). Digital Media and Risks for Adolescent Substance Abuse and Problematic Gambling. *Pediatrics,* 140(Supl. 2), 102-106. doi: 10.1542/peds.2016-1758L

Rubinstein, S. L. (1963). *El ser y la conciencia.* México: Grijalbo.

Rueda, B., & Pérez, A. (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.

Salgado, M. L., Álvarez, J., Nieto, D., & Chávez, M. (2017). Comparación de la calidad de vida en estudiantes universitarios de Cataluña, Coahuila y Nuevo México. *Revista de Psicología de la Salud,* 5(1), 1-27. Recuperado de http://revistas.innovacionumh.es/index.php?journal=psicologiasalud&page=article&op=view&path%5B%5D=878&path%5B%5D=400

Sánchez, J. C., Musitu, G., & Villarreal, M. E. (2010). Modelo de campo psicosocial de los desórdenes alimenticios. En Martínez, B., Moreno, D., Musitu, G., Sánchez-Sosa, J. C., & Villarreal-González, M. E. (Eds.), *El tránsito del Adolescente: Retos y Oportunidades* (227-246). Valencia: Palmero Ediciones.

Sánchez-Hernández, C. M., & Pillon, S. C. (2011). Tabaquismo entre universitarios: caracterización del uso en la visión de los estudiantes. *Rev.Latino-Am. Enfermagem,* 19, 730-737. doi: 10.1590/S0104-11692011000700010

Sánchez-Sosa, J.C., Villarreal, M. y Musitu, G. (2010). *Psicología y Desórdenes Alimenticios. Un Modelo de Campo Psicosocial.* Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León y Universidad Pablo de Olavide de Sevilla, España. ISBN: 978-607-433-389-3

Sánchez-Sosa, J. C., Villarreal, M., & Valdivieso, L. (2013). Desórdenes alimentarios. En Musitu, G. (Coord.), *Adolescencia y Familia: Nuevos retos en el siglo XXI* (251-272). México Trillas. ISBN: 978-607-17-1638-5

Sanjuán, P., Pérez, A. y Bermúdez, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema,* 12(2), 509-513. Recuperado de: http://www.psicothema.com/pdf/615.pdf

Saunders, R. P., Dowda, M., Felton, G., & Pate, R. R. (2005). Comparison of Barriers Self-Efficacy and Perceived Behavioral Control for Explaining Physical Activity Across 1 Year Among Adolescent Girls. *Health Psychology,* 24(1), 106-111. doi: 10.1037/0278-6133.24.1.106

Schilder, P. (1935). *Image and appearance of the human body.* Londres: Kegan Paul, Trench Trubner and Co.

Schlegel, R. P., d´Avernas, J. R., Zanna, M. P., & DeCourville, N. H. (1992). Problem drinking: A problem for the theory of reasoned action?. *Journal of Applied Social Psychology,* 22(5), 258-385. doi: 10.1111/j.1559-1816.1992.tb01545.x

Schwarzer, R., & Fuchs, R. (1995). *Self-efficacy and Health Behavior.* Recuperado de: http://userpage.fu-berlin.de/~gesund/publicat/conner9.htm

Secretaría de Salud. (2006). *Guía para reforzar la orientación alimentaria basada en la NOM-043-SSA2-2005.* Recuperado de www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/5_guia_reforzar_orientacion_alimentaria.pdf

Secretaría de Salud. (2013). *Programa Sectorial de Salud.* Recuperado de: www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial_salud.pdf

Smith, D. (1973). *The geography of social well-being in the United States: An introduction to territorial social indicators.* New York: McGraw-Hill

Snooks, M. (2009). *Health Psychology: Biological, Psychological, and Sociocultural Perspectives*. Recuperado de http://www.jblearning.com/samples/0763743828/43828_CH01_5183.pdf

Soto, M. N., Aguinaga, I., Canga, N., Guillén-Grima, F., Hermoso, J., Serrano, I., & Marín, B. (2015). Modificación del peso corporal de los estudiantes universitarios en Navarra durante los tres primeros años de universidad. *Nutrición Hospitalaria,* 31(6), 2400-2406. doi: 10.3305/nh.2015.31.6.8686

