



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE DOCTORADO EN ENFERMERÍA

**FACTORES PERSONALES, SENTIDO DE COHERENCIA,
EMPODERAMIENTO, AUTOEFICACIA Y SU RELACIÓN CON EL ESTILO
DE VIDA PROMOTOR DE SALUD EN ADULTOS JÓVENES DEL NOROESTE**

POR BLANCA ESCOBAR CASTELLANOS

Tesis presentada a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción
para optar al grado de Doctor en Enfermería

Profesora Guía: Dra. Patricia Cid Henríquez

Agosto, 2019

Concepción, Chile

©2019 Blanca Escobar Castellanos



©2019 Blanca Escobar Castellanos

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.

Esta tesis ha sido realizada en el Programa de Doctorado en Enfermería de la
Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción, Chile.

Profesor Guía Dra. Patricia Cid Henríquez

Profesor Titular de la Universidad de Concepción.
Doctor en Enfermería. Universidad de Concepción.

Ha sido aprobada por la siguiente Comisión Evaluadora:

Dra. Patricia Cid Henríquez



Profesor Titular de la Universidad de Concepción.
Doctor en Enfermería. Universidad de Concepción.

Dra. Naldy Febré Vergara

Profesor Titular de la Universidad Andrés Bello.
Doctor en Ciencias de la Salud-Epidemiología
Hospitalaria/Control de Infecciones.

Dra. Ana María Alarcón Muñoz



Profesor Titular Universidad de la Frontera.
Doctor en Antropología.

Directora Programa: Dra. Alide Salazar Molina

Profesor Titular de la Universidad de Concepción.
Doctor en Enfermería.

DEDICATORIAS

A mis hijos, fuente de inspiración, a quienes amo profundamente

Rodolfo Antonio

Giovanna

Paola

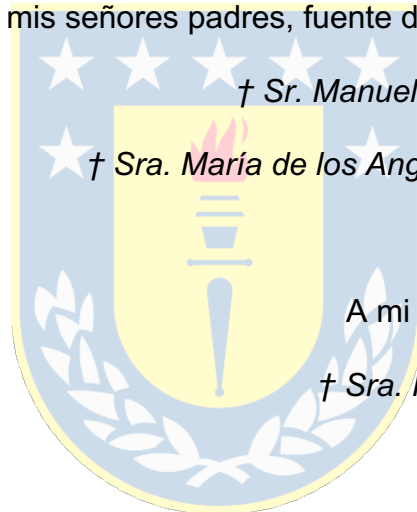
A mis señores padres, fuente de motivación y superación

† *Sr. Manuel Lizandro Escobar Castillo*

† *Sra. María de los Angeles Castellanos Guevara*

A mi gran amiga, casi hermana

† *Sra. MCE. Yesenia Acuña Ruiz*



“Siempre que dudes lo lejos que puedes llegar,

Solo recuerda lo lejos que has llegado.

Recuerda todo lo que has enfrentado.

Todas las batallas que has ganado y

Todos los temores que has superado”

AGRADECIMIENTOS

A mi Alma Mater, mi Universidad, a la Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento Académico, a la División de Ciencias Biológicas y de la Salud y al Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora, en Sonora, México, por brindarme el apoyo y las facilidades otorgadas durante el desarrollo de este gran proyecto académico y personal.

A la Universidad de Concepción, Dirección de Posgrado y Facultad de Enfermería de Concepción, Chile, por brindarme las facilidades para poder desarrollar y concluir con éxito el Doctorado.

A mis hermanos por ser una fuente de apoyo incondicional en todos los proyectos que he emprendido: Francisco, Lizandro, Carolina, Miguel, Angelica María, Alma Leticia y José Antonio.

A todos mis bellos sobrinos y sobrinas por ser fuente importante de apoyo durante la realización de esta gran aventura.

A mis amigas del alma por estar siempre presentes: Sra. MCE. Maribel Villegas Castro y Sra. Enf. Martha Elizabeth Soto Alapizco.

A la Sra. Dra. Patricia Cid Henríquez, por su calidez y trato humano, que me demostró durante todo el desarrollo de mi formación académica, incondicional apoyo y grandes experiencias que compartimos juntas.

A la Sra. Dra. Katia Sáez Carrillo por su invaluable apoyo durante el desarrollo y culminación de mi tesis.

A mis amigas entrañables que tuve la gran oportunidad de conocer y convivir con ellas: Marisol Durán Palma y Elizabeth Badilla Aguilera.

Al Sr. Omar Carrillo Cajigas por su apoyo incondicional y estar siempre presente.

A todo el personal docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, en Concepción, Chile, por haber contribuido en mi nueva formación académica, aprendizaje que me ha permitido obtener una nueva mirada de nuestra profesión.

A la Sra. Andrea Gayoso, por su invaluable apoyo recibido durante todo el proceso administrativo del doctorado.

TABLA DE CONTENIDO

	Página
ÍNDICE DE TABLAS	XV
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	XXIII
RESUMEN	XXIV
ABSTRACT	XXVII
I. INTRODUCCIÓN	
I.1. Investigación propuesta	1
I.1.1. Fundamentación	1
I.2. Formulación del problema de investigación	19
II. MARCO REFERENCIAL	
II.1. Marco teórico y conceptual	22
II.1.1. Teoría salutogénica	22
II.1.2. Modelo de promoción de la salud	30
II.1.3. Estilo de vida promotor de salud	36
II.1.4. Teoría de la autoeficacia	41
II.1.5. Empoderamiento para la salud	49
II.2. Marco empírico	54
II.2.1. Sentido de coherencia en estudiantes y diferentes poblaciones y contextos	54

II.2.2. Empoderamiento para la salud en estudiantes y diferentes poblaciones y contextos	57
II.2.3. Autoeficacia percibida en población adolescente, estudiantes universitarios y población en general	61
II.2.4. Estilo de vida promotor de salud en población adolescente, estudiantes universitarios y población en general	66

III. OBJETIVOS

III.1. Objetivo general	76
III.2. Objetivos específicos	76
III.3. Hipótesis de investigación	77
III.4. Variables de estudio	78
III.4.1. Variable dependiente	78
III.4.2. Variables independientes	78



IV. METODOLOGÍA

IV.1. Diseño de investigación	81
IV.2. Unidad de análisis	81
IV.3. Población	81
IV.4. Muestra	82
IV. 5. Selección de la muestra	85
IV.6. Criterios de inclusión	86
IV.7. Criterios de exclusión	87

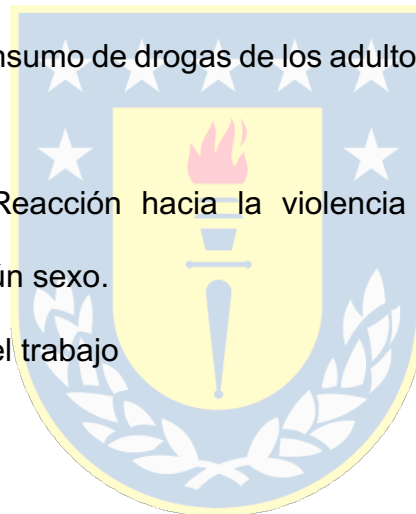
IV.8. Instrumento recolector de datos	87
IV.8.1. Cuestionario semi-estructurado sociodemográfico	87
IV.8.2. Escala de sentido de coherencia 13	88
IV.8.3. Instrumento percepción de empoderamiento	90
IV.8.4. Escala de autoeficacia general	92
IV.8.5. Cuestionario estilo de vida II	94
IV.9. Control de calidad del instrumento	96
IV.10. Control de calidad de los datos	96
IV.10.1. Prueba piloto	96
IV.10.2. Análisis de la fiabilidad y validez de la prueba piloto	97
IV.10.3. Instrumento para la investigación	105
IV.11. Procedimiento de recolección de los datos	110
IV.12. Procesamiento y análisis de la información	113
IV.13. Consideraciones éticas	117
V. RESULTADOS	
V.1. Análisis descriptivo	122
V.1.1. Datos sociodemográficos, características y experiencias individuales de los adultos jóvenes universitarios	122
V.1.2. Sentido de coherencia de los adultos jóvenes	144
V.1.2.1. Sentido de coherencia global y dimensiones	144

V.1.2.2. Sentido de coherencia según Unidad Académica	145
V.1.2.3. Sentido de coherencia según División Académica	146
V.1.2.4. Escala sentido de coherencia 13	147
V.1.3. Empoderamiento para la salud de los adultos jóvenes	150
V.1.3.1. Empoderamiento para la salud global y dimensiones	150
V.1.3.2. Empoderamiento para la salud según Unidad Académica	151
V.1.3.3. Empoderamiento para la salud según División Académica	153
V.1.3.4. Instrumento percepción de empoderamiento	156
V.1.4. Autoeficacia percibida de los adultos jóvenes	159
V.1.4.1. Autoeficacia percibida según Unidad Académica	159
V.1.4.2. Autoeficacia percibida según División Académica	160
V.1.4.3. Escala de autoeficacia general	161
V.1.5. Estilo de vida promotor de salud de los adultos jóvenes	163
V.1.5.1. Estilo de vida promotor de salud global y dimensiones	163

V.1.5.2. Estilo de vida promotor de salud según Unidad Académica	165
V.1.5.3. Estilo de vida promotor de salud según División Académica	168
V.1.5.4. Cuestionario estilo de vida II	172
V. 2. Análisis inferencial	
V.2.1. Relación de las variables independientes con el estilo de vida promotor de salud	179
V.2.2. Relación del sentido de coherencia con el estilo de vida promotor de salud	181
V.2.3. Relación del empoderamiento para la salud con el estilo de vida promotor de salud	182
V.2.4. Relación de la autoeficacia percibida con el estilo de vida promotor de salud	183
V.3. Modelo que relaciona el estilo de vida promotor de salud con los factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento para la salud y autoeficacia percibida	184
V.4. Comprobación de hipótesis de investigación	195
VI. DISCUSIÓN	200
VII. CONCLUSIONES	267
VIII. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	274
IX. SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES	275

X. BIBLIOGRAFÍA	277
XI. ANEXOS	
A. Definición nominal y operacional de variables.	326
B. Cédula de datos socio-demográficos.	347
C. Escala Sentido de Coherencia 13.	358
D. Instrumento Percepción de Empoderamiento.	360
E. Autorización del Instrumento Percepción de Empoderamiento.	361
F. Escala de Autoeficacia General.	362
G. Autorización de la Escala de Autoeficacia General.	363
H. Cuestionario Estilo de Vida II.	364
I. Autorización del Cuestionario Estilo de Vida II.	366
J. Evaluación del Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, Chile.	367
K. Autorización de rectoría de la Universidad de Sonora, México.	368
L. Evaluación del Comité de Bioética e Investigación de la Escuela de Medicina de la Universidad de Sonora, México.	369
M. Consentimiento informado.	370
N. Tabla 33-A. Factores personales socio-culturales de los adultos jóvenes según sexo.	372
O. Tabla 33-B. Factores personales socio-culturales de los adultos jóvenes según sexo.	373

P. Tabla 33.C. Factores personales socio-culturales de los adultos jóvenes según sexo.	374
Q. Tabla 34-A. Consumo de tabaco en los adultos jóvenes según sexo.	375
R. Tabla 35-A. Consumo de bebidas que contenían alcohol en los adultos jóvenes según sexo.	376
S. Tabla 36-A. Consumo de drogas de los adultos jóvenes según sexo.	377
T. Tabla 36-B. Consumo de drogas de los adultos jóvenes según sexo.	378
U. Tabla 38-A. Reacción hacia la violencia de los adultos jóvenes según sexo.	379
V. Planificación del trabajo	380



ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 4.1. Población total de adultos jóvenes de la institución de educación superior por Unidad Académica.	82
Tabla 4.2. Cálculo de la muestra de los adultos jóvenes de la institución de educación superior por Unidad Académica.	83
Tabla 4.3. Muestra total de adultos jóvenes por Unidad Académica.	84
Tabla 4.4. Distribución de la muestra de adultos jóvenes por División Académica.	84
Tabla 4.5. Distribución de los programas académicos seleccionados en la institución de educación superior según Unidad Académica y División Académica.	86
Tabla 4.6. Distribución por dimensiones de los ítems de la escala sentido de coherencia 13 con valores mínimos y máximos de cada dimensión y global.	89
Tabla 4.7. Distribución por dimensiones de los ítems del instrumento percepción de empoderamiento con valores mínimos y máximos de cada dimensión y global.	91

Tabla 4.8. Distribución de los ítems de la escala autoeficacia general con valores mínimos y máximos.	93
Tabla 4.9. Distribución por dimensiones de los ítems del cuestionario estilo de vida II con valores mínimos y máximos de cada dimensión y global.	95
Tabla 4.10. Estadísticas de fiabilidad del SOC 13, IPE, EAG y CEVII utilizado en la prueba piloto.	98
Tabla 4.11. Estadísticas de total de elementos de la escala sentido de coherencia 13 utilizado en la prueba piloto.	100
Tabla 4.12. Estadísticas de total de elementos del instrumento percepción de empoderamiento utilizado en la prueba piloto.	101
Tabla 4.13. Estadísticas de total de elementos de la escala autoeficacia general utilizado en la prueba piloto.	102
Tabla 4.14. Estadísticas de total de elementos del cuestionario estilo de vida II por dimensiones utilizado en la prueba piloto.	103
Tabla 4.15. Estadísticas de total de elementos del cuestionario estilo de vida II por dimensiones utilizado en la prueba piloto.	104
Tabla 4.16. Análisis coeficiente de confiabilidad de la escala sentido de coherencia 13 global y dimensiones.	105

Tabla 4.17. Análisis coeficiente de confiabilidad del instrumento percepción de empoderamiento global y dimensiones.	106
Tabla 4.18. Estadística de escala por dimensiones y correlación del instrumento percepción de empoderamiento con sus dimensiones.	106
Tabla 4.19. Prueba de KMO y Bartlett del instrumento percepción de empoderamiento.	107
Tabla 4.20. Análisis coeficiente de confiabilidad de la escala autoeficacia general.	107
Tabla 4.21. Análisis coeficiente de confiabilidad del cuestionario estilo de vida II global y dimensiones.	108
Tabla 4.22. Estadística de escala por dimensiones y correlación del cuestionario estilo de vida II con sus dimensiones.	109
Tabla 4.23. Prueba de KMO y Bartlett del cuestionario estilo de vida II.	109
Tabla 4.24. Procesamiento del análisis estadístico para los objetivos 1, 2 y 3.	114
Tabla 4.25. Procesamiento del análisis estadístico para los objetivos 4, 5 y 6.	115
Tabla 4.26. Procesamiento del análisis estadístico para las hipótesis de investigación.	116

Tabla 5.27. Distribución de adultos jóvenes por Unidad Académica y División Académica según sexo.	122
Tabla 5.28. Distribución de programas académicos de Ciencias Administrativas, Sociales y Agropecuarias, Ciencias Biológicas y de la Salud, Ciencias Económico Administrativas y Ciencias Exactas y Naturales según sexo.	123
Tabla 5.29. Distribución de los programas académicos de Ciencias Sociales, Humanidades y Bellas Artes e Ingenierías según sexo.	124
Tabla 5.30. Distribución de adultos jóvenes por años cursados y semestre académico según sexo.	125
Tabla 5.31. Características sociodemográficas de los adultos jóvenes según sexo.	126
Tabla 5.32. Factores personales biológicos de los adultos jóvenes según sexo.	127
Tabla 5.33. Factores personales socio-culturales de los adultos jóvenes según sexo.	128
Tabla 5.34. Consumo de tabaco en los adultos jóvenes según sexo.	131
Tabla 5.35. Consumo de bebidas que contenían alcohol en los adultos jóvenes según sexo.	133

Tabla 5.36. Consumo de drogas de los adultos jóvenes según sexo.	135
Tabla 5.37. Descanso-sueño en los adultos jóvenes según sexo.	137
Tabla 5.38. Percepción hacia la vida y reacción hacia la violencia de los adultos jóvenes según sexo.	139
Tabla 5.39. Vida sexual de los adultos jóvenes según sexo.	142
Tabla 5.40. Sentido de coherencia de los adultos jóvenes.	144
Tabla 5.41. Sentido de coherencia de los adultos jóvenes según Unidad Académica.	145
Tabla 5.42. Sentido de coherencia de los adultos jóvenes según División Académica.	146
Tabla 5.43. Escala de sentido de coherencia 13 en los adultos jóvenes según sexo.	148
Tabla 5.44. Empoderamiento para la salud de los adultos jóvenes.	150
Tabla 5.45. Empoderamiento para la salud de los adultos jóvenes según Unidad Académica.	152
Tabla 5.46. Empoderamiento para la salud de los adultos jóvenes según División Académica.	154
Tabla 5.47. Instrumento percepción de empoderamiento en los adultos jóvenes según sexo.	157
Tabla 5.48. Autoeficacia percibida de los adultos jóvenes.	159

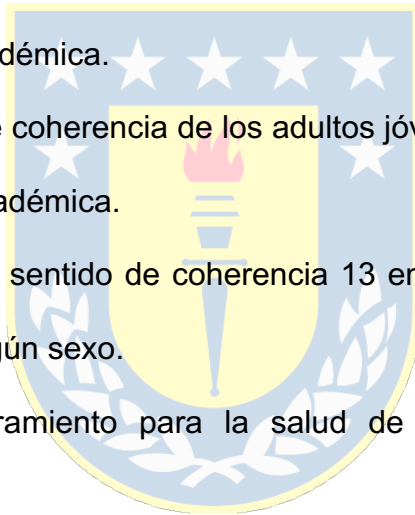


Tabla 5.49. Autoeficacia percibida de los adultos jóvenes según Unidad Académica.	160
Tabla 5.50. Autoeficacia percibida de los adultos jóvenes según División Académica.	161
Tabla 5.51. Escala de autoeficacia percibida en los adultos jóvenes según sexo.	162
Tabla 5.52. Estilo de vida promotor de salud de los adultos jóvenes.	163
Tabla 5.53. Estilo de vida promotor de salud de los adultos jóvenes según Unidad Académica.	165
Tabla 5.54. Estilo de vida promotor de salud de los adultos jóvenes según División Académica.	169
Tabla 5.55. Cuestionario estilo de vida II en los adultos jóvenes según sexo.	174
Tabla 5.56. Cuestionario estilo de vida II en los adultos jóvenes según sexo.	175
Tabla 5.57. Cuestionario estilo de vida II en los adultos jóvenes según sexo.	177
Tabla 5.58. Relación de los factores personales con el estilo de vida promotor de salud.	179
Tabla 5.59. Correlación del sentido de coherencia con el estilo de vida promotor de salud.	181

Tabla 5.60. Correlación del empoderamiento para la salud con el estilo de vida promotor de salud.	182
Tabla 5.61. Correlación de la autoeficacia percibida con el estilo de vida promotor de salud.	183
Tabla 5.62. Variables independientes y creación a variables indicadoras.	185
Tabla 5.63. Análisis univariado de la variable dependiente estilo de vida promotor de salud.	186
Tabla 5.64. Análisis univariado de las variables independientes (Modelo de un predictor).	187
Tabla 5.65. Modelo de dos predictores.	188
Tabla 5.66. Modelo de tres predictores.	189
Tabla 5.67. Modelo de cuatro predictores.	190
Tabla 5.68. Modelo de cinco predictores.	191
Tabla 5.69. Modelo de seis predictores.	192
Tabla 5.70. Modelo de siete predictores.	193
Tabla 5.71. Coeficientes del Modelo de siete predictores.	193
Tabla 5.72. H ₁ . Existe relación entre los factores personales de los adultos jóvenes del noroeste de México, con su estilo de vida promotor de salud.	195

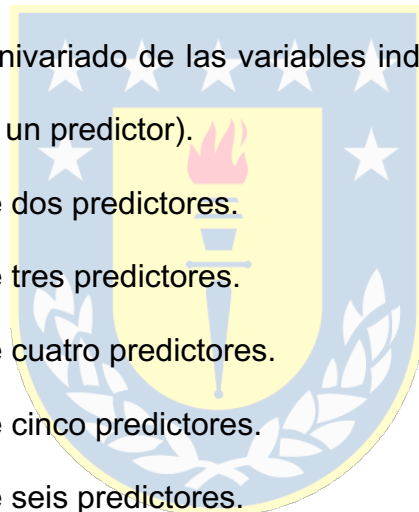


Tabla 5.73. H ₁ . Existe relación entre los factores personales de los adultos jóvenes del noroeste de México, con su estilo de vida promotor de salud.	196
Tabla 5.74. H ₁ . A mayor sentido de coherencia en los adultos jóvenes del noroeste de México, mejor es su estilo de vida promotor de salud.	197
Tabla 5.75. H ₁ . A mayor empoderamiento para la salud en los adultos jóvenes del noroeste de México, mejor es su estilo de vida promotor de salud.	197
Tabla 5.76. H ₁ . A mayor autoeficacia percibida en los adultos jóvenes del noroeste de México, mejor es su estilo de vida promotor de salud.	198
Tabla 5.77. H ₁ . Existe relación entre sentido de coherencia, empoderamiento para la salud y autoeficacia percibida de los adultos jóvenes del noroeste de México, con su estilo de vida promotor de salud.	198

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

	Página
Figura 1. Localización del Estado de Sonora, México.	9
Figura 2. Continuo Bienestar-Malestar.	24
Figura 3. Paraguas Salutogénico.	25
Figura 4. Teoría Salutogénica.	28
Figura 5. Modelo de Promoción de la Salud.	33
Figura 6. Estilo de Vida Promotor de Salud.	38
Figura 7. Autoeficacia Percibida.	47
Figura 8. Empoderamiento para la Salud.	52
Figura 9. Variable Dependiente e Independientes de la Investigación.	80
Figura 10. Modelo Óptimo Final de la estimación del Estilo de Vida Promotor de Salud.	195

RESUMEN

Introducción: Actualmente las organizaciones en salud internacionales y nacionales han puesto énfasis en las políticas hacia promover la salud con la finalidad que las personas adquieran conductas que favorezcan un estilo de vida promotor de salud. En el caso de México, se han reportado cifras alarmantes de la morbi-mortalidad que presentan los adultos jóvenes, atribuido a conductas no saludables que pueden afectar su estado fisiológico, psicológico y social, impactando en su salud y calidad de vida.