Strachan, S. M., & Brawley, L. R. (2009). Healthy-eater identity and self-efficacy predict healthy eating behavior. *Journal of Health Psychology,* 14(5), 684-695. doi: 10.1177/1359105309104915

Strauman, T. J., Higgins, E. T., Vookles, J., Berenstein, V., & Chaiken, S. (1991). Self-discrepancies and vulnerability to body dissatisfaction and disordered eating. *Journal of Personality and Social Psychology,* 61(6), 946-956. doi: 10.1037/0022-3514.61.6.946

Suls, J. & Rothman, A. (2004). Evolution of the Biopsychosocial Model: Prospects and Challenges for Health Psychology. *Health Psychology,* 23(2), 119-125. doi: 10.1037/0022-3514.61.6.946

Suls, J., Krantz, D. S., & Williams, G. C. (2013). Three Strategies for Bridging Different Levels of Analysis and Embracing the Biopsychosocial Model. *Health Psychology, 32*(5), 597-601. doi: 10.1037/a0031197

Taylor, S. (2007). *Psicología de la Salud.* México: McGraw-Hill Interamericana.

Tena, A., & Braun, D. (2006). Alimentación sana. En Oblitas, L. A. (Coord.), *Psicología de la salud y calidad de vida* (279-289). México: Thomson Learning.

Theofilou, P. (2013). Quality of life: definition and measurement. *Europe´s Journal of Psychology,* 9(1), 150-162. doi: 10.5964/ejop.v9i1.337

Tiwari, G. K., & Kumar, S. (2015). Psychology and body image: a review. *SHODH PRERAK,* V(1), 1-9.

Valdemoros-San-Emeterio, M. A., Ponce-de-León, A., Gradaille-Pernás, R. (2016). Actividad física de ocio juvenil y desarrollo humano. *Revista de Psicología del Deporte,* 25(2), 45-51. Recuperado de http://www.redalyc.org/html/2351/235149102008/

Vannucci, A., & Ohannessian, C. M. (2017). Body Image Dissatisfaction and Anxiety Trajectories During Adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology,* 1-11. doi: 10.1080/15374416.2017.1390755

Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M., & López-Miñarro, P. A. (2013). Imagen corporal; revisión bibliográfica*. Nutrición Hospitalaria,* 28, 27-35.

Varela, M. A., Duarte, C., Salazar, I. C., Lema, L. F., & Tamayo, J. A. (2011). Actividad física y sedentarismo en jóvenes universitarios de Colombia: prácticas, motivos y recursos para realizarlas. *Colombia Médica,* 42(3), 269-277. Recuperado de http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/2551/1/actividad.pdf

Verdugo-Lucero, J., Ponce, B., Guardado-Llamas, R., Meda-Lara, R., Uribe-Alvarado, J., & Guzmán-Muñiz, J. (2013). Estilos de afrontamiento al estrés y bienestar subjetivo en adolescentes y jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud,* 11(1), 79-91. doi: 10.11600/1692715x.1114120312

Villa, M. (2011). Del concepto de juventud al de juventudes y al de lo juvenil. *Revista Educación y Pedagogía,* 23(60), 147-157.

Von Ah, D., Ebert, S., Ngamvitroj, A., Park, N., & Kang, D. (2004). Predictors of health behaviours in college students.*Issues and Innovation in Nursing Practice,* 48(5), 463-474. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03229.x

Wanden-Berghe, C., Martín-Rodero, H., Rodríguez-Martín, A., Novalbos-Ruiz, J., Martínez, E., Sanz-Valero, J., García, A., Vila, A., Alonso, M., Tur, J., Marquez, S., García, P., & Irles, J. (2015). Calidad de vida y sus factores determinantes en universitarios españoles de Ciencias de la Salud. *Nutrición hospitalaria,* 31(2), 952-958.

Warburton, D. E. R., Nicol, C. W., & Bredin, S. D. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association Journal,* 174(6), 801-809. doi:10.1503/cmaj.051351

Zamarripa, J., Ruiz-Juan, F., López, J., & Fernández, R. (2013). Actividad e inactividad física durante el tiempo libre en la población adulta de Monterrey (Nuevo León, México). *Retos: Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación,* 24, 91-96.