Objetivo: Analizar la relación entre factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento y autoeficacia con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

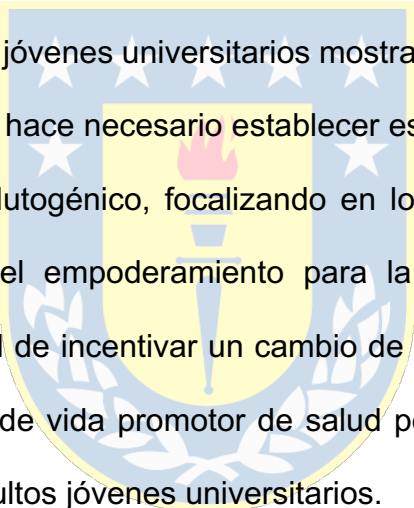
Metodología: Diseño descriptivo y correlacional, en 1029 universitarios de 19 a 29 años, de tres unidades académicas de una institución de educación superior del sector público del Estado de Sonora, México. Las variables del estudio fueron medidas con un instrumento recolector de datos conformado de un cuestionario semiestructurado sociodemográfico, el Cuestionario Estilo de Vida II, Sentido de Coherencia 13, Instrumento de Percepción de Empoderamiento y Escala de Autoeficacia General. Previo a la aplicación del instrumento, se solicitó

consentimiento informado a los estudiantes. El análisis de los datos se realizó con estadística descriptiva e inferencial, utilizando el programa SPSSv20.

Resultados: La muestra estuvo constituida por un 53.0% de mujeres, el promedio de edad fue 21 años, la mayoría eran solteros y no tenían hijos. Un 50.4% de los estudiantes declararon un estilo de vida promotor de salud insuficiente. Más de la mitad de los universitarios: percibían su salud como buena, realizaban prácticas para cuidar su salud, actividad física, ejercicio físico y actividades de descanso-ocio. Refirieron consumo de tabaco (25.8%), diariamente (9.4%) y ocasionalmente (9.0%). Un 93.1% consumió alcohol con frecuencia de uno a tres veces o más al mes (39.4%) y de uno a seis veces o más a la semana (21.1%). Un 33.9% consumió/probó drogas ocasionalmente (8.3%) y un 6.2% no sabía. un 37.3% dedicaba a dormir de 31 a 40 horas a la semana, un 21.6% experimentó la sensación de que no valía la pena vivir, un 2.2% había intentado quitarse la vida, un 20.6% se expresaba de manera violenta ante alguna situación, un 15.4% había sido víctima de violencia predominando la psicológica y un 56.4% tenía relaciones sexuales con personas del sexo opuesto.

Es relevante la percepción que tienen los estudiantes al afrontar situaciones cotidianas destacando alto sentido de coherencia (50.8%), empoderamiento para la salud (59.6%) y autoeficacia percibida (59.9%). El estilo de vida promotor de salud mostró relación positiva significativa con sentido de coherencia,

empoderamiento para la salud y autoeficacia percibida ($p < 0.0001$). La combinación final de los factores personales: realizar prácticas para cuidar la salud, ejercicio físico, actividades de descanso/ocio y percepción del estado de salud muy bueno, autoeficacia percibida alta, empoderamiento para la salud alto y sentido de coherencia alto constituyeron el modelo óptimo final del estilo de vida promotor de salud en los adultos jóvenes universitarios del noroeste de México ($R^2 0.39$, $p < 0.001$).



Conclusión: Los adultos jóvenes universitarios mostraron en general conductas insuficientes en salud, se hace necesario establecer estrategias que promuevan la salud con enfoque salutogénico, focalizando en los factores personales, el sentido de coherencia, el empoderamiento para la salud y la autoeficacia percibida, con la finalidad de incentivar un cambio de conducta que impacte en la adopción de un estilo de vida promotor de salud permanente que mejore la calidad de vida de los adultos jóvenes universitarios.

Palabras claves: Adulto joven; Estudiante; Autoeficacia; Sentido de coherencia; Estilo de vida; Universidades; Enfermería (Fuente: DeCS, BIREME)

ABSTRACT

Introduction: Currently the organizations in the international and national health have been emphasis in the policies to promote the health with the purpose of the people acquire conducts that favor a lifestyle of health promoter. In the case of Mexico, alarming figures have been reported of the morbi-mortality that young adults present, attributed to unhealthy behaviors that can affect their physiological, psychological and social state, impacting on their health and quality of life.

Objective: To analyze the relationship between personal factors, sense of coherence, empowerment, self-efficacy with the health promoting lifestyle in young adults in northwestern Mexico.

Methodology: Descriptive and correlational design, in 1029 university students from 19 to 29 years old, of the three academic units of a higher education institution of the public sector of the State of Sonora, Mexico. The study variables were measured with a data collection instrument consisting of a semi-structured sociodemographic questionnaire, the Lifestyle II Questionnaire, the Sense of Coherence 13, the Empowerment Perception Instrument and the General Self-Efficacy Scale. Prior to the application of the instrument, informed consent was

requested from the students. The analysis of the data was done with descriptive and inferential statistics, using the SPSSv20 program.

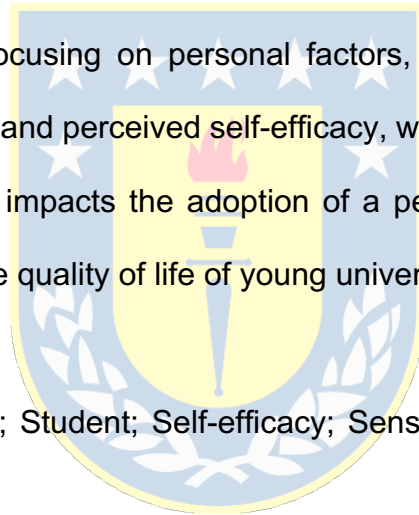
Results: The sample consisted of 53.0% women, the average age was 21 years, most were single and had no children. 50.4% of the students declared an insufficient health promoting lifestyle. More than half of university students: they perceived their health as good, performed practices to take care of their health, physical activity, physical exercise and rest-leisure activities. They reported smoking (25.8%), daily (9.4%) and occasionally (9.0%). 93.1% consumed alcohol frequently one to three times or more per month (39.4%) and one to six times or more per week (21.1%). 33.9% used / tested drugs occasionally (8.3%) and 6.2% did not know 37.3% spent 31 to 40 hours a week sleeping, 21.6% experienced the feeling that it was not worth living, 2.2% had tried to take their own lives, 20.6% expressed themselves violently In some situation, 15.4% had been victims of violence, predominantly psychological violence and 56.4% had sexual relations with people of the opposite sex.

Perceived students' perception when facing everyday situations, highlighting a high sense of coherence (50.8%), is relevant. health empowerment (59.6%) and perceived self-efficacy (59.9%) The health promoting lifestyle showed a significant positive relationship with a sense of coherence, health empowerment and perceived self-efficacy ($p < 0.0001$). Factors Personal: performing practices

to take care of health, physical exercise, rest / leisure activities and perception of very good health status, high perceived self-efficacy, high health empowerment and high sense of coherence constituted the ultimate optimal model of the promoter lifestyle of health in young university adults in northwestern Mexico (R2 0.39, $p < 0.001$).

Conclusion: Young university adults generally showed insufficient behavior in health, it is necessary to establish strategies that promote health with a salutogenic approach, focusing on personal factors, the sense of coherence, empowerment for health and perceived self-efficacy, with the aim of encourage a change in behavior that impacts the adoption of a permanent health promoter lifestyle that improves the quality of life of young university students.

Keywords: Young adult; Student; Self-efficacy; Sense of coherence; Lifestyle; Universities; Nursing.



I. INTRODUCCIÓN

I.1. INVESTIGACIÓN PROPUESTA.

I.1.1. FUNDAMENTACIÓN

Durante mucho tiempo la salud fue considerada sólo como un asunto básicamente humanitario¹. En la actualidad forma parte importante del capital humano, favorece el desarrollo del aprendizaje, aumenta la productividad, ayuda a combatir la pobreza e incentiva el desarrollo del crecimiento económico de los países². La salud de la población a nivel mundial ha presentado cambios importantes, ocasionados por un incremento considerable de las enfermedades no transmisibles (ENT), asociado a la aparición de nuevas epidemias y el surgimiento de las enfermedades emergentes³.

Aunado a la influencia ocasionada por varios factores que suponen un alto riesgo para la aparición de enfermedades a los cuales se está expuesto periódicamente (ambientales, biológicos, climáticos, ecológicos, económicos, políticos y sociales), lo que afecta la calidad de vida de las personas y se convierte en una de las principales amenazas para el progreso y la supervivencia de la población⁴. Frank, señaló que la vida consiste en una sucesión de transiciones y es en este periodo de transiciones donde se expresan los procesos profundos de cambio que pueden mejorar o afectar la salud de las personas⁵. La influencia de algunos

cambios en el entorno y las modificaciones en el estilo de vida exponen a las personas a una transición de riesgo, donde predomina el sedentarismo, el estrés, el consumo de drogas, la ingesta de una dieta inadecuada y la violencia entre otros⁶. Para algunos autores la mayoría de las conductas perjudiciales para la salud se adoptan durante la adolescencia y la juventud, manifestándose como problemas de salud en la edad adulta⁷.

Es prioritario establecer medidas de largo alcance con la finalidad de modificar o cambiar conductas individuales específicas, que permitan la adopción de un estilo de vida promotor de salud (EVPS) duradero⁸. En este sentido el termino estilo de vida ha sido estudiado ampliamente en investigaciones sobre promoción de la salud desde diversas disciplinas (la psicología, la sociología, la antropología médica y la epidemiología, entre otras), empleando diferentes significados^{9, 10}.

El estilo de vida y los factores que influyen en él, se visualizan desde dos perspectivas, una hace referencia a la libre elección de conductas, lo que implica adoptar acciones encaminadas a evitar hábitos no saludables, recayendo la responsabilidad total en la persona. La segunda argumenta que la salud depende de una forma general de vida, influenciada por las interrelaciones entre condiciones de vida y patrones de conducta que dependen de las características socioeducativas y personales. Esta visión implica que la responsabilidad queda compartida, de la persona hacia su medio¹¹. Barragán en el año 2015, mencionó

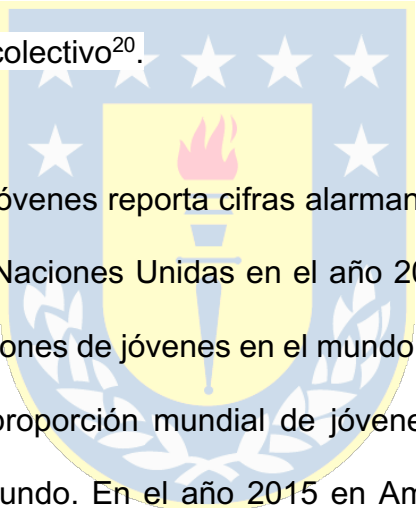
que el estilo de vida está influenciado por diversos factores, entre los que se encuentran los factores personales como los biológicos (genéticos y metabólicos) y los psíquicos (conocimientos, actitudes, comportamientos, habilidades, autoestima o emociones), entre los factores externos está el medio físico (vivienda, urbanismo, posesión de bienes) y el social (relación con el entorno y las interpersonales)¹².

Con relación al estilo de vida que conduce a la salud, la OMS lo define como “una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales” (p. 27)¹³. Estos factores no son homogéneos para todas las conductas de salud, por eso se puede observar que, en la gama de conductas de una persona, esta puede convivir con un estilo de vida saludable (EVS) y nocivo para su salud al mismo tiempo, si una persona realiza una determinada conducta de salud no garantiza que lleve a cabo otros comportamientos saludables. Una conducta saludable conlleva realizar acciones ejecutadas por la persona que inciden en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas a corto o largo plazo, que afectan su bienestar físico y su longevidad¹⁴.

Un EVPS permite desarrollar conductas que influyen de manera positiva en la salud de los individuos¹⁵, al considerar los activos o recursos para la salud que potencian a la persona para mantener la salud y el bienestar¹⁶. El Consejo Internacional de Enfermería, declara que como profesión, Enfermería tiene una gran responsabilidad al desempeñar una función estratégica que contribuya a reducir los riesgos para la salud relacionados con el estilo de vida, promoviendo la adopción de un estilo de vida promotor de salud, donde se incluyan actividades como incentivar la actividad física, una dieta saludable, evitar el consumo dañino del alcohol, del tabaco y otras sustancias, considerando la situación socioeconómica, de género, creencias culturales y religiosas de las personas a quienes se brinda el cuidado¹⁷.

La población susceptible de realizar modificaciones en los comportamientos relacionados a la salud a causa de los factores de riesgo a los que están expuestos, es el grupo etario de adultos jóvenes. Un adulto joven es la persona que tiene una edad entre 18 a 29 años⁸. Este período de edad puede ser muy ambiguo, para las Naciones Unidas tener entre 15 a 19 años es ser adolescente mayor, pero tener hasta 24 años de edad se denomina juventud. Dentro de la categoría de la Juventud se distingue al adulto joven o gente joven quien tiene una edad entre 20 a 24 años. Estos conceptos cambian en muchos países, cuando una persona recibe el mismo trato bajo la ley (generalmente a los 18 años) se le considera adulto¹⁸.

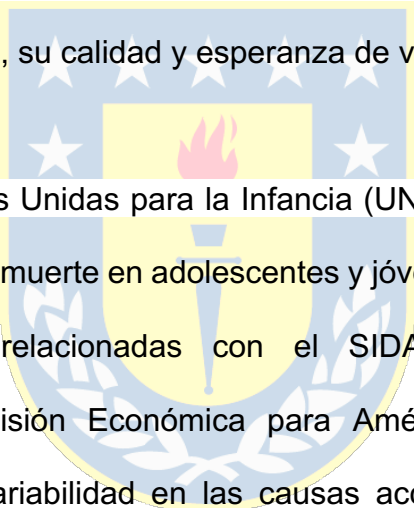
Este grupo etario adquiere gran relevancia para todas las sociedades, por sus potencialidades y proyecciones como líderes del futuro inmediato y de las nuevas generaciones, estableciéndose como elementos fundamentales para impulsar el progreso y el desarrollo de los países y sus comunidades¹⁹. El poseer una condición de nivel óptimo de salud y bienestar es uno de los principales recursos para medir el progreso personal, económico y social de un país, reflejando de forma significativa una mejor calidad de vida para las personas y comunidades. Además, las personas saludables y mejor preparadas son imprescindibles para el desarrollo individual y colectivo²⁰.



La población de adultos jóvenes reporta cifras alarmantes que repercuten en su salud y calidad de vida. Naciones Unidas en el año 2019, informó que existían aproximadamente mil millones de jóvenes en el mundo, el 18.0% de la población global son jóvenes. La proporción mundial de jóvenes está disminuyendo en todas las regiones del mundo. En el año 2015 en América Latina y el Caribe, había una población de más de 160 millones de personas entre 15 y 29 años, correspondiendo a un 9.5% de la juventud global (jóvenes de 15 a 24 años)²¹.

El grupo de jóvenes entre 15 a 24 y hasta 29 años, se consideran especialmente vulnerable a los riesgos de la salud; afectando de forma indistinta a hombres y mujeres^{7, 8, 22}. Actualmente subsisten en un mundo globalizado, exponiéndolos a la adopción de conductas no saludables o de riesgo generando altos índices de

morbilidad y mortalidad causados por enfermedades transmisibles (VIH/SIDA)²³, trastornos en los hábitos alimentarios (sobrepeso, obesidad o mal nutrición) incrementando el riesgo de presentar una ENT²⁴, lesiones por accidentes de tránsito, violencia intrapersonal ocasionando homicidios²⁵; suicidios²⁶, embarazos no deseados⁸ y abortos inseguros²¹, violencia de género²⁷, enfermedades de transmisión sexual (ETS), inactividad física, problemas de salud mental, abuso de sustancias psicotrópicas, consumo nocivo de alcohol²⁸, tabaco²⁹ y sustancias ilícitas, entre otras; ocasionando posteriores problemas de salud que afectan su vida, su calidad y esperanza de vida⁸.



El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), informó que entre las principales causas de muerte en adolescentes y jóvenes estaban las lesiones en carretera, causas relacionadas con el SIDA, suicidio, y violencia interpersonal³⁰. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), reportó una variabilidad en las causas accidentales y violentas en algunos países con cifras de mortalidad elevadas, originando un número muy alto de años de vida perdidos atribuido a muertes prematuras con mayor concentración entre los adultos jóvenes³¹. Las ENT provocan cifras importante de defunciones a partir de los 20 años de edad³².

A nivel de América del Norte, México en el año 2015, registró una población total de casi 120 millones de habitantes (119 938 473 habitantes)³³. Con relación al crecimiento poblacional había un 65.0% de personas entre 15 a 64 años³⁴. Al grupo etario con edades entre 15 y 29 años correspondió un 26.0% (30 730 709) de la población total^{18, 33}. La problemática en salud para los adultos jóvenes es muy similar a la global, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2013, reportó que México ocupaba el séptimo lugar a nivel mundial, por muertes producidas por accidentes de tránsito relacionados con el consumo de alcohol³⁵, algunas personas sufrieron algún tipo de discapacidad ocasionadas por algún tipo de violencia³⁶.

La Encuesta Nacional de la Juventud realizada en México (ENJUV), mostró que el 21.0% de los jóvenes entre 12 y 29 años declararon haber consumido tabaco alguna vez en su vida, el mayor porcentaje fue en hombres. La mitad de los jóvenes manifestó haber probado alguna vez en su vida el alcohol, siendo la cerveza la bebida alcohólica más consumida, con porcentajes altos en hombres. Casi la mitad de los jóvenes entre 20 a 29 años nunca había realizado ejercicio; más de la mitad tuvo relaciones sexuales alguna vez; casi la totalidad tenía conocimientos sobre las ETS, los jóvenes de 15 a 29 años consideraron oportuno para prevenir ETS: el uso de condón, abstenerse de relaciones sexuales y tener relaciones solo con su pareja. Una tercera parte de las mujeres de 15 a 29 años

estuvo embarazada. La principal actividad que realizaban en su tiempo libre era reunirse con amigos, ver televisión, salir con su pareja y hacer deporte³⁷.

Así mismo la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino en México realizada en el año 2016 (ENSANUT MC) reportó que los adultos de 20 años y más presentaron una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad del 72.5%³⁸. La Encuesta Nacional de Valores en juventud (ENVJ), evidenció que la mayoría había tenido relaciones sexuales, predominando la edad de inicio entre 15 a 19 años, un 32.0% eran sexualmente activos, no utilizaron algún método anticonceptivo porque no les gustaba usarlo y no estaban de acuerdo con su uso. Un 20.0% mostró estar inseguro o muy inseguro ante los proyectos personales futuros. La mejor manera de usar su tiempo libre fue viendo televisión, escuchando música y descansando o durmiendo³⁹.

A nivel regional el Estado de Sonora (ubicado en el Noroeste de México) cuenta con una situación muy similar a la nacional, reportó una población total (2015) de 2 850 330 habitantes⁴⁰. De la población total un 73.0% era mayor de 15 años, al grupo etario entre 15 y 29 años correspondió un 25.0% (721 861) de la población total^{18, 33}, (Figura 1).



Figura 1. Localización geográfica del Estado de Sonora, México.

Sonora a través del Instituto Mexicano de la Juventud, informó que un 18.0% de los jóvenes entre 15 a 24 años no contaba con protección en salud, un 11.0% había fumado más de 100 cigarrillos en la vida en edades entre 10 a 19 años y un 35.0% había consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, ligeramente mayor en hombres entre 15 a 19 años ambos problemas. Casi la totalidad de los jóvenes informó haber escuchado hablar de algún método anticonceptivo y del uso del condón masculino para evitar un embarazo o ETS³⁷. El inicio de vida sexual en los adolescentes entre 12 a 19 años tuvo promedios similares por sexo, un 30.0% no utilizó ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual; en la última relación sexual un 22.0% no utilizó ningún método anticonceptivo. Un 47.0% de las mujeres entre 12 a 19 años con inicio de vida sexual activa alguna vez había estado embarazada. La proporción de adolescentes con daños a la salud por accidentes fue de 8.0%, un 14.0% fueron

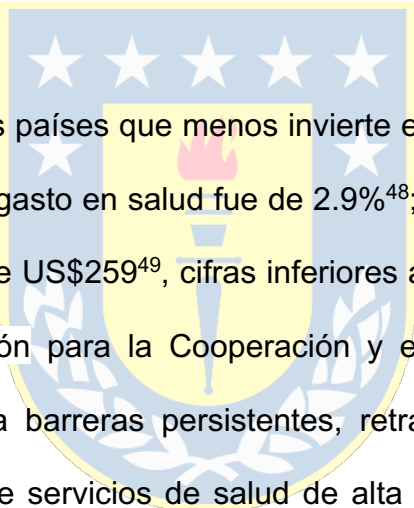
ocasionados por caídas incluidos los vehículos terrestres. Existió algún tipo de violencia en una minoría (4.0%), de tipo interpersonal, maltrato o agresiones. La prevalencia de intento de suicidio estuvo presente en un 2.0% y la conducta de intento de suicidio en un 3.0% de predominio en jóvenes que tenían preparatoria, solteros, que consumían alcohol y sufrían algún tipo de violencia en los últimos 12 meses⁴¹.

La panorámica mundial, nacional (México) y regional (Sonora) mencionada anteriormente, brinda cifras alarmantes sobre la problemática que prevalece y que afecta a las generaciones futuras, quienes serán susceptibles a desarrollar ENT, como consecuencia de múltiples factores como el envejecimiento, la urbanización acelerada, no planificada y a la globalización donde predomina el estilo de vida poco saludable, entre otros⁴². Como se ha evidenciado anteriormente, el aumento de las conductas de riesgo y el estilo de vida no saludable adoptados a través de acciones voluntarias o involuntarias realizadas de forma individual o colectiva en la población adulto joven, ocasiona consecuencias nocivas para su salud⁴³. Muchos intentos de promover la Salud Pública se han centrado en el individuo y su estilo de vida, este enfoque parece bastante común, sin embargo, implica que la persona asuma un papel importante en su salud, al modificar su comportamiento individual para mantener un EVPS y poder ejercer un auto-control sobre la toma de decisiones con respecto a su salud⁴⁴.

Por lo cual es importante que enfermería potencie los recursos para la salud de los adultos jóvenes promoviendo la salud positiva en las diversas áreas tanto físicas, cognitivas, sociales y afectivas para que puedan asumir responsabilidades con respecto a la atención de su propia salud y adoptar una participación activa en la misma entre su adolescencia y su transición a la edad adulta; Antonovsky citado por Gómez, afirmó en su perspectiva salutogénica, que la forma de ver la vida tiene una influencia positiva en la salud de las personas¹⁶. Es importante priorizar en la preservación de la salud del adulto joven para generar mayor bienestar y mejorar su calidad de vida, esto permitirá prevenir de forma oportuna, enfermedades y que se beneficien de la provisión de servicios que atiendan las problemáticas ya existentes.

En relación a las necesidades de atención en salud de este grupo etario, se reconoce que algunos sistemas de salud carecen de programas o servicios que correspondan de forma específica a sus necesidades⁸. Los programas de promoción de la salud y la prevención de enfermedades actualmente son temas de alta prioridad en las políticas y acciones de Salud Pública en el mundo, para mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de la población⁴⁵. En ese sentido la OMS y OPS indicaron que se deben encaminar esfuerzos de acción múltiple para detectar, prevenir y controlar los cuatro factores de riesgo conductuales principales (consumo de tabaco, dieta inadecuada, inactividad física y uso nocivo del alcohol), que son comunes a los cuatro tipos principales

de ENT (cardiovasculares, respiratorias crónicas, cáncer y diabetes). Al llevar a cabo una adecuada promoción, detección oportuna y un tratamiento temprano, se podrían prevenir el 80.0% de estas enfermedades^{29, 46}. La Estrategia del Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Juventud en el año 2014, promovió políticas para que las personas entre 15 y 24 años e incluso hasta los 35 años, se desarrollaran y se les motivará para adquirir empoderamiento, capaces de ser agentes de cambio en diversos ámbitos de la sociedad como una contribución al desarrollo humano sostenible⁴⁷.



México está dentro de los países que menos invierte en salud, gasta menos del 15% del PIB, en 2016 el gasto en salud fue de 2.9%⁴⁸; en 2017 el gasto público en salud per cápita fue de US\$259⁴⁹, cifras inferiores al promedio (6.6%) de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), lo cual provoca barreras persistentes, retraso e inequidades en el acceso y la prestación de servicios de salud de alta calidad tanto preventivos como curativos a la población⁵⁰.

Los programas que se han establecido para la atención de la población adulto joven en México se apoyan en las propuestas internacionales de OMS, OPS y en base a las políticas del país que consagra la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos⁵¹. La Secretaría de Salud de México ha propuesto programas sustentados en los lineamientos rectores de Política Social encaminados a la

salud para toda la población establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 (PND)⁵² y en el Plan Nacional de Salud 2019-2024 (PNS)⁵³, al establecerse un modelo de Atención Primaria de Salud Integral donde se brindará prevención, detección y tratamiento a toda la población para reducir el impacto negativo de las conductas y hábitos no saludables de la población mexicana.

Existen programas como el Sistema de Protección Social en Salud que otorga el derecho a la protección a la salud de todos los mexicanos, a través de un Seguro Popular de Salud, sin embargo, solo un 30.0% de los jóvenes se benefició y un 36.0% de ellos aún no estaban afiliados a ningún sistema de salud⁵⁴. Los servicios que otorgan son: protección a través de vacunas, acciones preventivas y consejería de adicciones para adolescentes y acciones preventivas para la mujer y el hombre⁵⁵. Las Cartillas Nacionales de Salud Unificadas, fueron diseñadas para garantizar un paquete de intervenciones de promoción y prevención accesible a toda la población, existiendo una cartilla para el adolescente de 10 a 19 años, para la mujer y el hombre de 20 a 59 años, entre otras; donde menos de la mitad (49.0%) eran los beneficiados y de los que tenían cartilla nacional de salud asistieron casi la mitad de la población⁵⁶.

También se crearon programas en materia de promoción de la salud encaminados a la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, la campaña “Chécate, Mídete, Muévete” para fomentar la adopción de un estilo

de vida saludable, el Programa de Alimentación y Actividad Física, el Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, la Prevención y el Control del VIH y el SIDA, programas de capacitación en el Modelo de Consejería Breve para dejar de fumar y la implementación de espacios 100% libres de humo de tabaco con énfasis en población adolescente⁵¹; el programa preventivo Conduce sin Alcohol a permitido disminuir hasta en un 30.0% la probabilidad de que alguna persona fallezca en accidentes de tránsito⁵⁷ entre otros. El Programa Projuventud 2014-2018 propuso una estrategia para mejorar el bienestar y la calidad de vida de los jóvenes, su entorno, su salud, su seguridad y sus relaciones comunitarias al promover el autocuidado y la convivencia⁵⁸.

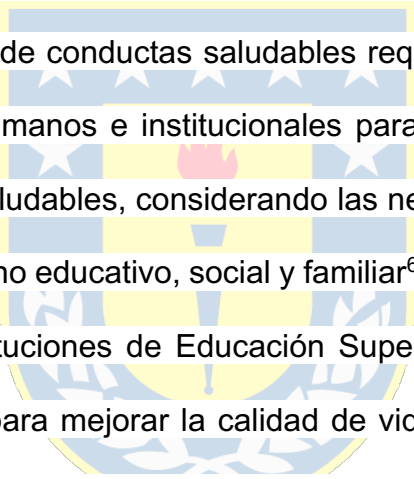
Se reconoce que la salud no es una prioridad automática por parte de algunos gobiernos en relación con otras prioridades u otros objetivos políticos. Sin embargo, se siguen haciendo esfuerzos para asegurar una salud transparente en la formulación de políticas y brindar oportunidades de co-beneficios a todos los sectores de la población⁵⁹. Esto implica una gran responsabilidad de los servicios de salud para evaluar y comprender los efectos que ocasionan los riesgos para la salud, por lo que es prioritario planificar y focalizar los esfuerzos en la promoción de la salud, abatiendo algunos factores de riesgo que se pueden evitar o controlar al implementar intervenciones en salud oportunas y eficaces, para hacer un cambio de lo curativo a lo preventivo⁶⁰.

Una propuesta novedosa que permite potenciar, mantener y conservar la salud, se retoma de la teoría desarrollado por Antonovsky en el año 1979, denominada Salutogénica, cuyo enfoque es la salud y el bienestar de las personas; este enfoque promueve la salud basada en un diseño positivo de la misma, en lugar de considerar el déficit de la salud^{61, 62}. La persona debe emplear los Recursos Generales de Resistencia (RGR) que sustentan el comportamiento para percibir su vida como coherente, estructurada y comprensible; también debe hacer uso de su Sentido de Coherencia (SOC), permitiendo de manera individual valorar los acontecimientos de la vida como comprensibles, manejables y significativos; los RGR se convierten en recursos promotores de un SOC fuerte⁶³.

La persona debe mostrar la capacidad que tiene de recibir y valorar las experiencias de la vida para actuar de forma constructiva en relación con su salud⁶⁴. Antonovsky vinculó el estado de salud (individual o colectivo) a todos los factores socioculturales e históricos que permiten o hacen posible a la persona el desarrollo de la confianza para actuar en forma “salutogénica o patogénica”⁶⁵.

A nivel de las instituciones de educación superior, se debe destacar una de las funciones principales, quienes se han identificado como lugares claves donde los adultos jóvenes universitarios pueden adquirir y mejorar conductas en salud. Deben reconocer la relevancia de los determinantes sociales de la salud y el rol activo que cada estudiante debe ejercer para adquirir y mejorar su bienestar y el

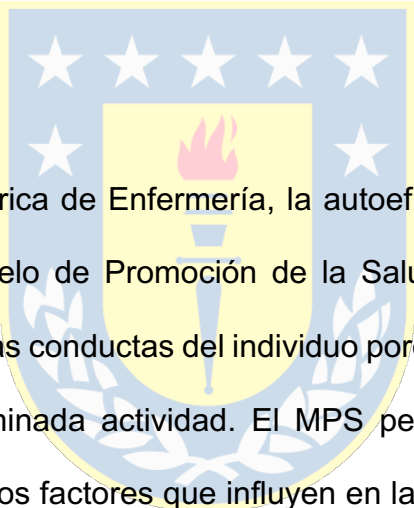
de los otros, se reconoce que es una importante plataforma para la promoción de la salud⁶⁶; además deben fortalecer el desarrollar de actitudes y valores necesarios para el pleno desarrollo físico, psicológico y social de los estudiantes, contribuyendo así a mejorar su calidad de vida al adoptar un EVPS y favorecer los aprendizajes a lo largo de su vida⁶⁷. Deben contribuir a formar profesionales competentes que respondan a las demandas de la sociedad, y así mismo adquieren un compromiso con el fomento de la salud de los estudiantes.



El promover la adopción de conductas saludables requiere de la asignación de recursos económicos, humanos e institucionales para implementar estrategias acordes a las políticas saludables, considerando las necesidades personales de los estudiantes, del entorno educativo, social y familiar⁶⁸. La Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES) en México propone una estrategia para mejorar la calidad de vida de los estudiantes y la educación superior; brindar apoyo a través de una tutoría no solo en el ámbito académico, sino en otro tipo de situaciones; focalizando en la salud, apoyo psicológico, autoestima, motivación, sexualidad colectiva, adicciones, relaciones interpersonales, trabajo colaborativo entre muchos otros aspectos^{69, 70}.

El adulto joven universitario es consciente de sus capacidades y potencialidades para accionar su transformación y poder transformar su entorno; Torres, hace referencia que el empoderamiento brinda al estudiante la oportunidad de ser una

persona que desarrolle y fortalezca sus capacidades, despierta la curiosidad crítica sobre la sociedad y lo hace partícipe de su rol en el cambio social; su transformación debe permitirle adquirir el poder de actuar de forma responsable y éticamente para sí mismo y para los otros en relación con su salud⁷¹. En el contexto de mantener y conservar la salud de los adultos jóvenes, la promoción de la salud adquiere gran relevancia porque se pueden promover cambios de comportamientos relacionados a la salud, la adquisición de aptitudes y habilidades personales y por ende el desarrollo de un EVPS durable y sostenible⁷².



Desde la perspectiva teórica de Enfermería, la autoeficacia percibida (AEP) es un eje principal del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), es uno de los factores que influyen en las conductas del individuo porque brinda confianza para lograr el éxito en determinada actividad. El MPS permite predecir conductas saludables, al identificar los factores que influyen en la toma de decisiones y las acciones emprendidas para prevenir la enfermedad. También reconoce los factores cognitivos perceptuales de la persona para modificar las condiciones situacionales, personales e interpersonales dando como resultado la participación en conductas favorecedoras en salud cuando existe una pauta para la acción⁷³.

Una función prioritaria de enfermería es conservar la salud y favorecer el bienestar de las personas al brindar cuidados sustentados en una base teórica que fundamente su actuación^{74, 75}, no solo a la persona en riesgo o enferma, sino también a la persona sana, para potenciar sus recursos en salud. El MPS es frecuentemente empleado por los profesionales de enfermería ya que permite comprender el estilo de vida de las personas relacionadas con la salud y orienta hacia la generación de conductas saludables⁷⁶.

Es prioritario identificar y reforzar los recursos en salud considerados factores protectores en los ámbitos individual, familiar y comunitario para promover una adecuada salud en los adultos jóvenes y a la vez prevenir factores de riesgo presentes en varios problemas de salud de la población, que afectan de forma diferente a los hombres y a las mujeres. Durante las etapas tempranas de su ciclo de vida, los adultos jóvenes aprenden y refuerzan comportamientos saludables y nocivos para la salud. Los cuales repercuten en su salud y bienestar, afectando su situación de salud actual y en el acceso, oportunidades y contribuciones a la salud en el transcurso de sus vidas, por lo tanto, influyen en la calidad de vida.

I.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En base a lo expuesto anteriormente surge la necesidad de realizar una investigación que evidencie:

¿Qué factores personales y cognitivos afectivos influyen en la adopción de un estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes universitarios del noroeste de México?, y si ¿Existe relación entre el sentido de coherencia, el empoderamiento para la salud y la autoeficacia percibida con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes universitarios del noroeste de México?.

Los informes emitidos por la Secretaría de Salud y las encuestas nacionales en México evidencian la magnitud de la situación en salud en los adultos jóvenes del Estado de Sonora; ocasionados como consecuencias de conductas no saludables que incrementan los índices de morbi-mortalidad, no solamente en las ENT, sino en las conductas de riesgo atribuidas por su estilo de vida no saludable; a pesar de los esfuerzos realizados a través de los diferentes programas establecidos para abatir la problemática en salud o de riesgo para los adultos jóvenes, los resultados no son muy alentadores. Por lo cual se hace indispensable el rol del profesional de enfermería en la promoción de la salud para incidir en el mantenimiento y conservación de la salud de este grupo etario, al identificar los factores personales, cognitivos afectivos y los recursos en salud para promover la adopción de un EVPS que impacte en su salud presente y

futura. En ese sentido organismos internacionales consideran que la inversión en la juventud es una de las más acertadas acciones que un país puede realizar, ya que la juventud de hoy tiene la capacidad para fortalecer el tejido social y crear un futuro sostenible²¹; además, los adultos jóvenes están capacitados para desempeñar un rol vital en su propio beneficio y desarrollo, la adquisición de un EVPS es un excelente medio para promover su propia salud⁸.

Este estudio pretendió analizar el EVPS en adultos jóvenes universitarios con la finalidad de identificar qué factores personales, cognitivos afectivos y recursos en salud como el SOC, el empoderamiento para la salud (EPS) y la AEP influyen en la adopción de un estilo de vida promotor de salud. Al medir los recursos en salud del adulto joven, se evidenció el tipo de EVPS y el nivel salutogénico que poseían, y como este influyó en las conductas promotoras en salud; los recursos que poseen los estudiantes permiten mostrar su capacidad para recibir y determinar la forma de actuar en relación a conservar y mantener la salud basada en un enfoque positivo de la salud, desde la mirada de la promoción de la salud.

La problemática identificada en el grupo etario, no había sido explorada desde el enfoque salutogénico en Sonora, México; se encontró evidencia donde se muestra el SOC, la AEP y el EPS en otro tipo de población y en situaciones de enfermedad. No se encontró evidencia científica que sustentará este enfoque y cómo influye en el EVPS de los adultos jóvenes universitarios.

Uno de los principales desafíos para enfermería es aportar elementos que apoyen la generación de estrategias en salud a nivel educativo, a nivel de políticas de salud estatal y nacional y fortalecer la gestión del cuidado de enfermería, tomando en cuenta a los adultos jóvenes universitarios para ayudar a prevenir sucesos en salud o moderar el impacto adverso de las conductas de riesgo a las cuales están expuestos, esta propuesta apoyará las políticas en salud estatal y nacional establecidas, como un primer paso relevante en el desarrollo de estrategias para potenciar la promoción de la salud al promover la conservación y mantenimiento de la salud de los adultos jóvenes, el enfoque salutogénico a través de evidenciar los recursos en salud como el SOC, el EPS y la AEP, se convierte en una herramienta valiosa de apoyo para modificar cambios de conductas y favorecer la adopción de un EVPS al mejorar la salud y el bienestar de los adultos jóvenes, que se verá reflejada en la autonomía al hacer a la persona responsable de su salud individual, capaces de pensar y trabajar críticamente para adoptar una cultura de salud y mejorar su calidad de vida.

II. MARCO REFERENCIAL

Esta investigación se fundamenta en la Teoría Salutogénica, el Modelo de Promoción de la Salud, la Teoría de la Autoeficacia y en el concepto de Empoderamiento para la salud.

II.1. Modelo teórico y conceptual

II.1.1. Teoría salutogénica

La teoría salutogénica plantea un cambio de paradigma, “promueve el entendimiento de los mecanismos mediante los cuales, las personas encuentran motivación para afrontar los desafíos que se les presentan durante su vida” (p. 4)⁷⁷. El término salutogénesis fue creado por Aarón Antonovsky⁷⁸ en las últimas décadas del siglo XX (finales de los años 70). La salutogénesis (del latín Salus, salud y del griego Génesis, origen, creación de, en combinación son fuentes de la salud), cuyo significado es génesis de la salud, permite una nueva mirada en lo referente a la salud, surge como contraposición a la patogénesis^{79, 80}, la cual ha sido el vector hegemónico que durante los últimos siglos ha prevalecido en el campo de la medicina y la salud, al erigir su finalidad, sus conocimientos, sus métodos y técnicas en base a la enfermedad y la muerte⁸¹.

Salutogénesis es una nueva perspectiva para la promoción de la salud relacionado con lo que es favorable y positivo para la salud, se considera una

nueva concepción de “salud positiva”, poniendo de relieve la reducción de los factores de riesgo y las barreras para detener o atenuar las consecuencias de la enfermedad; es una forma de visualizar las acciones en salud, permitiendo un mayor control sobre ella y su mejoría. La perspectiva salutogénica “hace énfasis en aquello que genera salud (salutogénesis) y no en lo que genera enfermedad (patogénesis)” (p. 87)⁸². Permite a la persona descubrir los recursos psicológicos, sociales y culturales que pueden y utilizan con éxito para resistir la enfermedad⁸³.

Antonovsky citado por Lindström y Ericksson describieron este enfoque como “El continuo bienestar / malestar” (the ease / dis-ease continuum), este continuo representa la salud en una línea horizontal, por un extremo se encuentra la ausencia total de salud (salud negativa [S-]) y en el otro la salud total (salud positiva [S+])^{80, 83}. Estos polos opuestos fueron identificados como “ease” (bienestar/salud) y dis-ease (malestar/enfermedad) en vez de considerar el término salud-enfermedad (“health-disease”). Este enfoque propone que el individuo tiene salud en alguna medida y que está movilizándose continua y dinámicamente entre esos dos extremos del continuo bienestar-malestar, sin que se pueda ubicar en uno de los polos extremos a lo largo del ciclo vital⁸⁴.

Antonovsky mencionó que “hay fuerzas que nos empujan en una dirección u otra, pero todos somos, desde este punto de vista, en parte sana, en parte enferma” (p. 4)⁷⁷. El énfasis no debe realizarse en el hecho de que la persona este sana o

enferma, sino más bien en qué lugar del continuo se encuentra, entre el bienestar/buena salud y el completo malestar/enfermedad. En figura 2, se muestra el continuo bienestar-malestar propuesto por Antonovsky.

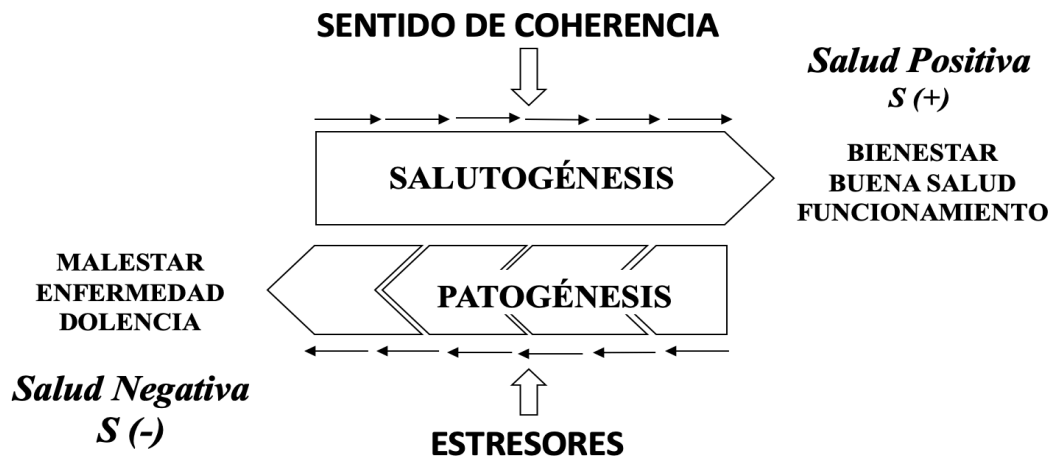


Figura 2. Continuo Bienestar-Malestar, 2010⁷⁸. Elaborado por investigadora.

La teoría salutogénica involucra la relación entre salud, estrés y afrontamiento, por lo que se considera importante la adopción de los recursos/activos en salud, los cuales permiten desarrollar el “sentido de coherencia”. Estos recursos/ activos en salud son todos aquellos factores o elementos que potencien las capacidades de las personas, de las comunidades, de las poblaciones para comprender, mantener y gestionar la salud y el bienestar en el entorno (mundo) en el que viven, busca las ventajas y reconoce los talentos, habilidades, intereses y experiencias de cada persona⁸⁵.

En figura 3, se presenta el esquema del Paraguas Salutogénico propuesto por Lindström y Eriksson, mostrando algunos conceptos o teorías relacionados con la salutogénesis que apoyan los recursos/activos en salud⁸⁶. Tienden a potenciar las habilidades positivas, las capacidades y el poder de identificar problemas y generar soluciones a nivel individual, comunitario y organizacional, permiten orientar esfuerzos hacia la promoción positiva de la salud y en los factores protectores para conservar la salud, apoyan la reconstrucción de conocimientos existentes que faciliten a las políticas y a la práctica en salud a promover enfoques positivos para la salud, lo que conduce a una menor dependencia de las personas por los servicios profesionales de salud^{87, 88}.

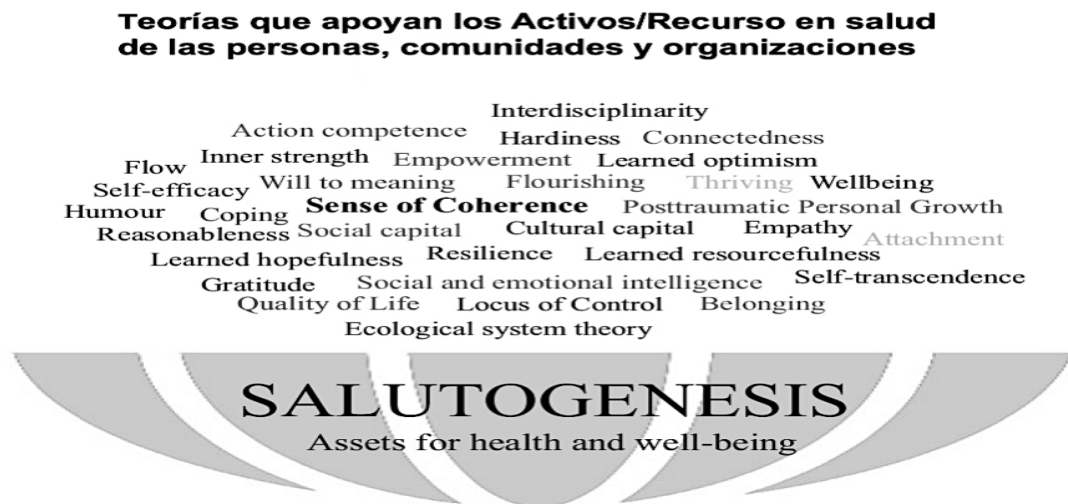


Figura 3. Paraguas Salutogénico⁸⁵.