Zubara, C., Foresti, K., Rossi, M., Franceschini, P., & Homero, W. (2009). Portuguese versión of the Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a validation study. *Revista Panameña de Salud Pública,* 25(5), 443-448.

Zueck, M. C., Solano-Pinto, N., Benavides, E. V., & Guedea, J. C. (2016). Imagen corporal en universitarios mexicanos: diferencias entre hombres y mujeres. *Retos,* 30, 177-179. Recuperado de: https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=16&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjmu_COg8rZAhUBXawKHXsTDqIQFghOMA8&url=https%3A%2F%2Frecyt.fecyt.es%2Findex.php%2Fretos%2Farticle%2Fdownload%2F50223%2F30774&usg=AOvVaw0_9MBSiTtFXImXoGfXhElK

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

ESTUDIO DE OPINIÓN

A continuación se te presentará un cuestionario para **conocer las opiniones de los estudiantes.**

No existen respuestas correctas ni incorrectas, solo

Opiniones personales.

Por eso te pedimos la máxima **sinceridad** en tus respuestas.

Responde a **todas** y cada una de las preguntas que se te formulan, no dejando ninguna sin responder.

En el caso de que no comprendas bien alguna de las preguntas o la forma de responder a las mismas, consulta a la persona que te aplica la encuesta.

Tu participación es muy valiosa para nosotros, por eso te agradecemos sinceramente tu colaboración.

GRACIAS POR TU AYUDA.

Edad:_____ Sexo: (H) (M)

Ciudad_____ Ocupación_____

Carrera_____ Semestre _____

Estatura: _____metros Peso: _____
¿Cuándo fue la última vez que te pesaste?_____

En los últimos seis meses, ¿Cuántas veces te enfermaste?_____
¿De qué?_____

De las siguientes preguntas, por favor responde lo que tú crees acerca de cada una de ellas.

1. ¿Qué son para ti los hábitos?

---

2. ¿Tú tienes una buena alimentación? **SI** **NO**

3. ¿Qué importancia tiene para ti cuidar tu alimentación?
Nada **Poca** **Regular** **Mucha**

4. ¿Qué tanto cuidas tu alimentación?
Nada **Poco** **Regular** **Mucho**

5. ¿Te preocupa cuidar tu alimentación? **SI** **NO**

6. ¿Por qué **sí** te preocupa cuidar tu alimentación?
⇒ **Por salud**
⇒ **Para verme bien**

7**. Obstáculos para cuidar tu alimentación.** Primero elige la opción que más explique **qué tanto crees que cada una de las opciones es un obstáculo para cuidar tu alimentación.**
Después, **ELIGE LOS 3 PRINCIPALES OBSTÁCULOS** (Marca el más importante con un 1, el segundo que le sigue en importancia con un 2 y el tercera con un 3).

	Nada	*Un poco*	*Mucho*	*Orden de importancia*
1. Porque no veo ninguna consecuencia				
2. Porque casi no me da hambre				
3. Falta de tiempo				
4. Me gusta la comida chatarra				
5. Falta de recursos económicos				
6. No sé cómo cuidarla				
7. Porque como lo que sea				
8. Porque mi mamá la cuida por mí				

8. ¿Estarías dispuesta(o) a cuidar tu alimentación?
Nada Un poco Mucho

9. **¿Cómo cuidarías tu alimentación?** Primero señala **qué tanto crees** que impactan cada una de las siguientes conductas en el cuidado de la alimentación.
Después, elige las **TRES MÁS IMPORTANTES PARA TI**, y enuméralas por orden de importancia (la #1 es la más importante).

	Nada	*Un poco*	*Mucho*	*Orden de importancia*
1. Comiendo balanceado				
2. Comiendo alimentos nutritivos				
3. Comiendo frutas y verduras				
4. No comiendo comida chatarra				
5. Comiendo a tiempo				

10. **¿Cómo crees que descuidas tu alimentación?**
Primero señala **qué tanto consideras** las siguientes conductas, un impedimento para cuidar tu alimentación.
Después, elige los **TRES MAYORES IMPEDIMENTOS PARA TI**, y enuméralas por **orden de importancia**, siendo la #1 la más importante.