El enfoque teórico permite entender porque las personas pueden sobrevivir por un periodo largo de tiempo después de haber enfrentado situaciones estresantes en su vida, al emplear mecanismos de afrontamiento como amortiguadores o moderadores del estrés. En sus investigaciones sobre estrés, Antonovsky identificó que las personas empleaban un afrontamiento adaptativo que permitía el movimiento hacia el continuo bienestar/malestar, a lo que llamo RGR. Llegó a la comprensión teórica de porque tales recursos (salud, fuerza del ego, estabilidad cultural, apoyo social, entre otros) promovían la salud. La respuesta a esa pregunta la denominó SOC⁸⁴.

Los RGR o factores saludables se definen “como cualquier característica de la persona, grupo o contexto que pueden facilitar la gestión eficaz de la tensión o estrés”⁸⁹, lo constituyen los factores físicos, biológicos, materiales, cognitivos, emocionales, actitudes, interpersonales-relacionales y aspectos macro-socioculturales, que facilitan a las personas percibir su vida como coherente, estructurada y comprensible, cuyo manejo efectivo ayuda a evitar o a combatir una gama de estresores. Los RGR brindan más oportunidades a las personas para afrontar experiencias y desafíos de la vida, la importancia radica en la capacidad del individuo para emplearlos, promoviendo el desarrollo de un SOC fuerte⁹⁰. Se han identificado cuatro RGR para potenciar el desarrollo de un sentido de coherencia fuerte: actividades significativas, pensamientos existenciales, contacto con los sentimientos interiores y relaciones sociales. El

éxito de estos recursos no es solo disponer de ello, si no la habilidad de la persona para utilizarlos de forma que promuevan la salud⁶²⁻⁶⁴.

El SOC es un constructo definido como “una orientación global que expresa el grado en que la persona tiene una penetrante y duradera, aunque dinámica, sensación de confianza a lo largo de la vida, los estímulos derivados de los entornos internos y externos están estructurados, pudiendo ser predecibles y explicables, existiendo recursos que están disponibles para satisfacer las demandas planteadas por estos estímulos, siendo estas demandas desafíos, dignos de esfuerzo y compromiso para ser superados”⁹⁰. Estos tres componentes se denominan comprensibilidad, manejabilidad y significatividad⁸⁸.

Antonovsky planteó que a partir de estos componentes (comprensibilidad [componente cognitivo], manejabilidad [componente instrumental o de comportamiento] y significatividad para la vida [componente motivacional]), se puede definir en forma más completa el SOC como una orientación global que indica^{17, 62}:

- a. Comprensibilidad, es la capacidad que tiene la persona de percibir los estímulos internos o externos como información ordenada, consistente, estructurada y clara (lo que acontece).

- b. Manejabilidad, es el grado que tiene la persona de creer que tiene a su disposición los recursos adecuados para hacer frente a las demandas planteadas por la vida (visión de las propias habilidades para manejarlo).
- c. Significatividad, es la capacidad que muestra la persona de percibir que la vida tiene sentido emocional y a pesar de los problemas y dificultades a los que se enfrenta, merece la pena invertir energía y esfuerzo en ello (convertir lo que se hace en satisfactorio y significativo para la vida).

En figura 4 se presenta el esquema adaptado de la teoría salutogénica propuesto por Antonovsky.

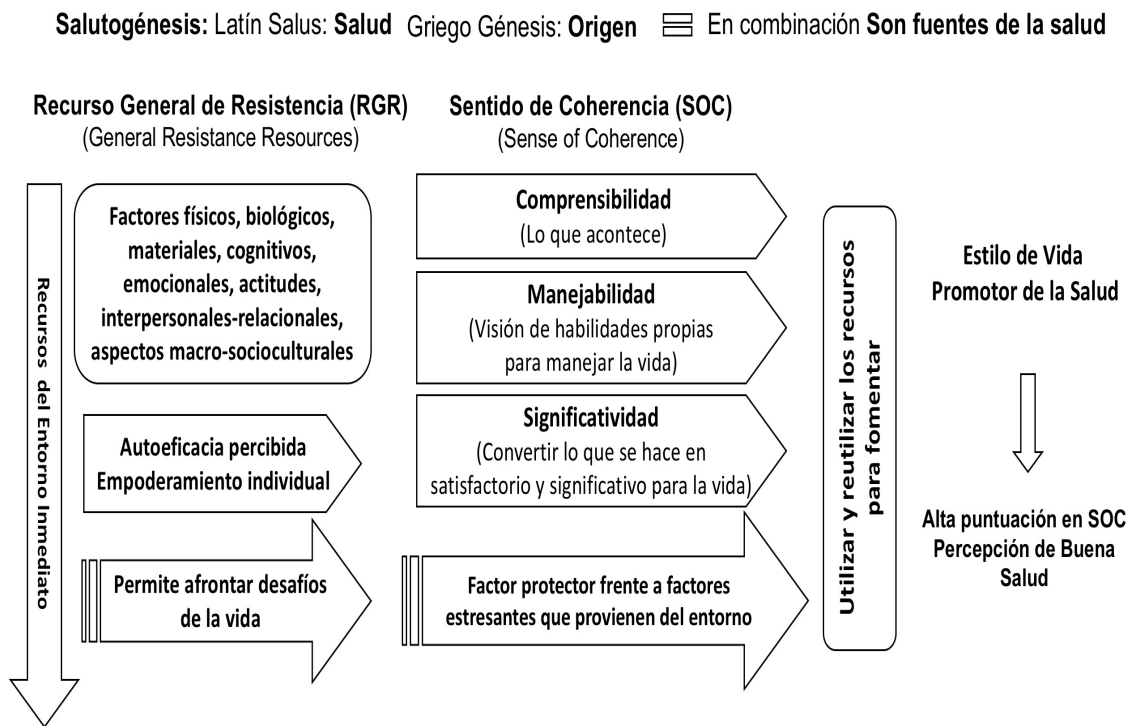
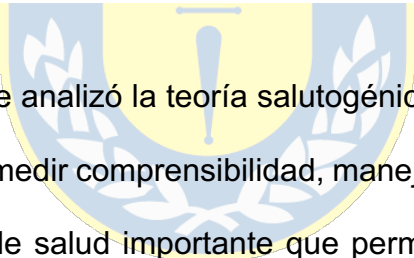


Figura 4. Teoría Salutogénica. Elaborado por investigadora.

Las personas con un SOC fuerte visualizan su vida como algo coherente, comprensible, manejable y significativa, brindándole confianza y seguridad interna para identificar recursos en su entorno inmediato, esta habilidad permite utilizar y reutilizar éstos de forma promotora para su salud^{72, 76}. El SOC es un factor protector frente a los factores estresantes que provienen del ambiente laboral, de la conciliación laboral y familiar. Se ha demostrado correlación del SOC con la salud percibida y la calidad de vida percibida, las personas con alta puntuación en SOC suelen percibir su propia salud como buena⁶¹. Los niveles bajos de SOC están asociados con problemas de salud como el síndrome de burnout o depresión y puede determinar algunas características de la personalidad⁹¹.



Para esta investigación se analizó la teoría salutogénica, a través del constructo sentido de coherencia al medir comprensibilidad, manejabilidad y significatividad, como un recurso/activo de salud importante que permite a los adultos jóvenes movilizar los recursos que posee para potenciar su capacidad de hacer frente a situaciones estresantes, comprometerse frente a situaciones problemáticas que provienen de diversos ambientes tales como el educativo, laboral, familiar y social entre otros, para mantenerse saludable y reforzar conductas promotoras en salud.

II.1.2. Modelo de promoción de la salud

Las políticas en salud dirigidas a la modificación de los comportamientos individuales como estrategia eficaz para mejorar la salud de la población, surgieron en los años 70 del siglo pasado en Canadá (a partir del Informe Lalonde en 1974), dando origen al concepto de promoción de la salud. El propósito era disminuir los gastos asociados a la atención médica de la población, dirigiéndola hacia la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; así como ofertar un nivel básico de servicios orientados en salud, provisto de profesionales que brindaran de forma continua la atención, dando origen al concepto de atención primaria de la salud; el cual fue considerado un proceso complejo que debía estar a disposición de la mayor cantidad de personas, considerándola una atención primordial básica, universal y accesible a los individuos y comunidad por medios aceptables para ellos, con participación activa y a un costo que la comunidad y el país pudieran solventar, requiriendo la participación coordinada de todos los sectores involucrados en el desarrollo nacional y comunitario^{92, 93}.

Desde la primera conferencia internacional sobre promoción de la salud realizada en el año 1986, se estableció que promoción de la salud consiste en “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (p. 2)⁶⁰, la finalidad es que las personas fueran capaces de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente para lograr un estado adecuado de

bienestar físico, mental y social. Si las personas no logran asumir el control de los factores que influyen en su estado de salud no podrán alcanzar la salud plena⁶⁰.

Nola Pender, teórica de enfermería, desarrolló el MPS, en 1990 publicó la primera versión inicial del modelo. El MPS propone un marco para integrar la perspectiva de enfermería y la ciencia del comportamiento con los factores que influyen en las conductas de salud; ofrece una guía para explorar los complejos procesos biopsicosociales que motivan al individuo a involucrarse en los comportamientos o conductas dirigidas a mejorar la salud⁹⁴. El MPS integra diversas teorías, como la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura quien postuló la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incluye las auto-creencias: autoatribución, autoevaluación y autoeficacia, además de la teoría de la valoración de expectativas de la motivación humana descrito por Feather, él afirmó que los individuos se involucran en acciones (tienen una intencionalidad) para lograr metas que se perciben como posibles y que resultan en un valor a lograr^{95, 96}. Cuando existe una intención clara, concreta y definida por lograr una meta, aumenta la probabilidad de lograrla; esta motivación se considera importante para el desarrollo del modelo.

El MPS incluye las conductas que fomentan la salud y se aplica a lo largo de toda la vida. Algunas premisas que Pender planteó en su modelo afirman que: las

personas buscan crear condiciones de vida donde puedan expresar su propio potencial de la salud humana, las personas tienen la capacidad de poseer autoconciencia reflexiva (valoración de sus propias competencias), pueden valorar el crecimiento en las direcciones observadas como positivas y hacer el intento de conservar el equilibrio personal aceptable entre el cambio y la estabilidad. Los individuos buscan regular activamente su propia conducta, los profesionales de la salud forman parte del entorno interpersonal que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida y la reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona-entorno es primordial para el cambio de conducta⁹⁵. Pender, pretende instruir la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas en salud que se pretenden lograr⁷⁶.

En figura 5, se muestran los conceptos básicos del MPS, incluye las características y experiencias individuales de las personas y abarca los conceptos: la conducta relacionada previa que hace referencia a las experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud y los factores personales que permiten predecir cierta conducta y están marcados por la

naturaleza de la consideración de la meta de la conducta, en los cuales se encuentran los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales⁹⁵. Entre los factores cognitivos y afectivos específicos de la conducta se encuentra la AEP que permite emitir “el juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora en salud, confianza en sí mismo en la realización de conductas en salud con éxito” (p.37)⁹⁴. Esta influye en las barreras percibidas de la acción de tal forma que una persona que tiene mayor AEP lleva a cabo percepciones menores de las barreras para el desempeño de sus conductas.

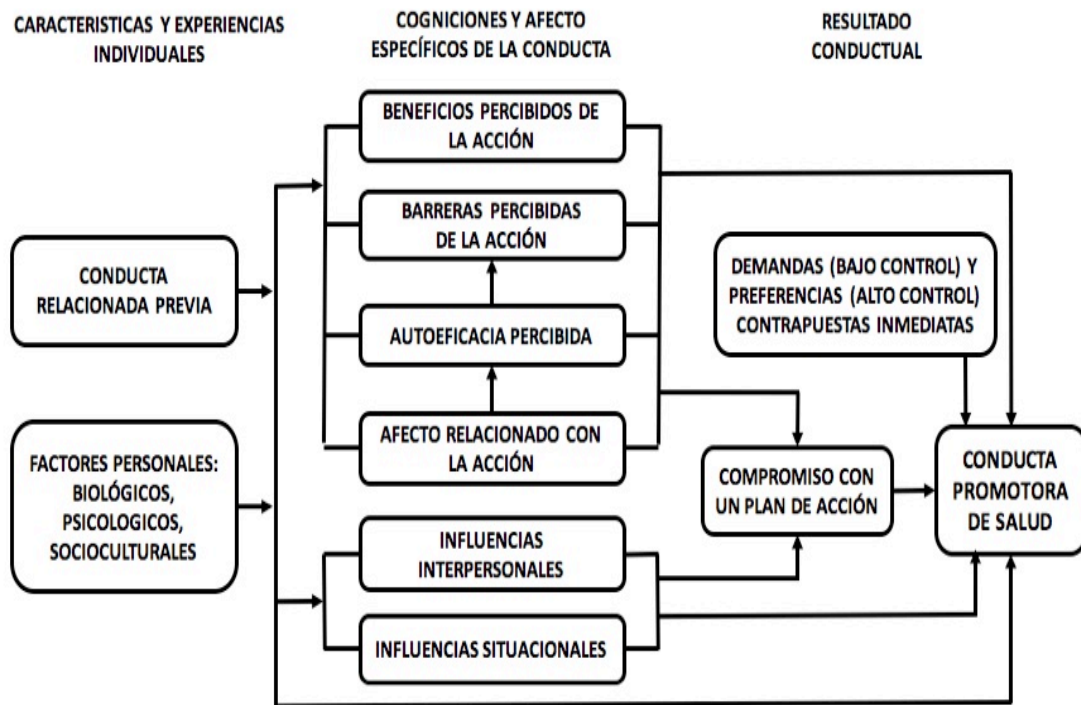


Figura 5. Modelo de promoción de la salud⁹⁴.

Los componentes centrales del modelo se relacionan con cogniciones y afectos específicos de la conducta, comprende 6 conceptos^{94, 95}.

- a. Los beneficios percibidos de la acción, son resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud.
- b. Las barreras percibidas a la acción, son apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona que pueden obstaculizar un compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real.
- c. La AEP representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, si la AEP es mayor, aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y una actuación real de la conducta.
- d. El afecto relacionado con la actividad, son emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta.
- e. Las influencias interpersonales ofrecen ayuda o apoyo para permitir o adoptar conductas de promoción de salud (familia, pareja o cuidadores).
- f. Las influencias situacionales en el entorno, pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud.

Los conceptos básicos y los componentes centrales del MPS se relacionan e influyen en la adopción de un compromiso para un plan de acción, constituye el precedente para el resultado final deseado, que es generar una conducta o estilo de vida promotor de salud.

Siguiendo las orientaciones teóricas de Pender, en este estudio se consideraron las características y experiencias individuales de las personas donde se incluyeron los factores personales biológicos (edad, sexo, IMC) y socioculturales (trabaja, servicio de salud, percepción del estado de salud, prácticas para cuidar la salud, actividad física, ejercicio físico, actividades de descanso/ocio, consumo de tabaco, alcohol y drogas, sensación que no vale la pena vivir, ha intentado quitarse la vida, se expresa de manera violenta y relaciones sexuales), estos factores pueden predecir un cambio en el EVPS en la persona. El factor cognitivo y afectivo específico de la conducta que se abordó fue la AEP.



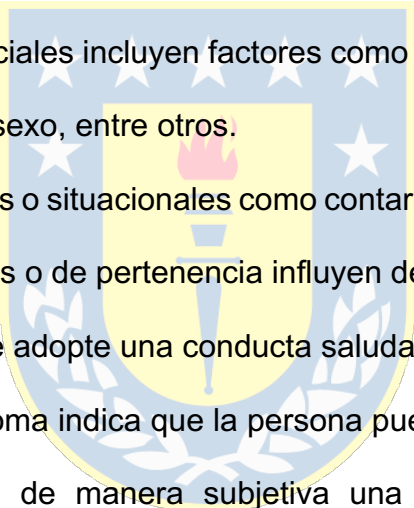
II.1.3. Estilo de vida promotor de salud

Con relación a la conducta promotora en salud, algunos autores la han definido como habitus o estilo de vida. Nawas, hizo referencia, que probablemente quien utilizó por primera vez el término “estilo de vida” fue el psicólogo Carl Jung en 1912, quien hablaba del “estilo de vida individual propio de uno como ayuda a modelar la personalidad” (p. 93). Posteriormente Alfred Adler desarrolló el concepto en su teoría de la personalidad y lo definió como “la unicidad del individuo, la unidad de su personalidad, su forma característica de comportamiento, la intencionalidad de sus esfuerzos y su lucha creativa por superar las inferioridades personales y los impedimentos del ambiente” (p. 93), se visualiza como “el modo de comportamiento del individuo tendiente a una meta el cual considera los aspectos cognoscitivo, afectivo, motor e interpersonal” (p. 94)⁹⁷.

Desde el enfoque sociológico Bourdieu denominó habitus a “un set de disposiciones durables para actuar de maneras específicas” (p. 3)⁹⁸. Donde las personas de una misma clase social podían compartir el mismo estilo de vida; estos se desarrollan en base a las aspiraciones y expectativas del individuo tendiendo los medios necesarios para poder lograrlos¹⁰. Elías citado en Guerra, hizo referencia al Habitus como una forma de incorporación individual de normas transmitidas por las unidades de pertenencia (familia, aldea, tribu, iglesia, nación) a través de la socialización (habitus individual), dándole identidad al individuo

según sean las unidades de pertenencia en las que esté inserto. En el contexto social el habitus se muestra según los cánones de conducta y sentimientos individuales, que se van modelando en el transcurso de las generaciones y expresan las disposiciones compartidas por los miembros de una sociedad o una unidad de pertenencia⁹⁹.

Oblitas menciona que entre los determinantes de la conducta en salud identificados por Bishop se encuentran¹⁰⁰:

- 
- a) Los demográficos y sociales incluyen factores como edad, nivel de educación, posición económica y sexo, entre otros.
 - b) Las situaciones sociales o situacionales como contar con familia o relacionarse con un grupo de iguales o de pertenencia influyen de forma directa o indirecta en la persona para que adopte una conducta saludable.
 - c) La percepción del síntoma indica que la persona puede adoptar conductas de salud cuando percibe de manera subjetiva una predisposición a ciertas enfermedades o accidentes. La naturaleza (percepción de susceptibilidad) y la intensidad (severidad percibida) pueden afectar de forma importante a la persona para que adopte o no una conducta específica.
 - d) Los psicológicos (emocionales y cognitivos), el estrés, los pensamientos, las creencias, la motivación, entre otros, son factores que influyen de manera importante en las conductas en salud.

Pender establece que la conducta/estilo de vida promotor de salud “es el resultado de la acción dirigida a los resultados de salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva” (p. 389)⁹⁵; se vuelve importante identificar aquellos comportamientos que mejoran o afectan la salud de las personas, para poder realizar estrategias de promoción de un estilo de vida saludable. Las conductas saludables son las acciones que realiza la persona e influyen en la posibilidad de obtener resultados físicos y fisiológicos inmediatos y a largo plazo, lo que repercute en su bienestar y en su longevidad¹⁰⁰, en figura 6 se muestra el esquema del estilo de vida promotor de salud.

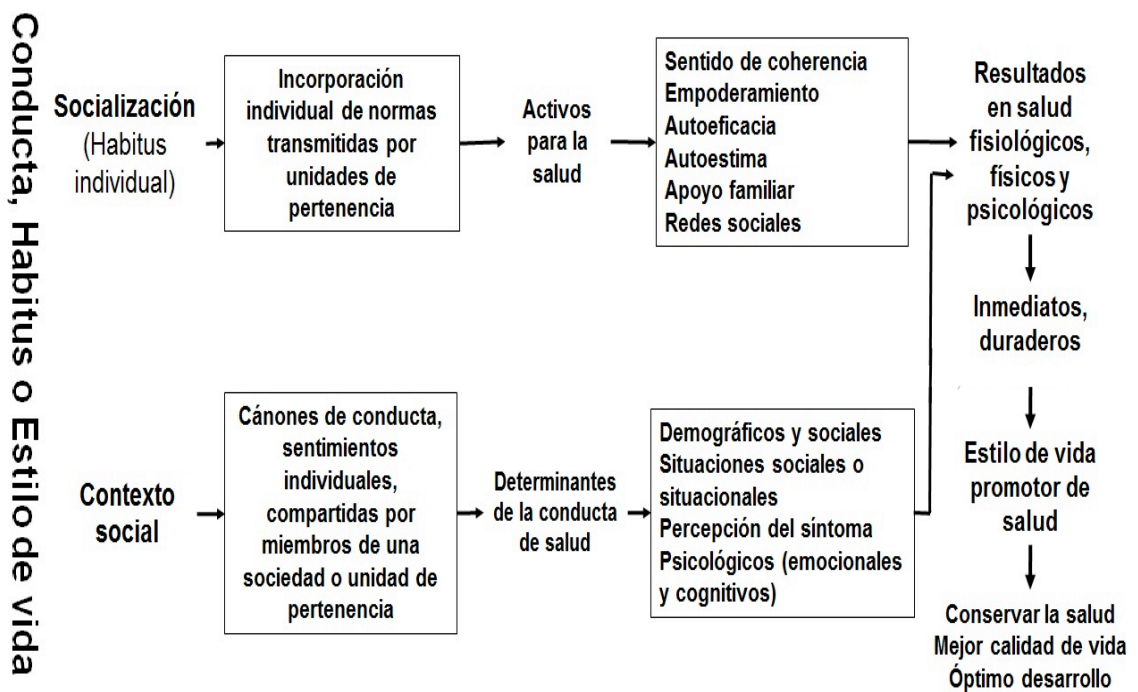
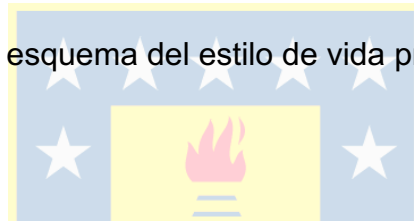
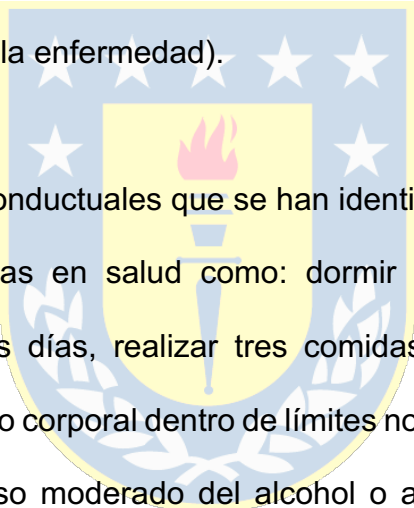


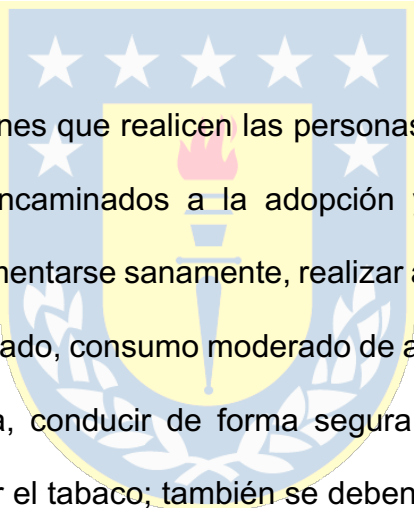
Figura 6. Estilo de vida promotor de salud. Elaborado por investigadora.