	Nada	***Un poco***	***Mucho***
1. Comiendo comida chatarra			
2. Dejando de comer			
3. No comiendo a la misma hora			
4. Comiendo mucha grasa			
5. Comiendo mucho			
6. Comiendo en la calle			

Orden de importancia

11. Según lo que marcaste como **primer lugar en la pregunta anterior**, **¿cuál es la razón por la que descuidas tu alimentación de esa manera?**
a) Fácil acceso a ese tipo de comida
b) Falta de tiempo
c) Costo de la comida
d) Sabor de la comida
Otra:_____

12. ¿Tú revisas la tabla nutricional de los alimentos que compras?
Sí No

13. ¿Sabes interpretar la tabla nutricional que traen los alimentos?
Sí No

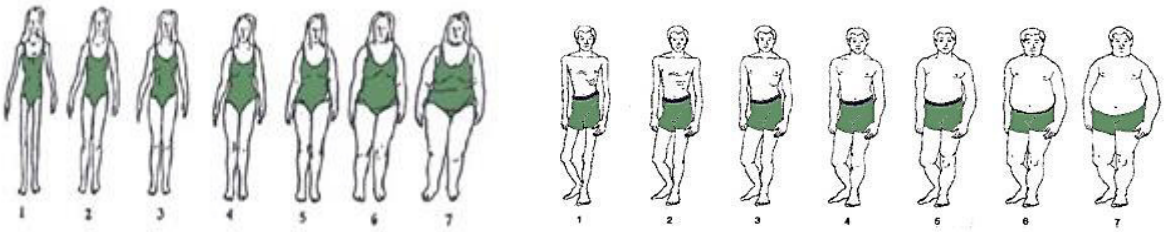
14. ¿Quién cocina en tu casa?
Mamá Papá Yo Hermano(a) Mamá y papá Todos

15. ¿Qué tanto de tu comida te preparas tú?
Nada 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

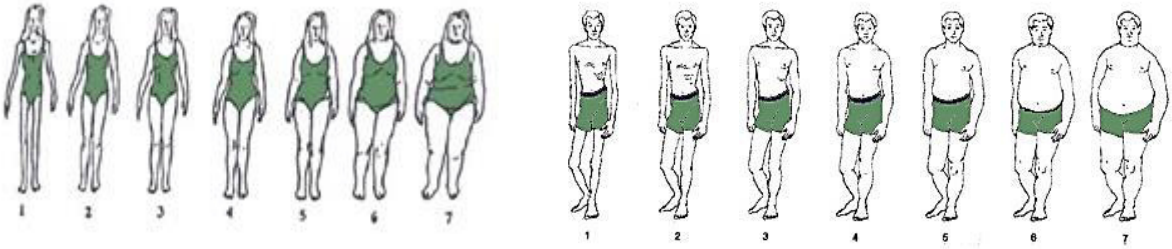
Por favor contesta las siguientes preguntas.

	Sí	No
16. ¿Te preocupa engordar?		
17. ¿Te has quedado sin comer más de 12 horas para tratar de bajar de peso?		
18. ¿Has hecho dietas para tratar de bajar de peso? ¿En cuántas ocasiones?_____		
19. ¿Has hecho ejercicio por querer bajar de peso?		
20. ¿Dejas de desayunar por querer bajar de peso?		
21. ¿Has usado pastillas para tratar de bajar de peso? ¿Cuántas veces?_____		

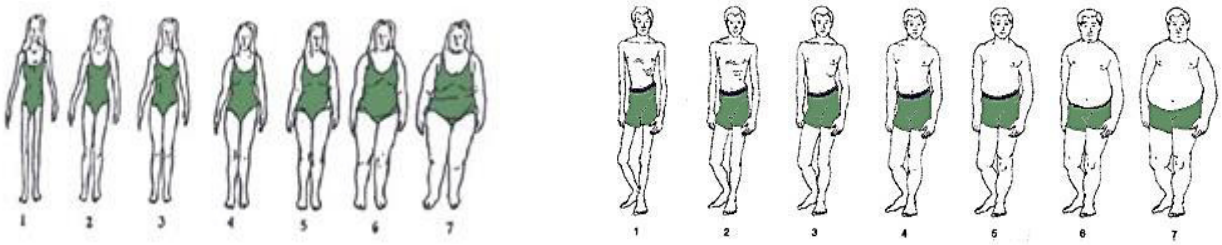
22. A continuación, verás imágenes en las que se pueden ver chicos de tu edad. Por favor mira las figuras corporales y selecciona la que se parezca más a la manera en la que **tú piensas que te ves en este momento**.