Las conductas saludables que se deben promover son diversas e importantes para adquirir comportamientos relacionados a conservar la salud, los más importantes son: practicar ejercicio físico, nutrición adecuada, adoptar comportamientos de seguridad, evitar el consumo de drogas, sexo seguro, desarrollar un EVPS y adherencia terapéutica. El fomento de un EVPS requiere un esfuerzo por parte de las personas para reducir los patógenos conductuales (conductas nocivas que incrementan el riesgo de enfermar) e impulsar los que actúan como inmunógenos conductuales (conductas protectoras que hacen a uno menos susceptible a la enfermedad).



Entre los inmunógenos conductuales que se han identificado, está la relación de la longevidad y conductas en salud como: dormir de 7 a 8 horas diarias, desayunar casi todos los días, realizar tres comidas al día sin “picar” entre comidas, mantener el peso corporal dentro de límites normales, practicar ejercicio físico regularmente, el uso moderado del alcohol o abstenerse y no fumar¹⁰⁰. Ciertamente la conservación de la salud depende en gran medida de modificar comportamientos como adquirir conductas saludables, buscar cuidados médicos, seguir recomendaciones del personal de salud, entre otros. Se ha evidenciado que los estados psicológicos que influyen en la salud como los sentimientos, las emociones y el estrés pueden provocar conductas positivas o negativas en el bienestar de la persona ocasionando una gran variedad de efectos negativos en su vida⁹⁹.

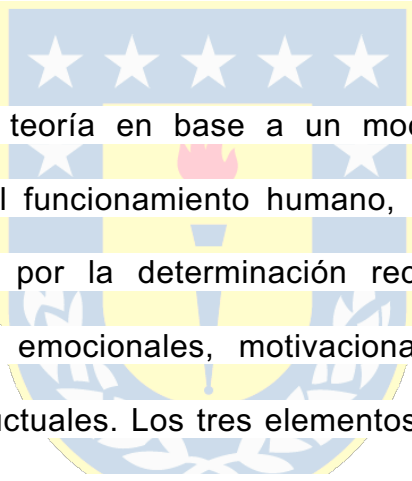
La sociedad también influye sobre la salud, en el entorno existen riesgos ambientales como la contaminación del aire, del suelo y del agua o sustancias tóxicas y radiaciones naturales o provocadas. Todos estos factores encierran un potencial peligro que ejerce influencia significativa sobre la salud de un amplio colectivo o de comunidades enteras. Para poder abordar estas situaciones se asume la necesidad de poner en práctica la prevención primaria dando énfasis en la promoción de la salud, para prevenir o evitar que las personas que actualmente gozan de buena salud se expongan al riesgo de enfermar¹⁰⁰.



En este sentido las acciones que realicen las personas no solo deben modificar el estilo de vida, van encaminados a la adopción y fomento de conductas saludables como son: alimentarse sanamente, realizar actividad o ejercicio físico, descanso y reposo adecuado, consumo moderado de alcohol, practicar actividad sexual sin riesgo o sana, conducir de forma segura, mantener un adecuado manejo del estrés y evitar el tabaco; también se deben considerar las formas de pensar (pensamientos positivos) y los comportamientos de las personas en relación consigo mismas, al mantener el control de sus vidas y su proyecto de vida, mejorar o mantener relaciones interpersonales positivas, conservar la relación con el entorno, ampliar el repertorio de habilidades personales y sociales de que disponen le permitirá conservar y fomentar conductas orientadas hacia la salud¹⁰¹.

II.1.4. Teoría de la autoeficacia

La teoría de la autoeficacia desarrollada por Bandura surgió a finales de la década de los setentas del siglo pasado. La AEP es vista como un estado psicológico que permite a la persona evaluar sus potencialidades (capacidades y habilidades) para realizar determinadas tareas, actividades, conductas, desempeño entre otros, en una situación específica con cierto grado de dificultad previsto. La teoría de la autoeficacia está contemplada dentro de la Teoría Social Cognitiva (TSC) y se basa en un sistema de creencias de autoeficacia¹⁰².



Bandura estableció su teoría en base a un modelo de aprendizaje: la reciprocidad trídica del funcionamiento humano, donde establece que el aprendizaje se origina por la determinación recíproca de los factores personales (cognitivos, emocionales, motivacionales, etc.), los factores ambientales y los conductuales. Los tres elementos interactúan todos entre sí recíprocamente. La persona puede aprender por ejecución real directa (en acto) o en modo vicario por observación (a través de terceras personas) o por la combinación de ambas fuentes de aprendizaje¹⁰³.

Diversos autores mostraron que las creencias influyen en la interacción de la AEP (factor personal) y la conducta, en relación con las formas de actuar para alcanzar los logros, elegir una tarea, la persistencia, los esfuerzos y la adquisición de habilidades. La forma cómo actúan las personas modificará su

AEP, para continuar con el aprendizaje porque son capaces de desempeñarse bien y mejorar su AEP¹⁰⁴.

El constructo de la AEP, sus características, su medida y sus efectos en la conducta humana ha sido el centro de interés de algunos investigadores en diversos ámbitos, principalmente en el campo de la salud y de la investigación educativa, haciendo énfasis en la motivación humana y académica, debido a la importancia de las creencias de AEP en el desempeño de las capacidades y potencialidades de la persona para el desarrollo personal y bienestar (conducta humana)¹⁰⁵.

Para Bandura, la AEP hace referencia a las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras. Las creencias de eficacia influyen sobre el modo de pensar, sentir, motivarse y actuar de las personas, contribuyendo significativamente a la motivación y a los logros humanos. Cuando la persona tiene una fuerte AEP para alcanzar logros socialmente valorados lo conduce al éxito y al bienestar humano. El impacto de la AEP sobre la naturaleza y la calidad de vida dependen del propósito con el cual se utiliza¹⁰⁶.

Los orígenes de las creencias de las personas con relación a la AEP pueden ser generadas de cuatro formas dependiendo de la influencia¹⁰⁴:

- a) Las experiencias de dominio, crean una fuerte sensación de eficacia, la persona puede reunir o no todo lo necesario para lograr el éxito, se requiere que la persona emplee elementos cognitivos, conductuales y auto-reguladores para elaborar y llevar a cabo los propios cursos de acción indispensables para enfrentar las situaciones cambiantes de la vida.
- b) Las experiencias vicarias presentadas por los modelos sociales (modelado social), permiten a la persona observar a otras personas similares a ella a alcanzar el éxito, las personas buscan modelos competentes que posean las competencias a las que ellos aspiran, por que transmiten conocimientos, enseñan destrezas y estrategias efectivas para afrontar las demandas ambientales.
- c) La persuasión social fortalece las creencias de la persona en relación a su capacidad de lograr el éxito. Se debe fomentar el desarrollo de destrezas y mejorar la eficacia personal, al potenciar la confianza de las personas en sus capacidades, estructuras y situaciones que permitan el logro de metas.
- d) Los estados psicológicos y emocionales alteran las creencias de eficacia, se debe favorecer el estado físico, reducir el estrés, disminuir los sentimientos emocionales negativos y mejorar las falsas interpretaciones de los estados orgánicos.

Para medir la AEP Bandura empleo tres dimensiones: magnitud o nivel, fuerza y generalidad¹⁰⁷.

- a) La magnitud o nivel es cuando se emplean escalas que representan tareas graduadas por niveles de dificultad o de complejidad en relación a las tareas que creen las personas que pueden realizar (logros de ejecución esperados por las personas).
- b) La fuerza de la AEP indica qué tan convencida se encuentra la persona con respecto a su capacidad para realizar con éxito determinada conducta (mide en porcentaje la confianza o el grado de certeza en ejecutar con éxito cada una de las tareas).
- c) La generalidad muestra el número de dominios o tareas distintas que la persona considera que es capaz de realizar.

Existen ciertas características que pueden ser influenciadas o afectadas por las creencias de AEP como son: las elecciones (toma de decisiones), el esfuerzo y trabajo al aplicar gastos de energía física o mental, los patrones de pensamiento y las reacciones emocionales. Olaz, menciona que las creencias de AEP afectan directamente la selección de ciertas actividades, debido a que las personas tienden a preferir aquellas actividades en que se consideran más hábiles y rechazan aquellas en donde se considera menos capaces de llevarlas a cabo, al rechazarlas de forma continua, las personas se impiden a sí mismos a desarrollar ciertas habilidades importantes para lograr un dominio¹⁰⁸.

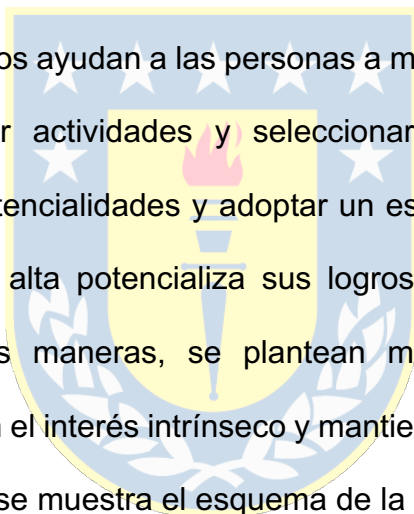
En las últimas décadas varios investigadores se han interesado en la comprensión de la AEP de forma global (más general y amplia), una creencia de AEP que sea útil a la persona para normar una gama de conductas en diferentes, diversas y variadas situaciones a las cuáles se enfrenta. Es allí donde surge el constructo global de Autoeficacia Percibida General (AEG), el cual hace mención “a la creencia estable de la gente sobre su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de estresores de la vida cotidiana”. Este nuevo concepto puede permitir de alguna manera explicar conductas o modos de actuación múltiples y variados en ocasiones hasta contradictorios que se presenta de forma cotidiana en la persona¹⁰².

Las creencias de AEP regulan el funcionamiento humano mediante cuatro procesos principales que actúan de forma conjunta¹⁰⁵.

- a) Los procesos cognitivos permiten a las personas emplear el pensamiento para predecir sucesos y desarrollar los cursos de acción para controlar aquellos eventos que influyen sobre sus vidas. Una AEP alta potencia las capacidades en relación a uno mismo, para establecer metas retadoras y hacer uso adecuado del pensamiento analítico que se refleje en los logros de la ejecución.
- b) Los procesos motivacionales permiten a las personas mantenerse motivadas a sí mismas, dirigen sus acciones anticipadamente mediante el ejercicio del pensamiento anticipador, permiten la determinación de metas, la cantidad de

esfuerzo que invierten, el tiempo que dedican a la actividad ante situaciones adversas y su resistencia a los fracasos.

- c) Los procesos afectivos influyen en las personas en relación a sus capacidades en el manejo de la cantidad de estrés y depresión que sufren en situaciones difíciles o amenazadoras afectando su nivel de motivación. Las personas con alta AEP pueden transformar cognitivamente las posibles amenazas en situaciones benignas, reduce o elimina la ansiedad al ejecutar conductas efectivas que convierten los entornos amenazantes en seguros.
- d) Los procesos selectivos ayudan a las personas a modelar el curso que toman sus vidas al realizar actividades y seleccionar entornos seguros para desarrollar ciertas potencialidades y adoptar un estilo de vida. Una persona con sentido de AEP alta potencializa sus logros humanos y el bienestar personal de diversas maneras, se plantean metas retadoras para ser alcanzadas, fomentan el interés intrínseco y mantienen un fuerte compromiso personal. En figura 7 se muestra el esquema de la autoeficacia percibida.



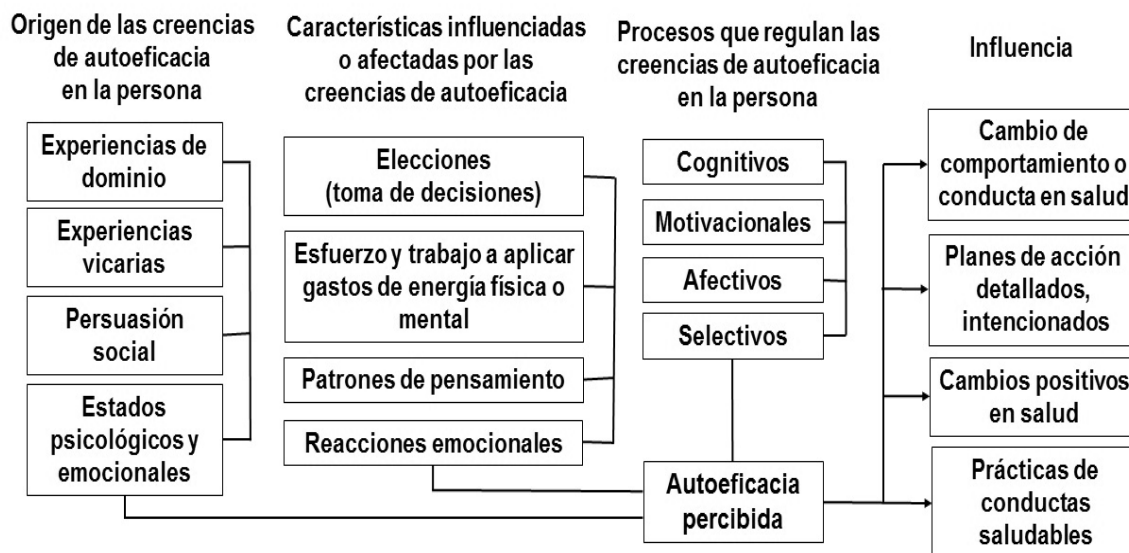


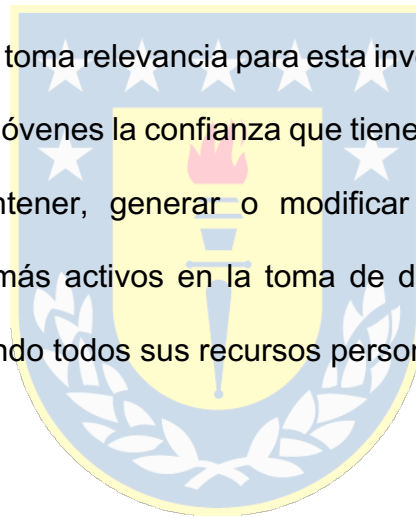
Figura 7. Autoeficacia Percibida. Elaborado por investigadora.

La AEP específica para la salud permite que las personas sean optimistas, tengan confianza en sí mismos y sean capaces de resistir los estímulos nocivos o negativos para su salud y adoptar un EVPS. Se ha evidenciado que la AEP influye en la adopción de prácticas de conductas saludables, al generar de forma intencionada planes de acción detallados considerando las precauciones en general para realizar una conducta regular en base a sus capacidades e iniciar un cambio positivo en su salud (AEP en nutrición, actividad física, resistencia al alcohol o tabaco, entre otros)¹⁰⁹.

Las personas con sentido de AEP alta demuestran tener un recurso personal de gran alcance para hacer frente a los factores de estrés, son capaces de controlar el dolor, pueden enfrentarse a situaciones difíciles o amenazadoras y mostrar un

mejor funcionamiento psicosocial¹⁰⁹. Con relación a las conductas de riesgo, la evidencia ha mostrado que un sentido de AEP alta está acompañado de un bajo nivel de involucramiento en conductas de riesgo; por otro lado, una persona con AEP baja tendrá más probabilidad de incurrir en conductas de riesgo, al no sentirse capaz de resistir o rechazar conductas que comprometan su salud, esta relación es “consistente independientemente de la población en donde se dé y del instrumento que se emplee para medirla”¹¹⁰.

La autoeficacia percibida toma relevancia para esta investigación, porque permite identificar en los adultos jóvenes la confianza que tienen en sí mismos, al mostrar la capacidad para mantener, generar o modificar una conducta en salud favorable, volviéndolos más activos en la toma de decisiones en razón de su comportamiento empleando todos sus recursos personales en salud.



II.1.5. Empoderamiento para la salud

El empoderamiento es un término multidimensional, de origen anglosajón “Empowerment”, que se traduce como potenciación, fortalecimiento o empoderamiento. El termino empoderar (del inglés empower) significa “hacer poderoso o fuerte a un individuo o grupo social desfavorecido”¹¹¹. El empoderamiento se entiende como el proceso que permite a las personas, organizaciones y comunidades adquirir control y dominio de sus vidas¹¹². Este enfoque produce beneficios porque aumenta la satisfacción, la confianza y la creatividad, disminuye la resistencia al cambio, mejora la comunicación y las relaciones interpersonales (mayor entusiasmo y actitud positiva)¹¹³.

Desde el enfoque psicológico comunitario, Julian Rappaport en el año 1977 desarrolló el Modelo del Empowerment. Este modelo pretende mejorar el bienestar y la calidad de vida potenciando los recursos individuales, grupales y comunitarios de las personas. La premisa plantea que al desarrollar los recursos se generan nuevos entornos donde las personas tienen una mayor capacidad para controlar por si mismas su propia vida¹¹². Rappaport mencionó que el empoderamiento debía permitir mejorar las posibilidades para que las personas pudieran controlar sus propias vidas. Esta ideología exige examinar los diversos entornos locales donde las personas manejan sus propios problemas de vida, para aprender más acerca de cómo lo hacen y que se retome lo aprendido de las diversas situaciones y soluciones para hacerlos públicos, con el fin de ayudar a

fomentar las políticas sociales y los programas que permitan abordar los propios problemas de la vida o excluirlos de las soluciones actuales, para obtener el control sobre sus vidas¹¹⁴. Page y Czuba, mencionaron que el empoderamiento es un proceso social que ayuda a las personas a obtener el control sobre su propia vida, fomentando el poder de los individuos para su uso en su propia vida, su comunidad y en la sociedad, desarrollando acciones sobre temas que ellos consideran prioritarios. Para crear un cambio es importante realizar modificaciones de forma individual que permita contribuir a la solución de los problemas complejos a los que se enfrenta el individuo¹¹⁵.

En el proceso de empoderamiento se distinguen los componentes básicos para estimular a la persona al desarrollo de esta capacidad:

- a) La autonomía (autodeterminación individual) habilita a la persona para la toma de decisiones y resolución por sí misma de problemas que afectan su propia vida.
- b) La participación democrática en la vida comunitaria/entorno permite a la persona involucrarse de forma individual y grupal en los asuntos que son de su interés.
- c) La responsabilidad entendida como el compromiso que adquieren las personas de hacer las tareas o actividades.

El empoderamiento se considera un factor determinante de la mejora del estado de salud¹¹⁶, es un término ambiguo, muy amplio que ha evolucionado desde su aparición en las políticas de salud desde la Conferencia de Alma Ata en 1978¹¹⁷. La OMS define el empoderamiento para la salud como “un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud” (p.16)¹⁴. El EPS puede “ser un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades” (p.16)¹⁴.

Es una construcción que une fuerza y competencias individuales, incluye los sistemas naturales que ayudan y los comportamientos proactivos hacia la política y el cambio social. Mientras tanto el empoderamiento de tipo psicológico se consigue con el fortalecimiento del sentido de control personal que se evidencia con el locus de control, la autoeficacia percibida y el conocimiento crítico que potencia a la persona para analizar y comprender las situaciones sociales y políticas en las que vive. Por lo tanto, el empoderamiento caracteriza a las personas como proactivas, positivas y preventivas, se intenta potencializar y movilizar los aspectos positivos (más que los negativos) y las fortalezas que reforzadas por el propio grupo o sistema social permiten mejorar el estado de

salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas¹¹². En figura 8 se presenta el esquema del empoderamiento para la salud.

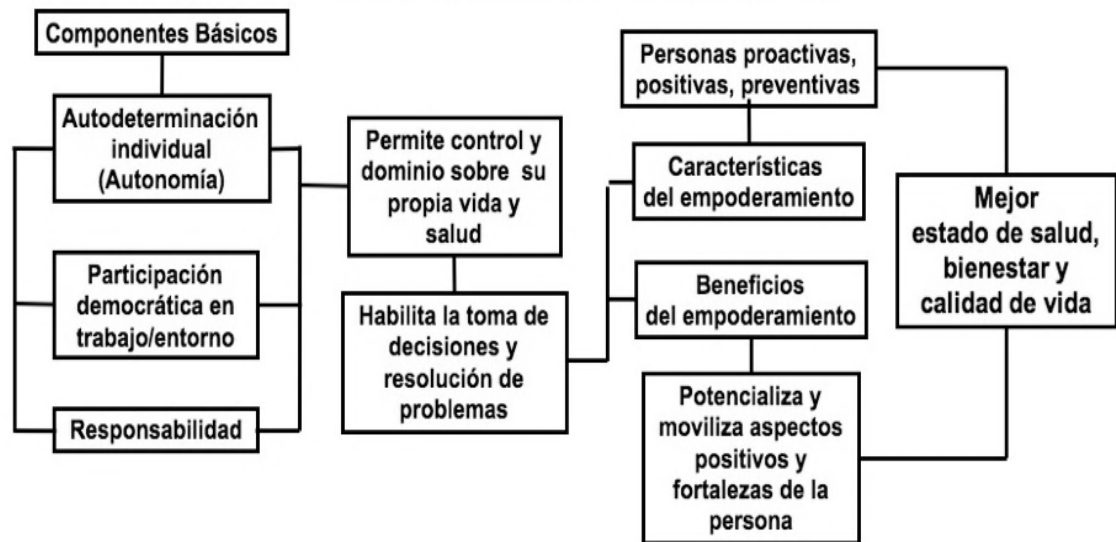


Figura 8. Empoderamiento para la salud. Elaborado por investigadora.

Para la promoción de la salud, el EPS individual demuestra la capacidad de la persona para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal y el EPS de la comunidad implica que las personas actúen de forma colectiva para conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad¹⁴.

Identificar el EPS individual de una población susceptible como es el adulto joven, no es un tarea fácil para el personal de enfermería, pero sí se planifican estrategias en salud en base a las necesidades que ellos consideran relevantes,

se podrá potenciar la autonomía, la participación y la responsabilidad como dimensiones que permiten identificar la percepción del EPS al desarrollar la capacidad de ejercer control en su beneficio y la toma de decisiones en salud más beneficiosas para su ciclo de vida, que se verá reflejado en su vida adulta futura.



II.2. Marco empírico

Para la presente investigación se realizó una búsqueda de literatura científica exhaustiva focalizada en el sentido de coherencia, el empoderamiento para la salud, la autoeficacia percibida y el estilo de vida promotor de salud. Diversos investigadores han abordado el EVPS en diferentes poblaciones. A continuación, se presentan algunos hallazgos relevantes que permiten contextualizar la investigación propuesta a nivel internacional y nacional.

II.2.1. Sentido de coherencia en estudiantes y diferentes poblaciones y contextos

Existen investigaciones realizadas sobre la importancia de la salutogénesis al medir el SOC en diferentes aspectos de la salud. Un estudio analizó la relación entre el nivel de estrés académico y el SOC en 188 estudiantes universitarios. Mostrando que las mujeres tuvieron mayores niveles de estrés, con presencia de síntomas psicológicos. La percepción de motivación fue regular y baja hacia los estudios y un nivel mayor de estrés en estudiantes con motivación alta. Con relación al SOC se obtuvo un promedio alto. Concluyeron que a mayor SOC reportado por los estudiantes menor fue el estrés académico que experimentaron, un SOC alto manifiesta mayor posibilidad de tolerar situaciones de ansiedad y estrés que surgen como consecuencia de las exigencias académicas¹¹⁸.

Un grupo de investigadores indagaron la relación del SOC con la salud psicológica en 261 estudiantes de ciencias de la salud. Los hombres obtuvieron un promedio de SOC alto. Encontraron relación estadísticamente significativa entre SOC con salud general y con salud psicológica. Concluyeron que el nivel de SOC en la población fue alto. A mayor nivel de SOC menor puntuación en salud general, por lo tanto, el estudiante mostrará mejor estado de bienestar psicológico. Cuanto mayor sea el SOC de los estudiantes universitarios mejor será su salud¹¹⁹. El SOC y cansancio emocional mostró diferencia estadística entre primer y tercer curso, siendo más alto entre los estudiantes de tercer curso. Los estudiantes con puntuaciones más altas en SOC tienen menos cansancio emocional¹²⁰.

Al analizar la relación del SOC y el estilo de vida en 384 estudiantes de enfermería de primer, segundo y tercer curso; los investigadores identificaron que 79.4% eran mujeres, con edad media 21.6 años. El promedio de SOC global fue similar para ambos sexos. Se identificó diferencia estadísticamente significativa en el promedio del factor 2 entre ambos sexos, puntaje más alto en hombres. Hubo diferencia estadísticamente significativa entre SOC global y el EVS y no saludable, y entre el EVS y no saludable con las puntuaciones de las dimensiones del SOC¹²¹.

Otros investigadores determinaron el nivel de SOC y los activos en salud de 45 jóvenes internos en dos centros de menores. El promedio global de SOC fue moderado. Los activos personales identificados fueron en conocimientos, actitudes y comportamientos, y en los activos externos identificaron: a personas como el médico o amigos y familia de su barrio; en grupos mencionaron el centro educativo o de salud y la escuela. Concluyeron que el SOC puede medirse ante las fuentes de estrés inherentes al entorno donde se desarrolla la población adolescente y puede ser un factor protector antes eventos negativos de la vida, los factores estresantes en situaciones traumáticas, pueden ocasionar consecuencias saludables o beneficiosas⁶⁴.

En México, investigadores determinaron la relación del SOC y consumo de alcohol en 227 jóvenes universitarios, mayormente hombres (51.3%), con edad media 21 años. Identificaron correlación negativa significativa de SOC con escala AUDIT, consumo de alcohol de riesgo y consumo perjudicial. Concluyeron que un promedio alto de SOC se asocia con un menor consumo de alcohol, actuando como factor de protección al limitar el consumo de alcohol de riesgo y perjudicial¹²².

Los estudios anteriores muestran que el nivel de SOC de la persona, ayuda a afrontar situaciones estresantes de su vida cotidiana y académica. Además de ser un factor protector al emplear los recursos/activos en salud para afrontar y

tomar decisiones importantes con relación a comportamientos en salud general y psicológica.

II.2.2. Empoderamiento para la salud en estudiantes y diferentes poblaciones y contextos

Con relación al empoderamiento para la salud se encontraron estudios en diferentes contextos y poblaciones.

Investigadores evaluaron los niveles de empoderamiento y factores asociados y examinaron la asociación entre empoderamiento y calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes y adultos jóvenes durante una experiencia de cáncer. Se estudiaron 83 personas, 52.0% hombres, en edades de 18 a 35 años. Se obtuvo EPS alto, hubo asociación negativa entre sexo y empoderamiento total y todas las subescalas. La autonomía de autoconciencia, capacidad para manejar nuevas situaciones y apoyo social presentaron asociación positiva fuerte con empoderamiento total. Percepción de soporte social mostró fuerte asociación con empoderamiento total. Las dificultades de afrontamiento estaban asociadas negativamente con empoderamiento. La calidad de vida relacionada a la salud total, las subescalas física, psicológica, social y religiosa tuvieron correlaciones positivas con empoderamiento total. Concluyeron que se deben identificar a los pacientes con niveles bajos de EPS como candidatos para realizar intervenciones de empoderamiento como última instancia, esto podría ayudar a mejorar la

calidad de vida relacionada a la salud en la adolescencia tardía y la edad adulta temprana¹²³.

Un estudio investigó el nivel de empoderamiento en 32 estudiantes tomando en cuenta los distintos tipos de liderazgo del docente. En aquellas situaciones donde no interviene el docente con el estudiante, se favorece el desarrollo de un sentimiento de empoderamiento. Cuando no existe motivación inspiracional e influencia por parte del docente, este no funciona como modelo a seguir, genera empoderamiento alto. Mientras que un docente que promueve un pensamiento diferente, tiende a la innovación y a la creatividad motiva niveles de empoderamiento medio alto. Se concluyó que el liderazgo transaccional y laissez-faire son los que mostraron asociación significativa con un nivel alto de empoderamiento de los estudiantes, se percibían competentes y empoderados, veían a sus docentes desde su desempeño orientados solo a prevenir irregularidades, anticipar errores o participaban de forma pasiva de las tutorías y no intervenían directamente con ellos¹²⁴.

Con respecto a enfermería, se empleó el Modelo de Sistemas de Newman para implementar una intervención pre y post aprendizaje de habilidades de resiliencia, para mejorar la percepción de empoderamiento en 60 estudiantes de enfermería. Identificaron relación estadísticamente significativa entre empoderamiento psicológico y estilo de gestión de conflictos. Concluyendo que

la intervención efectuada reflejó la difícil tarea de educar a los estudiantes a utilizar una gama de estilos para gestionar los conflictos en un entorno de trabajo y aumentar la resiliencia al estrés e incluir estrategias al mejorar la percepción del empoderamiento para hacer frente al estrés laboral y a los conflictos interpersonales¹²⁵.

Un grupo de investigadores estudiaron desde la perspectiva de género, el empoderamiento femenino colectivo e individual en una comunidad, reportaron desigualdad en las relaciones de poder dentro de la comunidad que limitó el empoderamiento colectivo de las mujeres. El empoderamiento individual de las mujeres se asoció significativamente con la formación académica y la autosuficiencia económica, influyendo directamente sobre el tipo de decisiones y proyectos que realizaban a favor de sus comunidades. Las mujeres mostraron empoderamiento limitado en las decisiones dentro de la familia¹²⁶.

Diversos autores investigaron la diferencia entre el efecto de conocimientos en salud y el EPS sobre la autogestión y los resultados de salud en un grupo de 209 pacientes. Encontraron un gran efecto del impacto del empoderamiento en los resultados de salud. Identificaron como fuertes predictores de los resultados de salud, el conocimiento en salud y las dimensiones del empoderamiento (significado e impacto). Concluyeron que al incrementarse el conocimiento en salud disminuyeron en promedio los resultados negativos en salud. El

empoderamiento (impacto y significado) produjo un cambio positivo en los resultados de las personas¹¹⁶. Así mismo, otro grupo examinó el nivel de empoderamiento individual en 930 personas de una comunidad con respecto a las medidas de prevención y control sobre una enfermedad emergente. Con relación al empoderamiento encontraron ausencia de liderazgo y gestión en salud. Concluyeron que se debe mejorar la educación como medida de intervención para favorecer el empoderamiento; no existió empoderamiento suficiente individual y colectivo para que las campañas establecidas pudieran tener éxito; identificaron como fortaleza que las mujeres participaron más, esto ayudó a reforzar el empoderamiento individual¹²⁷.

Por último, un grupo indagó las variables asociadas, la relación e importancia de la agencia humana y el empoderamiento en 113 habitantes. Establecieron el vínculo entre la agencia humana y el empoderamiento, ambos promueven un óptimo funcionamiento en el ser humano, mostrando mejor salud física, salud mental, desarrollo humano y bienestar en general¹²⁸.

Las diferentes investigaciones consultadas sobre empoderamiento, EPS y académico muestran que, contar con una formación académica, tener conocimientos acerca de aspectos en salud, estar motivados y mostrar una participación activa permite desarrollar de alguna manera un nivel de empoderamiento. Sin embargo, también se evidenció que la ausencia de

liderazgo por parte de personas que guían a otras puede permitir el desarrollo de algún nivel de empoderamiento individual o grupal. Se puede apreciar que es necesario establecer estrategias en los estudiantes o población adulto joven para mejorar la percepción de empoderamiento para afrontar situaciones de estrés en diferentes ámbitos donde se desarrollen, así como también para hacer frente a situaciones de carácter interpersonal.

II.2.3. Autoeficacia percibida en población adolescente, estudiantes universitarios y población en general

Para sustentar la autoeficacia percibida, en un estudio analizaron la relación existente entre nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA y la autoeficacia en 496 mujeres en desventaja social, fue un estudio de diseño mixto, cuasi-experimental para adaptar, implementar y probar la eficacia de una intervención en prevención de VIH. La autoeficacia asociada a VIH reflejó un alto grado en cuanto a relaciones seguras, a la intención de reducir conductas de riesgo y al manejo de relaciones sexuales de riesgo para adquirir VIH. Concluyeron que poseer AEP alta podría facilitar la toma de decisiones respecto de la prevención de la infección por el VIH, encontraron correlación positiva estadísticamente significativa entre conocimientos de conductas de riesgo con la intención de reducir conductas de riesgo y autoeficacia asociada a VIH y SIDA¹²⁹.

Otros investigadores examinaron la relación entre calidad de vida, bienestar, salud, autoeficacia y apoyo social percibido, en 75 pacientes adolescentes con enfermedades crónicas. Mostraron relación positiva estadísticamente significativa en autoeficacia y apoyo social percibido con calidad de vida, siendo mayor la relación entre calidad de vida y autoeficacia. El modelo de regresión propuesto que incluyó sólo la autoeficacia explicaría casi un tercio de la varianza en la calidad de vida, si se agrega la edad se produce un aumento pequeño en la varianza explicada. Con respecto al género en calidad de vida global se identificó que los hombres presentaban en general promedios mayores en autoeficacia, el bienestar físico no mostró relación con autoeficacia¹³⁰.

En este mismo sentido investigadores midieron la percepción de 110 mujeres universitarias sobre su capacidad para negociar prácticas de sexo seguro y la AEP en la negociación sexual. Concluyeron que las mujeres tenían mayor AEP cuando era mayor el tiempo en la relación con la pareja y estaban activas sexualmente, también reportaron que las mujeres eran menos autoeficaces en la negociación y el manejo emocional durante los comportamientos sexuales no penetrativos¹³¹.

Al investigar la relación entre AEP y ansiedad con el rendimiento académico de 120 estudiantes adolescentes masculinos de nivel secundaria de un colegio privado, encontraron un nivel de AEP general alto, hubo correlación significativa

entre AEP con rendimiento académico general. Se identificó que la ansiedad estado y rasgo ejercieron un efecto indirecto en el rendimiento académico ocasionado por la relación con la AEP. Concluyeron que las personas que tienen AEP baja generan mayores niveles de ansiedad afectando directamente el desarrollo de un bajo rendimiento académico¹³².

Investigadores analizaron la autoeficacia y la comprensión percibida de salud (CPS) en relación con la predicción de algunos criterios de salud (bienestar subjetivo, satisfacción personal y conductas de prevención), además de explorar y comparar la capacidad predictora de las creencias de autoeficacia (general y centrada en la salud). La AEG y CPS obtuvieron promedios bajos (el mantenimiento de AEG y CPS puede tener mayor influencia sobre el bienestar y la satisfacción personal). Hubo correlación entre AEG y CPS con las conductas de prevención, si la persona se siente capaz de manejar eficazmente diferentes situaciones relacionadas con la salud, favorece la realización de conductas promotoras de salud; con relación a la capacidad predictora de las creencias de AEG y de Salud y CPS en relación con el bienestar, la satisfacción y conductas de prevención se encontró que la AEG dio cuenta de la variabilidad de la satisfacción y las conductas de prevención en menor porcentaje, aunque no añadió ninguna validez en la predicción del bienestar¹³³.

Estudios realizados en México sobre AEP, mostraron que al comparar los perfiles de AEP de 282 universitarios mexicanos, las mujeres obtuvieron mayor nivel, hubo diferencia por género en AEP general. Concluyeron que las mujeres en comparación con los hombres se perciben más autoeficaces, con mayor necesidad y posibilidad de ser más autoeficaces¹³⁴.

La AEP en la adherencia a tratamientos médico-nutricionales en 200 adultos diagnosticados con sobrepeso u obesidad, mostraron que al comparar los niveles de AEP del grupo con y sin tratamiento obtuvieron diferencias entre ambos, las personas en tratamiento tuvieron mayores niveles de AEP que los que habían abandonado el tratamiento. Hubo diferencias entre ambos grupos en AEP en las acciones y en la recuperación de recaídas, las personas en tratamiento presentaron niveles superiores en relación con los que habían abandonado el tratamiento. Concluyeron que un nivel de AEP bajo en las personas que abandonaron el tratamiento, causó desconfianza y disminuyó su capacidad para afrontar con éxito situaciones difíciles o estresantes¹³⁵.

Con la finalidad de promover conductas saludables y potenciar la autoeficacia, un grupo de investigadores implementaron una intervención educativa de enfermería bajo el MPS y el proceso de enfermería en 6 personas adultas con diabetes mellitus tipo 2. La mitad de las personas tenían AEP moderada; las personas con AEP alta mostraron mejores conductas en nutrición, ejercicio,

responsabilidad de la salud y manejo del estrés. El EVPS fue bajo en nutrición, ejercicio y manejo de estrés. La intervención educativa bajo el marco referencial del proceso de enfermería tuvo un impacto importante en el estilo de vida de las personas, al considerar las características particulares, su potencial y preferencias para comprometerse con un plan de acción¹³⁶.

Al estudiar la asociación entre AEP y disposición al cambio al realizar ejercicio físico en 199 estudiantes de pregrado. Los hombres se percibieron más autoeficaces para realizar actividad física, mostraron más confianza, aun cuando se sentían tristes o deprimidos, tenían otras cosas importantes que hacer o tenían algún padecimiento físico. Las mujeres presentaron menor autoeficacia frente a situaciones de emociones, no tener tiempo y padecimientos. La AEP mostró asociación con actividad física y disposición al cambio; hubo diferencia por etapa de cambio. La AEP no fue una variable relevante con realizar ejercicio en el modelo multivariado. Concluyeron que las diferentes etapas de cambio del estudiante determinan la relevancia de la AEP al realizar ejercicio físico¹³⁷.

Las evidencias científicas con respecto a la AEP muestran que la etapa de cambio de las personas tiene una influencia en el nivel de autoeficacia que desarrollan, permite hacer frente a situaciones estresantes de su vida o a la toma de decisiones en salud con relación a los cambios de conducta para adoptar un EVPS. También se evidenció que contar con conocimientos sobre situaciones de

riesgo aumenta la AEP en las personas. Un nivel de autoeficacia mayor es un motivante para realizar acciones con éxito que lo benefician, por lo tanto, mejoran el rendimiento académico, la salud y la calidad de vida.

II.2.4. Estilo de vida promotor de salud en población adolescente, estudiantes universitarios y población en general

Diversos profesionales relacionados al ámbito de la salud han realizado investigaciones sobre el estilo de vida con relación a las prácticas en salud, la mayoría de ellos han encontrado hallazgos que muestran la existencia de un estilo de vida no saludable donde prevalecen conductas de riesgo en las poblaciones estudiadas.

Un grupo de investigadores determinaron el EVS en 154 estudiantes de enfermería. Los resultados mostraron que casi un tercio tenía sobrepeso y obesidad mórbida, repercutiendo en responsabilidad de la salud, nutrición, actividad física y manejo del estrés. Concluyeron que los estudiantes presentaron comportamientos no saludables, llamó la atención por tratarse de una carrera de orientación a la salud donde una de las funciones es la promoción de la salud¹³⁸.

Otro estudio analizó el EVS en 198 estudiantes de posgrado de ciencias de la salud. Identificaron que en actividad física quienes estaban poco saludable y con tendencia al riesgo eran las mujeres, quienes tenían menor ingreso económico,

edad hasta 30 años y profesionales no médicos. En descanso, las mujeres, quienes tenían entre 31 a 40 años, los no médicos y quienes ganaban menos mostraron tendencia al riesgo y estaban poco saludable. En relación al consumo de alimentos poco saludables y con tendencia al riesgo eran los hombres, los que ganan menos, los más jóvenes y los médicos. Concluyeron que los hábitos de salud de los más jóvenes se debía a su resistencia a adquirir responsabilidades de la adultez y se comportaban como adolescentes tardíos o adultos emergentes, período de la vida donde se realizan más conductas de riesgo, despreocupándose por tener un EVPS¹³⁹.

Otro grupo investigador analizaron el estilo de vida en adolescentes de 20 centros educativos de secundaria. Concluyeron que hubo diferencias de género en el estilo de vida, en los hombres fueron más acentuados: disminución del rendimiento académico, aumento del tiempo con los amigos, menor tiempo de estudio, mayor consumo de cannabis y dormían menos en los fines de semana. Las mujeres mostraron disminución de la práctica deportiva, menores actividades extraescolares, mayor consumo de tabaco, descenso en las horas de sueño entre semana y mayor horas de sueño en fin de semana¹⁴⁰.

Al realizar una evaluación antropométrica y del estilo de vida en 111 estudiantes, encontraron que la población universitaria estaba en riesgo de sufrir patologías cardiovasculares en un futuro si no se actuaba sobre el estilo de vida que

mostraron (inactividad física, obesidad, consumo de tabaco, entre otros) y debían ser incluidos en los programas de promoción de la salud¹⁴¹.

En este mismo sentido se indagó el estilo de vida en 378 estudiantes del área de la salud de 14 programas académicos. Identificaron estudiantes con puntuaciones altas en prácticas saludables en autocuidado y cuidado médico, relaciones interpersonales y estado emocional percibido. Concluyeron que los comportamientos poco saludables fueron en ejercicio y actividad física, consumo de alcohol, cigarrillo, drogas ilegales y sexualidad. Además, tenían la creencia que el consumo de alcohol, tabaco y sustancias ilegales era cuestión de voluntad¹⁴².

A nivel comunitario algunos investigadores estudiaron la relación entre EVPS y variables psicosociales, demográficas y de salud. Mostraron diferencias en el EVPS global y en relaciones interpersonales, nutrición, manejo del estrés y crecimiento espiritual. El grupo más joven tuvo los promedios más bajos en responsabilidad de la salud. El EVPS y la educación mostró diferencia estadística significativa con relaciones interpersonales y actividad física, quienes tenían educación superior presentaron promedios más altos. Encontraron que el ingreso económico estuvo relacionado con el EVPS. El EVPS y los componentes psicosociales (percepción de problemas del entorno, satisfacción con aspectos

de la vida, apoyo afectivo, apoyo y confianza, autoestima y AEP) mostraron asociación con el EVPS global y todas las dimensiones¹⁴³.

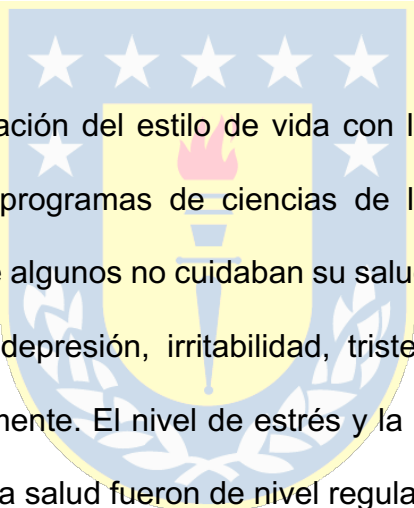
Así mismo, investigadores en Chile analizaron el nivel y distribución de algunos determinantes sociales de la salud y el grado de asociación entre las conductas de salud de 223 personas adultas. Encontraron puntajes de nivel medio-bajo en los EVPS, hubo asociación entre EVPS y escolaridad, ingreso familiar y centro de salud al que asistían. No hubo diferencia entre EVPS global y edad, estado civil, tipo de familia y previsión social¹⁴⁴.

También un grupo de profesionales de enfermería y colaboradores estudiaron el EVPS en 360 personas, identificaron que más de la mitad de las personas tenían buena autoestima, buen estado de salud y eran autoeficaces. La relación entre EVPS y factores personales fue estadísticamente significativa con el sexo, edad, acceso a salud, ocupación, estado de salud percibido, AEP y autoestima. La edad fue un predictor significativo del EVPS (a mayor edad niveles más altos en EVPS). Los predictores del EVPS fueron autoestima, estado de salud percibido y AEP, los cuales tuvieron un efecto positivo sobre el EVPS. Propusieron un modelo de regresión óptima del EVPS, con ajuste combinado de los bloques de variables sociodemográficas (sexo y edad), socioeconómica (acceso a salud y ocupación) y las orientaciones subjetivas (autoestima y AEP), estas variables explicaban un 30.0% de la variación total del EVPS¹⁴⁵.