23. Mira las nueve figuras corporales, pero esta vez selecciona la que se parezca más a la manera en la que a ti **te gustaría verte.**



24. Mira las nueve figuras corporales, pero esta vez selecciona la que se parezca más a la manera en la que **piensas que la mayoría de los chicos de tu escuela se ven**.



24. **Consideras que tu complexión es:**

Muy delgado(a) delgado(a) regular obeso(a) muy obeso(a)

25. ¿Crees que estás en tu peso adecuado y por qué? (Sí) (No)

Peso más de lo que debería Peso menos de lo que debería

26. ¿Hay partes de tu figura que te gustaría cambiar?

No, ninguna_____ Sí_____

¿Cuál(es)?_____

27. ¿Cuáles son los elementos que te gustaría cambiar de tu figura?

Pesar menos___ Pesar más___ Tener un cuerpo más firme___

Ser más musculoso/a___

Haz una pequeña reflexión sobre cada una de las siguientes preguntas y contéstalas marcando con una X la opción que esté de acuerdo a tu opinión:

28. **¿Desde tu punto de vista qué importancia tiene hacer ejercicio?**
Nada Algo Regular Mucho Bastante

29. **¿Haces ejercicio en forma regular?** (por lo menos 3 veces a la semana)
(Sí) (No)

30. **¿Cuántos días a la semana dedicas a la práctica del ejercicio?**
0 1 2 3 4 5 6 7 Días

31. **¿Los días que haces ejercicio en promedio cuánto tiempo le dedicas?**

☐ Menos de 30 Minutos

☐ De 30 Minutos a una Hora

☐ De una hora a una hora y media

☐ De hora y media a dos horas

☐ Más de dos horas

32. **Cuando haces ejercicio ¿cómo lo practicas más?**
Solo En pareja En grupo Con tu pareja De cualquier forma

33. **¿Practicas algún deporte?** Sí No
¿Cuál? _____

34. **¿Regularmente dónde haces ejercicio?**
En tu casa___ En la escuela___ En un parque___ En un club deportivo___ En un gimnasio___

35. **¿Estarías dispuesto(a) a hacer ejercicio?**
Nada Algo Regular Mucho Bastante

		Sí	*No*
36.	Desde chiquitos animamos más a los varones a hacer deporte que a las chicas.	☐	☐
37.	Hay más equipos y/o instalaciones deportivas para los chicos que para las chicas.	☐	☐
38.	Una chica que se pone un traje deportivo (corto, bermuda o traje de baño) tiene que afrontar las miradas, los comentarios y ciertas formas de hostigamiento a connotación sexual, lo que no tienen que afrontar los varones en la misma situación.	☐	☐

39.	Físicamente los hombres tienen más habilidades deportivas que las mujeres.	☐	☐
40.	Físicamente las mujeres tienen más habilidades deportivas que los hombres.	☐	☐
41.	Las mujeres engordan más fácilmente que los hombres.	☐	☐
42,	Los hombres engordan más fácilmente que las mujeres.	☐	☐
43.	Es más importante para una mujer que para un hombre el tener una figura bonita.	☐	☐
44.	Es más importante para un hombre que para una mujer el tener una figura bonita.	☐	☐
45.	Los varones tienen más libertad que las mujeres para salir a practicar actividades deportivas.	☐	☐
46.	Las mujeres tienen más libertad que los hombres para salir a practicar actividades deportivas.	☐	☐
47.	A las mujeres se les anima a ser esbeltas y a los hombres a ser fuertes.	☐	☐

A continuación aparecen una serie de afirmaciones en relación al TABACO. Ten en cuenta que no existen respuestas correctas ni incorrectas, sino que cada persona tiene una opinión personal respecto al TABACO.