En Cuba, investigadores en base a un diagnóstico de consumo de sustancias adictivas, diseñaron acciones enfocadas a promover comportamientos saludables con relación al consumo de sustancias adictivas en 150 estudiantes entre 18 a 23 años, detectaron que 34.0% eran consumidores de alcohol y 21.0% de tabaco. La edad de inicio de alcohol y tabaco osciló entre 15 y 16 años, un 67.0% eran policonsumidores de sustancias adictivas; los estudiantes indicaron que era riesgoso el consumo regular o frecuente de alcohol, tabaco y sustancias adictivas; para algunos el consumo ocasional de sustancias adictivas no constituía a su juicio, un indicador de riesgo para su salud. Solamente un 21.0% de los estudiantes tenía conocimiento sobre actividades de prevención de enfermedades y promoción de la salud¹⁴⁶.

Esta temática también ha sido explorada en México, donde un grupo de expertos exploraron el estilo de vida en 393 estudiantes universitarios del área de la salud de Durango, México. La mayoría tenía un estilo de vida regular. Concluyeron que el perfil de los participantes tenía influencia en nutrición y actividad física, en responsabilidad de la salud las carreras de enfermería y nutrición presentaron buen estilo de vida, y psicología y terapia de la comunicación humana mostraron mal estilo de vida¹². Así mismo, se identificó el estilo de vida en 1088 estudiantes adolescentes de una comunidad del Estado de México. Encontraron conductas de riesgo, casi una décima parte fumaban desde 1 a 10 veces a la semana, la mayoría había consumido alcohol hasta 7 veces a la semana, un tercio presentó

sentimientos negativos como agresividad desde algunas veces a casi siempre, mientras que el sentirse preocupado estuvo presente algunas veces en un tercio de los jóvenes. Concluyeron que hacía falta la cultura del ejercicio para la prevención de enfermedades y el mantenimiento de la salud integral, existió vulnerabilidad en el estilo de vida patógeno en la juventud, por lo que recomendaron poner atención a este grupo etario, para un manejo adecuado y saludable por expertos en el área de salud para evitar enfermedades psicosomáticas y crónicas a futuro¹⁴⁷.



Un estudio analizó la relación del estilo de vida con la calidad de vida de 405 estudiantes de algunos programas de ciencias de la salud en Guadalajara, México. Evidenciaron que algunos no cuidaban su salud, identificaron problemas emocionales (ansiedad, depresión, irritabilidad, tristeza, desanimo) de forma moderada hasta intensamente. El nivel de estrés y la creencia de que el estrés en los estudios afectaba la salud fueron de nivel regular con mayor tendencia en mujeres. Detectaron prácticas de riesgos, un tercio consumían alcohol por lo menos una vez a la semana de predominio en mujeres, una minoría consumía bebidas alcohólicas varias veces a la semana más usual en hombres. Una minoría consumía tabaco de ocasional a diario, así como marihuana y cocaína. Una minoría usaba algunas veces o nunca protección cuando tenía relaciones sexuales. La percepción del estado de salud general era buena a muy buena y la percepción de calidad de vida fue adecuada. Los estudiantes no tenían hábitos

alimenticios sanos, no dormían ni descansan bien, eran poco deportistas, no hacían ejercicio físico suficiente, no tenían miedo a enfermar y su edad no les preocupaba para prevenir enfermedades¹⁴⁸.

Otros investigadores indagaron el estilo de vida en 245 universitarios de diversos programas de estudio en Sonora, México; identificaron factores de riesgo como sedentarismo, consumo abusivo de alcohol y conductas sexuales de riesgo. Hubo relación estadísticamente significativa entre sexo y actividad física y entre conductas sexuales y consumo de tabaco y alcohol¹⁴⁹.

Al evaluar el estilo de vida y el riesgo para desarrollar enfermedades crónicas, adicciones, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no planificados entre otros aspectos en 2659 estudiantes universitarios en Tlaxcala, México; Se identificó que no tenían buen estilo de vida, había sobrepeso y obesidad en algunos, realizaban poca actividad física, fumaban de forma cotidiana, consumían frecuentemente bebidas alcohólicas y algunas drogas. Concluyeron que los estudiantes con conductas de riesgo para desarrollar trastornos de la alimentación fueron quienes tenían sobrepeso, obesidad y quienes habían intentado bajar de peso. El mayor riesgo de consumo de bebidas alcohólicas fue en mayores de 20 años; los estudiantes que platicaban con sus padres sobre alcoholismo tenían menos probabilidad de consumir alcohol de manera frecuente. Una mayoría de los fumadores reportó deseos de dejar de hacerlo.

Quienes realizaban algún deporte consumían menos drogas de manera frecuente, algunos consumidores frecuentes reportaron deseos de dejar de consumirlas. Se incrementó el riesgo al combinar el consumo de drogas y alcohol con relaciones sexuales. Además, la presencia de un embarazo durante los estudios universitarios afectó el rendimiento escolar, con ausentismo escolar¹⁵⁰.

A nivel laboral se evaluó el estilo de vida en 120 trabajadores en Campeche, México; donde evidenciaron EVPS cercanos al 65% de su máximo nivel. Mostraron valoración más alta en auto-realización y soporte interpersonal. Los valores más bajos fueron responsabilidad de la salud y ejercicio. Se concluyó que las personas están preocupadas por su condición de salud, pero al mismo tiempo no estaban dispuestas a realizar actividad física¹⁵¹.

Al estudiar el estilo de vida en 30 adolescentes embarazadas en Veracruz, México; mostraron que frecuentemente realizaban prácticas en su auto-realización, pero nunca para responsabilidad de la salud, ejercicio y manejo del estrés, en nutrición a veces y en soporte interpersonal fue a veces y frecuentemente, evidenciando que la mayoría de las adolescentes tenían un estilo de vida no saludable¹⁵².

Un grupo de investigadores analizaron la relación de los factores personales psicológicos y el EVPS en 70 adultos mayores con hipertensión arterial en

Nayarit, México. Mostraron un nivel adecuado de autoestima, automotivación y factores personales psicológicos. Más de la mitad de la población presentó EVPS adecuados en las dimensiones dieta sana, ejercicio físico, estrés, crecimiento espiritual, relaciones positivas y descanso¹⁵³.

En un estudio determinaron la relación entre estilo de vida y factores de riesgo cardiovascular en 301 personas de 30 a 65 años en Oaxaca, México. Donde menos de la mitad de la población no estaba sana, encontraron factores de riesgo cardiovascular como sobrepeso, obesidad, alteraciones de la presión arterial e hiperglucemia capilar. Hubo correlación significativa entre estilo de vida, presión arterial y hábito de fumar tabaco¹⁵.

Como se puede evidenciar, las investigaciones sobre EVPS en población adolescente, estudiantes universitarios y población en general, tanto sana como enferma, coincidieron en mostrar una asociación entre el EVPS y algunos factores de riesgo conductuales como inadecuada nutrición, inactividad física, falta de reposo/sueño, estados de ansiedad, estrés, consumo de sustancias legales e ilegales, entre otras. El nivel de educación y económico repercuten en la adopción del EVPS. Algunos investigadores resaltaron la importancia de identificar las conductas de riesgo de forma temprana y establecer estrategias para evitar ENT y trasmisibles en la vida futura de la población estudiantil universitaria. También se apreció que la población estudiada reconoce las

prácticas de riesgo y aun así las realizaban restándole importancia a su salud en un futuro próximo. El adulto joven universitario puede adoptar un EVPS porque se encuentra en una etapa de formación que le permite adquirir conocimientos en diversas áreas, pero es necesario identificar el estilo de vida que en la actualidad tienen y posteriormente potenciar y fortalecer el SOC, el EPS y la AEP, a través de proponer estrategias que permitan la toma de decisiones adecuadas para mantener y conservar su salud al modificar conductas encaminadas a los EVPS.



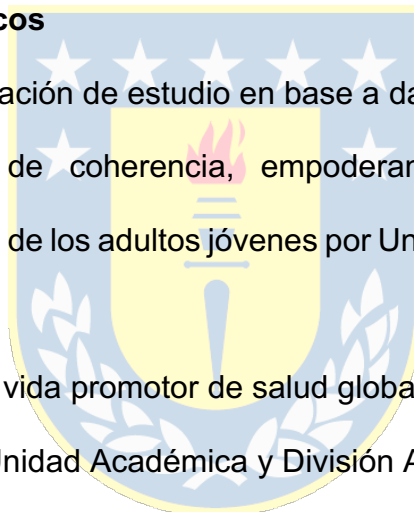
III. OBJETIVOS

III.1. Objetivo general

Analizar la relación entre factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento y autoeficacia con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

III.2. Objetivos específicos

1. Caracterizar a la población de estudio en base a datos sociodemográficos.
2. Evaluar el sentido de coherencia, empoderamiento para la salud y autoeficacia percibida de los adultos jóvenes por Unidad Académica y División Académica.
3. Identificar el estilo de vida promotor de salud global y por dimensiones en los adultos jóvenes por Unidad Académica y División Académica.
4. Establecer la relación entre los factores personales y el estilo de vida promotor de salud de los adultos jóvenes.
5. Establecer la relación entre sentido de coherencia, empoderamiento para la salud, autoeficacia percibida y el estilo de vida promotor de salud en los adultos jóvenes.
6. Proponer un modelo que relacione el estilo de vida promotor de salud con factores personales y cognitivos afectivos, sentido de coherencia, y empoderamiento para la salud.



III.3. Hipótesis de investigación

En base a lo evidenciado en el marco teórico y empírico, se plantean las siguientes hipótesis de investigación:

H₀. No existe relación entre los factores personales de los adultos jóvenes del noroeste de México, con su estilo de vida promotor de salud.

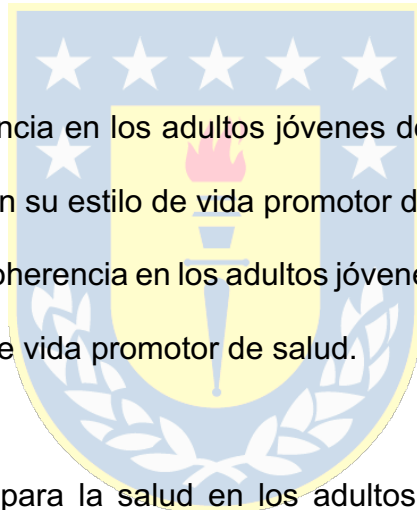
H₁. Existe relación entre los factores personales de los adultos jóvenes del noroeste de México, con su estilo de vida promotor de salud.

H₀. El sentido de coherencia en los adultos jóvenes del noroeste de México, no está relacionado con su estilo de vida promotor de salud.

H₁. A mayor sentido de coherencia en los adultos jóvenes del noroeste de México, mejor es su estilo de vida promotor de salud.

H₀. El empoderamiento para la salud en los adultos jóvenes del noroeste de México, no está relacionado con su estilo de vida promotor de salud.

H₁. A mayor empoderamiento para la salud en los adultos jóvenes del noroeste de México, mejor es su estilo de vida promotor de salud.



H₀. La autoeficacia percibida en los adultos jóvenes del noroeste de México, no está relacionada con su estilo de vida promotor de salud.

H₁. A mayor autoeficacia percibida en los adultos jóvenes del noroeste de México, mejor es su estilo de vida promotor de salud.

H₀. No existe relación entre sentido de coherencia, empoderamiento para la salud y autoeficacia percibida en los adultos jóvenes del noroeste de México, con su estilo de vida promotor de salud.

H₁. Existe relación entre sentido de coherencia, empoderamiento para la salud y autoeficacia percibida en los adultos jóvenes del noroeste de México con su estilo de vida promotor de salud.

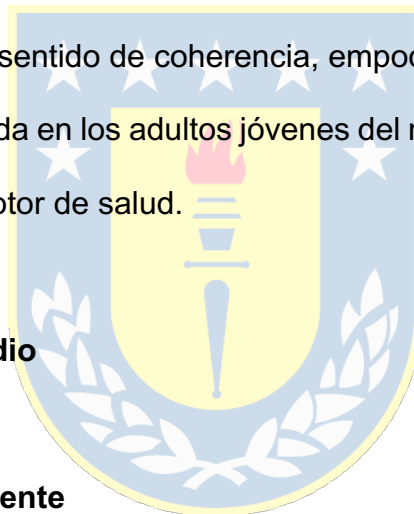
III.4. Variables del estudio

III.4.1. Variable dependiente

Estilo de vida promotor de salud

III.4.2 Variables independientes

Las definiciones nominales y operacionales de la variable dependiente y las variables independientes se presentan en anexo A y el esquema en figura 9.



Características y experiencias individuales de las personas	Factor cognitivo/afectivo específico de la conducta	Salutogénesis Sentido de coherencia	Empoderamiento para la salud
Factores personales biológicos	Autoeficacia percibida	Comprensibilidad	Autonomía
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad ▪ Sexo ▪ IMC 		Manejabilidad	Participación
Factores personales socio-culturales		Significatividad	Responsabilidad
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabaja ▪ Servicio de salud ▪ Percepción del estado de salud ▪ Prácticas para cuidar la salud ▪ Actividad física ▪ Ejercicio físico ▪ Actividades de descanso/ocio ▪ Consumo de tabaco ▪ Consumo de alcohol ▪ Consumo de drogas ▪ Sensación que no vale la pena vivir ▪ Ha intentado quitarse la vida ▪ Se expresa de manera violenta ▪ Relaciones sexuales 			



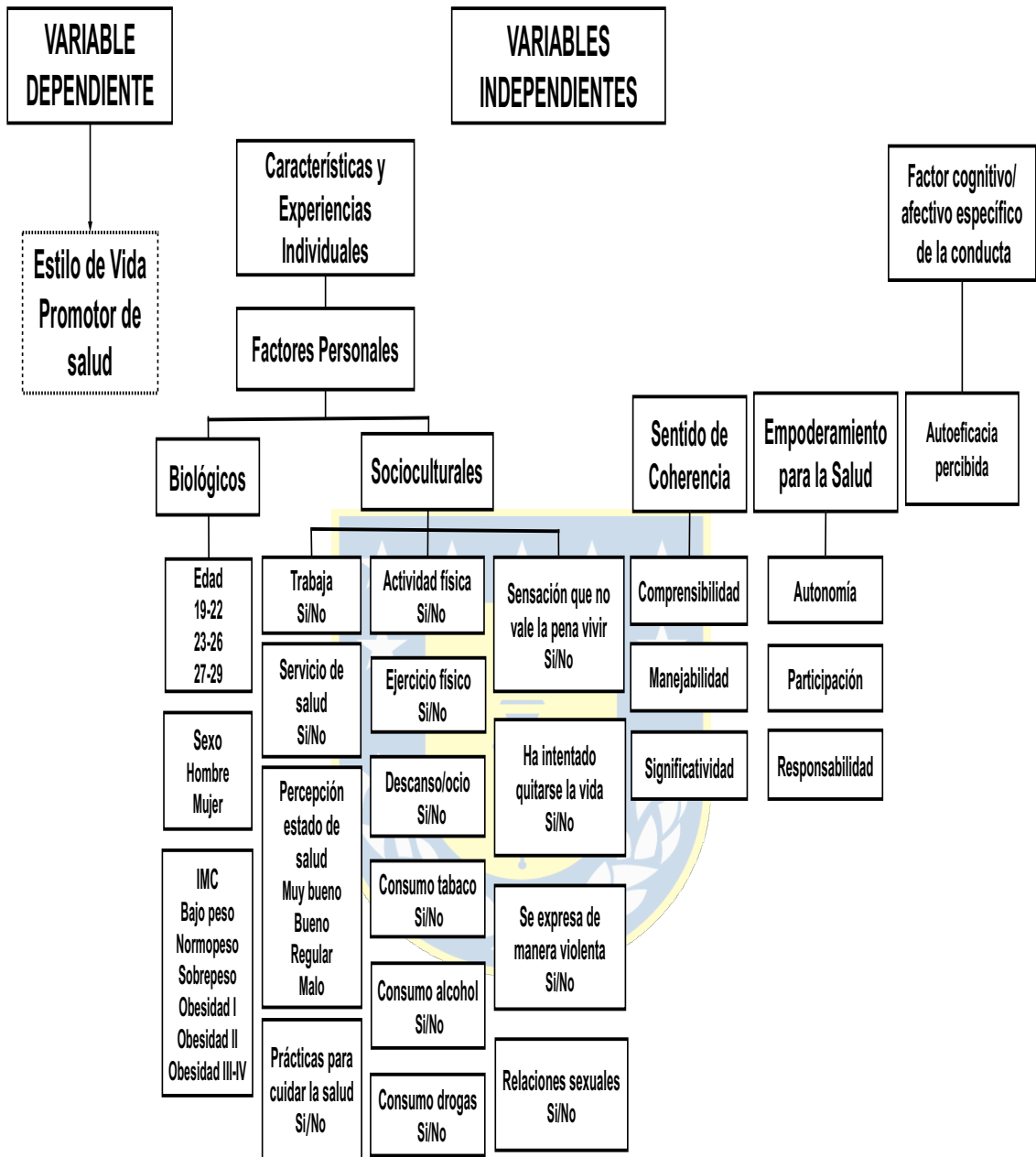


Figura 9. Variable Dependiente e Independientes de la Investigación. Elaborado por investigadora.

IV. METODOLOGÍA

IV.1. Diseño de la investigación

Diseño no experimental, de tipo descriptivo y correlacional¹⁵⁴.

IV.2. Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo conformada por hombres y mujeres, en edades comprendidas de 19 a 29 años, que cursaron el año académico de su carrera en una institución de educación superior del sector público en los municipios de Hermosillo, Nogales y Cajeme del Estado de Sonora, México.

IV.3. Población

El universo lo constituyeron un total de 24 816 adultos jóvenes que estuvieron inscritos en el semestre académico, en una institución de educación superior del sector público en los municipios de Hermosillo, Nogales y Cajeme del Estado de Sonora, México¹⁵⁵. A continuación, se presenta la información de la población total de la institución educativa por municipios seleccionados (Tabla 1).

Tabla 1. Población total de adultos jóvenes de la institución de educación superior por Unidad Académica.

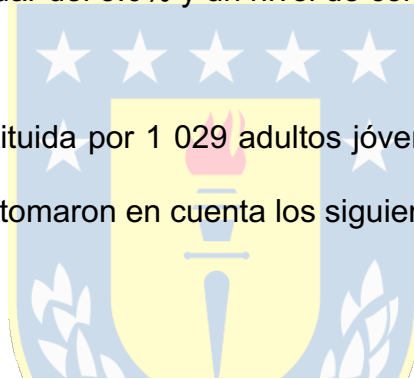
Municipio	Hermosillo	Cajeme	Nogales	N
Población total	22 573	1 041	1 202	24 816

Fuente: Universidad de Sonora México. Admisión. Lugares ofertados por campus. 2016.

IV.4. Muestra

La selección de la muestra fue probabilística, por estratificación se consideraron ocho Divisiones Académicas de la institución educativa seleccionada. Se consideró un error estándar del 3.0% y un nivel de confianza del 95.0%.

La muestra estuvo constituida por 1 029 adultos jóvenes universitarios. Para el cálculo de la muestra se tomaron en cuenta los siguientes datos:



$$n \geq \frac{Nz_{1-\alpha/2}^2 PQ}{z_{1-\alpha/2}^2 PQ + d^2 (N-1)}$$

Dónde:

n = Tamaño de la muestra.

N = Universo constituido por 24 816 adultos jóvenes de una institución de educación superior de los municipios de Hermosillo, Nogales y Cajeme del Estado de Sonora en México.

$Z_{1-\alpha/2}$ = Valor correspondiente al intervalo de confianza (95.0%), que es de 1.96.

P = Prevalencia esperada del parámetro a evaluar, fue de 50.0%, se establece este parámetro, al no contar con marcos de muestreo previos en esta población de estudio, se mantiene un porcentaje estimado de 50.0% (igual probabilidad)¹⁵⁴

$Q = 1 - p$ (para una p de 50.0%, $q = 50.0\%$).

d = Se previó una variación entre muestras del 3.0%.

En tabla 2 se presentan los resultados obtenidos para el cálculo de la muestra.

Tabla 2. Cálculo de la muestra de los adultos jóvenes de la institución de educación superior por Unidad Académica.

Municipio	Hermosillo		Nogales			Cajeme		Total	
N población	22 573		1 041			1 202		24 816	
División	1	2	3	4	5	6	7	8	
N población	1 043	2 328	4 760	3 823	4 729	5 890	1 202	1 041	24 816
	4.2%	9.4%	19.2%	15.4%	19.1%	23.7%	4.8%	4.2%	
n población	44	97	197	158	196	244	50	43	
n %	4.2%	4.2%	4.1%	4.2%	4.2%	4.2%	4.2%	4.1%	1 029
n Total	936		50			43			

Fuente: Universidad de Sonora México. Admisión. Lugares ofertados por campus. 2016.

A continuación, en tabla 3 se presenta la muestra total de adultos jóvenes por Unidad Académica según municipio seleccionados.

Tabla 3. Muestra total de adultos jóvenes por Unidad Académica.

Municipio	Hermosillo	Nogales	Cajeme	n
Adultos jóvenes	936	50	43	1 029

Fuente: Universidad de Sonora México. Admisión. Lugares ofertados por campus. 2016.

La distribución proporcional de la muestra por Divisiones Académicas de la institución de educación superior, según municipios seleccionados, se muestra en tabla 4.



Tabla 4. Distribución de la muestra de adultos jóvenes por División Académica.

Unidad Académica	División Académica	N	n
Nogales	1. Ciencias Administrativas, Sociales y Agropecuarias	1 202	50
	2. Ciencias Biológicas y de la Salud	1 041	43
Cajeme	3. Ciencias Biológicas y de la Salud	4 760	197
	4. Ciencias Económico Administrativas	3 823	158
Hermosillo	5. Ciencias Exactas y Naturales	1 043	44
	6. Ciencias Sociales	5 890	244
	7. Humanidades y Bellas Artes	2 328	97
	8. Ingenierías	4 729	196
Total		24 816	1029

Fuente: Universidad de Sonora, México. Oferta educativa de licenciatura. 2017.

IV. 5. Selección de la muestra

La selección de la institución educativa de nivel superior fue la Universidad de Sonora ubicada en el Estado de Sonora, México. Es una de las instituciones de nivel superior del sector público con representatividad educativa en el Noroeste de México, contando con Unidades Académicas en los municipios de Hermosillo, Nogales y Cajeme del Estado de Sonora, México, entre otras.

La elección de la muestra fue probabilística por División Académica de cada Unidad Académica (Hermosillo, Nogales y Cajeme), por lo tanto, hubo ocho Divisiones, correspondiendo siete para la Unidad Académica de Hermosillo incluyéndose la Unidad Académica de Cajeme y una para la Unidad Académica de Nogales. Cada División Académica oferta diversas carreras, de las cuales fueron seleccionados un total de 46 programas, distribuidos de la siguiente manera¹⁵⁶:

- Unidad Académica Hermosillo: Divisiones Académicas de Ciencias Biológicas y de la Salud (en esta División se incluye la Unidad Académica de Cajeme), Ciencias Económico Administrativas, Ciencias Exactas y Naturales, Ciencias Sociales, Humanidades y Bellas Artes e Ingeniería, seleccionando 36 programas de los ofertados.
- Unidad Académica Cajeme: Se integra a la División de Ciencias Biológicas y de la Salud de Hermosillo, seleccionando 5 programas.
- Unidad académica Nogales: División de Ciencias Administrativas, Sociales y

Agropecuarias seleccionando 5 programas.

- Posteriormente se hizo una estratificación según sexo y proporcional para la selección de los adultos jóvenes con la finalidad de asegurar la representatividad.

La tabla 5 muestra la distribución de los programas seleccionados por Unidad Académica y Divisiones Académicas.

Tabla 5: Distribución de los programas académicos seleccionados en la institución de educación superior según Unidad Académica y División Académica.

Unidad Académica	División Académica	Programas seleccionados
Nogales	1. Ciencias Administrativas, Sociales y Agropecuarias	5
	2. Ciencias Biológicas y de la Salud	5
Cajeme	3. Ciencias Biológicas y de la Salud	8
	4. Ciencias Económico Administrativas	5
Hermosillo	5. Ciencias Exactas y Naturales	3
	6. Ciencias Sociales	5
	7. Humanidades y Bellas Artes	7
	8. Ingenierías	8
Total		46

Fuente: Universidad de Sonora, México. Oferta educativa de licenciatura. 2017.

IV.6. Criterios de inclusión

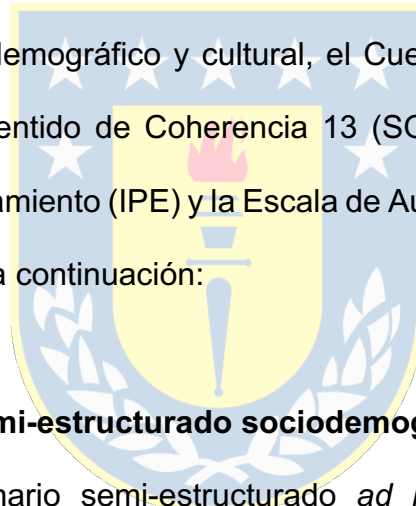
- Estudiante en condición regular en el semestre académico
- Edad entre 19 a 29 años
- Condición de salud sana declarada por el estudiante
- Que acepte participar en el estudio

IV.7. Criterios de exclusión

- Estudiante en condición irregular en el semestre académico
- Menores de 19 años o mayor de 30 años de edad
- Con enfermedad diagnosticada clínicamente
- Que no acepte participar en el estudio

IV.8. Instrumento recolector de datos

El instrumento recolector de datos se conformó del: Cuestionario Semiestructurado sociodemográfico y cultural, el Cuestionario Estilo de Vida II (CEVII), la Escala de Sentido de Coherencia 13 (SOC-13), el Instrumento de Percepción de Empoderamiento (IPE) y la Escala de Autoeficacia General (EAG), los cuales se describen a continuación:



IV.8.1. Cuestionario semi-estructurado sociodemográfico

Se elaboró un cuestionario semi-estructurado *ad hoc*, conformado por las variables demográficas y socioculturales relacionadas con la salud de los adultos jóvenes. Integrado por 77 preguntas, extraídas de la revisión bibliográfica de los constructos estudiados. Para lo cual se realizó una adaptación del Cuestionario Estilos de Vida en Jóvenes Universitarios (CEVJU-II) elaborado por Salazar, et al (2008)¹⁵⁷, se tomó en cuenta la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) realizada en el año 2011, elaborada por la Comisión Nacional Contra las Adicciones y la Secretaría de Salud en México¹⁵⁸. El cuestionario contenía preguntas cerradas

orientadas a obtener las características personales biológicas y socio-culturales de los adultos jóvenes, (Anexo B).

IV.8.2. Escala de sentido de coherencia 13

La Escala Sentido de Coherencia 13 (SOC 13) diseñada por Antonovsky en 1993 denominándola Orientation Life Questionnaire (OLQ)⁹⁰ pretende medir de forma global la orientación intencionada que la persona percibe del mundo y su entorno a través de sus tres dimensiones: a) Comprensibilidad, b) Manejabilidad y c) Significatividad, argumentando que la forma de ver su vida tiene influencia positiva en la salud⁸⁸. Ha sido traducida en 33 idiomas y utilizada en 32 países, en 15 versiones diferentes^{159, 160}. Consta de 13 preguntas que se responden en una escala tipo Likert con siete puntuaciones que van desde 1 punto (puntuación más baja) a 7.0 puntos (puntuación más alta). El rango de puntuación total oscila desde un valor mínimo de 13.0 puntos y un máximo de 91.0 puntos¹¹⁹. Existen 5 ítems que apuntan en dirección negativa que deben invertirse antes de la suma de puntuaciones y del análisis estadístico (ítems que deben ser invertidos 01, 02, 03, 07 y 10)^{161, 162}.

La puntuación de cada dimensión se obtiene al calcular la puntuación media de las respuestas individuales por dimensión. La suma total de las respuestas individuales permite calcular la puntuación media para obtener el resultado del SOC global. Se consideró el puntaje global obtenido en la SOC-13, mientras más

alto era el puntaje global medio obtenido más alto era el nivel de SOC. El puntaje global que se obtuvo del SOC 13 se categorizó en:

1. Alto: Cuando el puntaje total fue igual o mayor al valor de la media obtenida en la escala global de la SOC 13.
2. Bajo: Cuando el puntaje total fue menor al valor de la media obtenida en la escala global de la SOC 13.

En tabla 6 se muestra la distribución de la SOC 13 y dimensiones con los ítems y valores mínimos y máximos.

Tabla 6. Distribución por dimensiones de los ítems de la escala sentido de coherencia 13 con valores mínimos y máximos de cada dimensión y global.

Dimensión	Número de ítems	Ítems	Valores mínimos y máximos
SOC Global	13	1 a 13	13 – 91
Comprensibilidad	5	2*, 6, 8, 9, 11	5 – 35
Manejabilidad	4	3*, 5, 10*, 13	4 – 28
Significatividad	4	1*, 4, 7*, 12	4 – 28

* Valor invertido

La fiabilidad reportada en su consistencia interna con coeficiente de alfa de Cronbach en 127 estudios que utilizaron la SOC-13, fueron valores entre 0.70 a 0.92¹⁵⁹. La puntuación media de la SOC-13 fue 0.82 (rango 0.74 hasta 0.81)¹⁶⁰, otros estudios mencionan puntuaciones medias desde 35.4 (DE=0.1) hasta 77.6 (DE=13.8) puntos⁹⁰. Las investigaciones permiten afirmar que después de 10 años de estudiarse el constructo SOC, este parece ser relativamente estable, el cual tiende a incrementarse con la edad de las personas a través de todo el ciclo

de vida^{159, 160}. La escala SOC 13 fue validada en México, en estudiantes de nivel superior de una institución pública y privada. El análisis factorial identificó dos factores, uno con 5 preguntas correspondientes a manejabilidad (alfa factorial 0.85) y el segundo con tres preguntas de comprensibilidad (alfa factorial 0.71), así mismo se descartaron cinco reactivos. El coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach reportado fue 0.79¹⁶³, (Anexo C).

IV.8.3. Instrumento percepción de empoderamiento

El Instrumento de Percepción de Empoderamiento (IPE) creado por Roller en 1998, permite medir el comportamiento específico asociado con el empoderamiento individual en varios contextos donde se desarrolla la persona, a través de tres dimensiones: a) Autonomía, b) Participación y c) Responsabilidad. Además permite establecer estrategias eficaces de organización y estructuración que apoyen el desarrollo del empoderamiento¹⁶⁴. Consta de 15 preguntas, que se responden en una escala tipo Likert que va de 1 a 5 puntos, según la aseveración que la persona percibe que realiza una determinada actividad, es así: Muy de acuerdo (5 puntos); De acuerdo (4 puntos), Neutral (3 puntos); En desacuerdo (2 puntos) y Muy en desacuerdo (1 puntos).

El rango de puntuación total oscila en una puntuación mínima de 15.0 puntos y un máximo de 75.0 puntos. La puntuación de cada dimensión se obtiene al calcular la puntuación media de las respuestas individuales por dimensión. La

suma total de las respuestas individuales permite calcular la puntuación media para obtener el resultado del IPE global¹⁶⁴. El puntaje global que se obtuvo del IPE se categorizó en:

1. Alto: Cuando el puntaje total fue igual o mayor al valor de la media obtenida en la escala global del IPE.
2. Bajo: Cuando el puntaje total fue menor al valor de la media obtenida en la escala global del IPE.

En tabla 7 se muestra la distribución del IPE y dimensiones con los ítems y valores mínimos y máximos.



Tabla 7. Distribución por dimensiones de los ítems del instrumento percepción de empoderamiento con valores mínimos y máximos de cada dimensión y global.

Dimensión	Número de ítems	Ítems	Valores mínimos y máximos
IPE Global	15	1 a 15	15 – 75
Autonomía	5	1, 3, 9, 12, 13	5 – 25
Participación	6	2, 4, 6*, 11, 14, 15	6 – 30
Responsabilidad	4	5, 7, 8, 10	4 – 20

* Valor invertido

La fiabilidad observada en su consistencia interna con coeficiente de alfa de Cronbach reportada para cada dimensión fue en autonomía 0.79; responsabilidad 0.80 y participación 0.87. La correlación entre los puntajes promedio de los conjuntos de respuestas pareadas fue 0.75, los factores del

instrumento reflejaron el mismo dominio de comportamiento. La validez de contenido fue evaluada por expertos en el área de empoderamiento. La validez de criterio demostró una correlación significativa entre los puntajes promedio del IPE y los puntajes promedio en la escala de criterio (0.82)¹⁶⁴. El IPE fue validado en la población estudiada, los estudio revisados en población mexicana, no emplearon este instrumento en sus mediciones, (Anexo D), se obtiene autorización escrita del autor para la utilización del instrumento en este estudio, (Anexo E).

IV.8.4. Escala de autoeficacia general

La Escala de Autoeficacia General (EAG) diseñada por Schwarzer y Jerusalem en 1992, permite evaluar el sentido de autoeficacia percibida con el objetivo de predecir la forma de manejarse para hacer frente a los problemas cotidianos, así como la adaptación después de experimentar todo tipo de eventos estresantes de la vida¹⁶⁵. La EAG ha sido traducida a 33 idiomas, es una escala unidimensional, compuesta de 10 reactivos, el formato de respuestas es una escala tipo Likert de cuatro puntos: Incorrecto (1 punto); Apenas cierto (2 puntos); Más bien cierto (3 puntos) y Cierto (4 puntos). El resultado final tiene un rango de 10.0 a 40.0 puntos¹⁶⁶. La suma total de las respuestas individuales permite calcular la puntuación media para obtener el resultado de la AEG.

Esta variable se categorizó según el puntaje obtenido en:

1. Alta: Cuando el puntaje total fue igual o mayor al valor de la media obtenida en la EAG
2. Baja: Cuando el puntaje total fue menor al valor de la media obtenida en la EAG.

En tabla 8 se muestra la distribución de la EAG con los ítems y valores mínimos y máximos.

Tabla 8. Distribución de los ítems de la escala autoeficacia general con valores mínimos y máximos.

Escala	Número de ítems	Ítems	Valores mínimos y máximos
AEG	10	1 a 10	10 – 40

La fiabilidad reportada por confiabilidad interna obtuvo un alfa de Cronbach en el rango desde 0.75 a 0.91¹⁶⁷. La puntuación media obtenida en la escala AEG fue 28.6 puntos (DE=6.18)¹⁶⁵. La EAG fue validada en población de estudiantes mexicanos de una universidad pública; el coeficiente de alfa de Cronbach fue 0.86, sin mostrar alteración a la eliminación de ningún reactivo. El análisis de componentes principales mostró que los dos primeros auto-valores fueron 4.64 y 0.96. el primero explicó el 46.4% de la varianza y el segundo el 9.65%, la carga factorial osciló entre 0.40 y 0.80 por lo que se consideró que la AEG es unidimensional¹⁶⁸, (Anexo F). Se obtiene autorización del autor para la utilización del instrumento en este estudio, (Anexo G).

IV.8.5. Cuestionario estilo de vida II

El Cuestionario estilo de vida II, versión en español, diseñado por Walker, Sechrist y Pender en 1987¹⁶⁹, fue traducido de la versión en inglés del Health Promoting Life Profile (HPLP), mide los hábitos de vida y la promoción de la salud. En 1995 las autoras revisaron el HPLP, modificándolo de 48 a 52 preguntas, incluyendo la dimensión “crecimiento espiritual” por la dimensión auto-realización. Esta nueva versión la denominan en inglés HPLPII y en español CEV II. Quedando constituido por las dimensiones: a) Crecimiento espiritual (CE), b) Relaciones interpersonales (RI), c) Nutrición (NUT), d) Actividad física (AF), e) Responsabilidad de la salud (RS) y f) Manejo del estrés (ME).

Las opciones de respuesta son mediante una escala tipo Likert que va de 1 a 4 puntos, según la frecuencia que la persona percibe que realiza una determinada actividad, es así: Nunca (1 punto); Algunas veces (2 puntos); Frecuentemente (3 puntos) o Rutinariamente (4 puntos). La puntuación total oscila de un mínimo de 52 puntos a un máximo de 208 puntos¹³⁸. La puntuación de cada dimensión se obtiene al calcular la puntuación media de las respuestas individuales por dimensión. La suma total de las respuestas individuales permite calcular la puntuación media para obtener el resultado del EVPS global. Se consideró el puntaje global obtenido en el CEVII, mientras más alto era el puntaje global medio obtenido por el encuestado, mejor era el nivel del EVPS.

La variable se categorizó según el puntaje obtenido en:

1. EVPS suficiente: Cuando el puntaje total fue igual o mayor al valor de la media obtenida en el CEVII.
2. EVPS insuficiente: Cuando el puntaje total fue menor al valor de la media obtenida en el CEVII.

En tabla 9 se muestra la distribución por dimensiones de los ítems del CEVII, los valores mínimos y máximos de cada dimensión y global.

Tabla 9. Distribución por dimensiones de los ítems del cuestionario estilo de vida II con valores mínimos y máximos de cada dimensión y global.

Dimensión	Número de ítems	Ítems	Valores mínimos y máximos
CEVII Global	52	1 al 52	52 – 208
CE	9	6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52	9 – 36
RI	9	1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49	9 – 36
NUT	9	2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50	9 – 36
AF	8	4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46	8 – 32
RS	9	3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51	9 – 36
ME	8	5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47	8 – 32

La consistencia interna con coeficiente de alfa de Cronbach reportada fue 0.94 y un coeficiente de prueba-reprueba de 0.89. La validez de constructo fue establecida por análisis factorial y la validez de criterio indicó una estructura de 6 dimensiones^{96, 170}. En los estudios donde se ha utilizado el CEVII se observó una confiabilidad entre 0.7 y 0.9. La escala validada en el contexto latinoamericano obtuvo alpha de Cronbach de 0.93 y la validez fue por análisis factorial de componentes principales⁹⁶. El CEVII fue validado en la población estudiada, ya

que los estudios revisados en población mexicana, a pesar de que utilizaron el CEVII no reportaron datos de su validación en sus mediciones (Anexo H), se obtiene autorización escrita para la utilización del instrumento en este estudio, (Anexo I).

IV.9 Control de calidad del instrumento

El instrumento recolector de datos fue sometido por la investigadora a un proceso de validación de contenido realizada por expertos profesionales de enfermería y psicología, en base a las opiniones y sugerencias recibidas, se procedió a llevar a cabo correcciones de ortografía, sintaxis y gramática, se intentó respetar la originalidad del cuestionario y escalas utilizadas; se realizó adecuación del lenguaje a la cultura mexicana de Sonora, tratando de respetar al máximo las características originales del cuestionario y escalas. Posteriormente fue sometido a una prueba piloto y a pruebas estadísticas para obtener con ellos confiabilidad y validación de la encuesta.

IV.10 Control de calidad de los datos

IV.10.1. Prueba piloto

La prueba piloto se realizó en un grupo de 65 estudiantes con características similares a la muestra, pertenecientes a la Unidad Académica de Santa Ana en el Estado de Sonora, México, que correspondió a la División Académica de Ciencias Administrativas, Sociales y Agropecuarias de una universidad pública

del noroeste de México. Previa información del estudio a los participantes, se entregó el consentimiento informado para su firma y aceptación a participar, se procedió posteriormente a la aplicación del instrumento recolector de la información diseñado para la investigación.

La prueba piloto brindó información acerca de la comprensión de las preguntas y el tiempo que emplearon para responderlo, el cual tuvo un tiempo promedio de respuesta de 25 minutos aproximadamente. Posterior a los resultados, algunas preguntas fueron corregidas para una mejor comprensión de las mismas, se realizaron ajustes de sintaxis y gramática, en relación al contenido del instrumento de recolección de datos, antes de su aplicación a la población de estudio.

IV.10.2. Análisis de la fiabilidad y validez de la prueba piloto

Se realizó la evaluación de la confiabilidad interna y las correlaciones de las diferentes escalas e instrumentos utilizados en esta investigación. Para el análisis de las correlaciones del instrumento recolector de datos, se consideró la categoría establecida por Fernández et al.,¹⁵⁴.

El valor del coeficiente de correlación será:

+ 1.00 = Correlación positiva perfecta

+ 0.90 = Correlación positiva muy fuerte

+ 0.75 = Correlación positiva considerable

- + 0.50 = Correlación positiva media
- + 0.25 = Correlación positiva débil
- + 0.10 = Correlación positiva muy débil

Tabla 10. Estadísticas de fiabilidad del SOC 13, IPE, EAG y CEVII utilizado en la prueba piloto. Sonora, México. 2018. (n=65).

Instrumento	Alfa de Cronbach	N de elementos
SOC Global	0.655	13
Comprensibilidad	0.531	5
Manejabilidad	0.208	4
Significatividad	0.486	4
IPE Global	0.914	15
Autonomía	0.777	5
Participación	0.685	6
Responsabilidad	0.939	4
EAG	0.893	10
CEVII Global	0.924	52
CE	0.832	9
RI	0.819	9
NUT	0.712	9
AF	0.792	8
RS	0.755	9
ME	0.608	8

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

En tabla 10 se muestra el cálculo del Coeficiente de Fiabilidad alfa de Cronbach, el cual permite observar la correlación de los ítems que estructuran una escala, se prefieren valores de alfa entre 0.80 y 0.90; el valor mínimo aceptable para el coeficiente alfa de Cronbach es 0.70, aunque por debajo de ese valor la consistencia interna de la escala utilizada es baja¹⁷¹.

El SOC global obtuvo una consistencia interna baja con valor alfa 0.655, es baja, pero se consideró importante explorar en la población de estudio este constructo. El IPE global y la dimensión responsabilidad presentó una consistencia interna alta con valor alfa de 0.914 y 0.939, la dimensión autonomía fue aceptable con valor alfa de 0.777 y la dimensión participación tuvo consistencia interna baja con valor alfa de 0.685. La EAG obtuvo consistencia interna alta con valor alfa de 0.893.

En general, la consistencia interna del CEVII global y las dimensiones CE y RI fue alta de 0.924 a 0.819, las dimensiones NUT, AF y RS obtuvo un alfa desde 0.792 a 0.712 y la dimensión ME tuvo consistencia interna baja con valor alfa de 0.608.

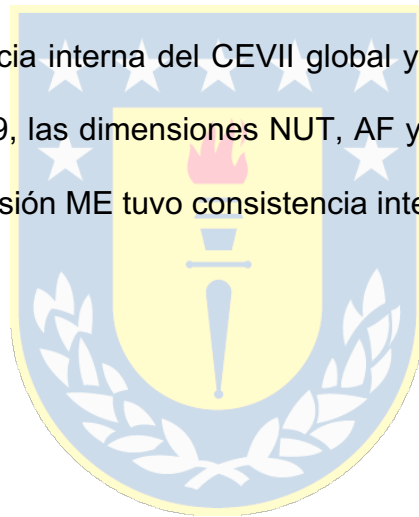


Tabla 11. Estadísticas de total de elementos de la escala sentido de coherencia 13 utilizado en la prueba piloto. Sonora, México. 2018. (n=65).

Dimensión Ítems	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Significatividad			
Ítem 01	50.20	0.128	0.663
Ítem 04	50.17	0.179	0.654
Ítem 07	49.62	0.191	0.649
Ítem 12	50.75	0.457	0.605
Comprensibilidad			
Ítem 02	51.83	0.057	0.671
Ítem 06	50.60	0.387	0.620
Ítem 08	50.92	0.631	0.574
Ítem 09	51.29	0.448	0.606
Ítem 11	51.17	0.204	0.648
Manejabilidad			
Ítem 03	51.57	0.119	0.662
Ítem 05	50.17	0.080	0.669
Ítem 10	50.60	0.208	0.647
Ítem 13	50.74	0.669	0.568

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

Las estadísticas que evalúan el SOC 13 y su relación con cada uno de sus 13 elementos que lo conforman, se puede apreciar que al extraer algunos de los elementos se mantiene un valor alfa de Cronbach entre 0.568 a 0.671. Los elementos 01, 02, 03, 04, 05, 07, 10 y 11 tuvieron correlación muy débil con el SOC 13, los cuales podrían ser eliminados, sin