48. **INDICA EN QUÉ MEDIDA PIENSAS QUE LAS SIGUIENTES SON <u>CAUSAS QUE CONDUCEN A UNA PERSONA A FUMAR</u>**:

	Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo
(a) La ansiedad	1	2	3	4	5
(b) La imitación	1	2	3	4	5
(c) La inseguridad	1	2	3	4	5
(d) El placer	1	2	3	4	5
(e) La curiosidad	1	2	3	4	5
(f) El deseo de aparentar que se es mayor	1	2	3	4	5
(g) La costumbre social	1	2	3	4	5
(h) Los modelos sociales	1	2	3	4	5
(i) Problemas psicológicos y emocionales	1	2	3	4	5
(j) El deseo de evasión	1	2	3	4	5

49. **Indica el grado de responsabilidad que crees que tienen las siguientes personas y grupos en el tema del consumo de tabaco**.

	Ninguna				Muy Alta
(a) Los propios fumadores	1	2	3	4	5
(b) Sus amigos	1	2	3	4	5
(c) La familia	1	2	3	4	5
(d) La escuela	1	2	3	4	5
(e) Los gobiernos	1	2	3	4	5

(f) La situación económica 1 2 3 4 5
(g) La publicidad 1 2 3 4 5

50. **¿PARA TI FUMAR ES?** *MALO* 1 2 3 4 5 *BUENO*

51. **Indica tu propio riesgo de tabaquismo**.
Ninguno 1 2 3 4 5 *Muy Alto*

52. **¿TU FUMAS?**
Nada Algo Regular Mucho Demasiado

53. **Sin contar las veces en las que probaste ocasionalmente el tabaco, ¿a qué edad empezaste a fumar habitualmente?**
A la edad de _____ años (anota con números)

54. **En las situaciones que aparecen a continuación ¿en qué medida sueles fumar?**

	No suelo fumar	*Suelo fumar algo*	*Suelo fumar bastante*
En fiestas y/o con los amigos.	☐	☐	☐
Estando en familia y/o en las comidas.	☐	☐	☐
Cuando estoy solo, para relajarme.	☐	☐	☐
Cuando estoy solo, viendo la TV, escuchando la radio, leyendo, etc.	☐	☐	☐

A continuación aparecen una serie de afirmaciones en relación al <u>ALCOHOL</u>. Tenga en cuenta que no existen respuestas correctas ni incorrectas, sino que cada persona tiene una opinión personal respecto al <u>ALCOHOL</u>.

	Totalmente en desacuerdo				**Totalmente de acuerdo**
55. El alcohol nos pone contentos y alegres.	1	2	3	4	5
56. El alcohol sirve para olvidarse de los problemas.	1	2	3	4	5
57. Tomar unas copas es un modo agradable de celebrar ocasiones especiales.	1	2	3	4	5
58. Después de unas copas es más difícil pensar con claridad.	1	2	3	4	5
59. Después de un par de copas es más fácil expresar los sentimientos.	1	2	3	4	5
60. Después de beber alcohol es más difícil saber lo que estamos haciendo.	1	2	3	4	5

61. Después de unas copas es más difícil comprender lo que nos dicen los demás.	1	2	3	4	5
62. El alcohol hace que uno se sienta triste.	1	2	3	4	5
63. Beber alcohol suele darnos más confianza en nosotros mismos.	1	2	3	4	5
64. El alcohol hace que las personas tengan problemas de salud.	1	2	3	4	5
65. Después de unas copas es más fácil tropezar, caerse, perder el equilibrio, etc.	1	2	3	4	5
66. Unas copas nos hacen sentir menos tímidos.	1	2	3	4	5
67. Cuando las personas beben alcohol disfrutan más de sus relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
68. Las bebidas alcohólicas hacen que las reuniones sociales sean más efusivas.	1	2	3	4	5
69. Después de unas copas es más fácil saltarse las reglas, por ejemplo la hora de llegar a casa.	1	2	3	4	5
70. El alcohol nos ayuda a dormir mejor.	1	2	3	4	5
71. Después de unas copas es más fácil tener una pelea.	1	2	3	4	5

A continuación te presentamos una serie de preguntas relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas. Coloca una "x" al lado de la respuesta elegida.

72. **¿TÚ TOMAS?**

Nada Algo Regular Mucho Demasiado

73. **¿PARA TI TOMAR ES?**

MALO 1 2 3 4 5 BUENO

74. **Durante el último mes ¿en cuántas ocasiones has consumido bebidas que contengan alcohol?**

1 En ninguna ocasión ____
2. De 1 a 3 ocasiones al mes ____
3. En 4 o más ocasiones al mes ____

75. **Sin contar las veces en las que probaste ocasionalmente el alcohol. ¿A qué edad empezaste a beber habitualmente?** A la edad de _____ años

76. **¿Qué tipo de bebida consumes con mayor frecuencia? (una sola respuesta para cada columna).**

Entre semana_____ **Fin de semana_____**

1. Vino 2. Cerveza 3. Licores 4. Combinados 5. Otros
6. Cualquiera

77. **¿Qué frase describiría mejor tu consumo de bebidas alcohólicas durante los últimos 12 meses?**
1. Bebo más ahora que antes _____
2. Bebo menos que antes. _____
3. Mi consumo no ha variado en los últimos 12 meses _____

78. **¿Podrías decirnos si el consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses te ha ocasionado alguno de los problemas siguientes:**

	Ninguno	*Alguna vez*	*A menudo*
Problemas o tensiones con la familia y los amigos.	☐	☐	☐
Dificultades en los estudios o en el trabajo.	☐	☐	☐
Problemas de salud.	☐	☐	☐
Dificultades para conducir.	☐	☐	☐
Problemas con la justicia.	☐	☐	☐
Algún accidente.	☐	☐	☐
Alguna pelea.	☐	☐	☐
Otros problemas.	☐	☐	☐

79. **En las situaciones que aparecen a continuación ¿en qué medida suele usted beber alcohol?**

	No bebo	*Bebo algo*	*Bebo hasta notar los efectos*
En fiestas y/o con los amigos.	☐	☐	☐
Estando en familia y/o en las comidas.	☐	☐	☐
Cuando estoy solo, para relajarme.	☐	☐	☐
Cuando estoy solo, viendo la TV, escuchando la radio, leyendo, etc.	☐	☐	☐

Indicaciones: No hay respuestas correctas ni incorrectas. Lea cada una de las afirmaciones, y **marque con una "X" lo que considere conveniente.**

		Incorrecto	**Apenas cierto**	**Más bien cierto**	**Cierto**
80.	Puedo encontrar la forma de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.	☐	☐	☐	☐
81.	Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.	☐	☐	☐	☐

		Incorrecto	Apenas cierto	Más bien cierto	Cierto
82.	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.	☐	☐	☐	☐
83.	Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.	☐	☐	☐	☐
84.	Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.	☐	☐	☐	☐
85.	Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	☐	☐	☐	☐
86.	Venga lo que venga, por lo genera soy capaz de manejarlo.	☐	☐	☐	☐
87.	Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.	☐	☐	☐	☐
88.	Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.	☐	☐	☐	☐
89.	Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	☐	☐	☐	☐

Instrucciones: *Coloca una X en el cuadro que corresponda a tu respuesta* ***según lo que has vivido durante la última semana****. No dejes ninguna pregunta sin contestar. No hay respuestas correctas o incorrectas.*

	En general, ¿cómo evaluarías tu nivel de satisfacción durante la semana pasada en cuanto a…	*Muy insatisfecho*	*Insatisfecho*	*Medianamente insatisfecho*	*Medianamente satisfecho*	*Satisfecho*	*Muy satisfecho*
88.	…tu estado de salud física?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
89.	…tu estado de ánimo?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
90.	…tu trabajo?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
91.	…las tareas del curso/clase?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

		Muy insatisfecho	*Insatisfecho*	*Medianamente insatisfecho*	*Medianamente satisfecho*	*Satisfecho*	*Muy satisfecho*
92.	…las tareas de la casa?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
93.	…tus relaciones sociales?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
94.	…tus relaciones familiares?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
95.	…tus actividades de tiempo libre?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
96.	…tu capacidad de participar en la vida diaria?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
97.	…tu deseo sexual?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
98.	…tu situación económica?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
99.	…la situación de la casa donde vives?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
100	…tu visión en cuanto a la capacidad para trabajar o disfrutar de tus aficiones?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
101	…tu sensación general de bienestar?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
102	… la asistencia a celebraciones religiosas según tus creencias?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
103	… la sensación de que tu vida tiene sentido?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

MUCHAS GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN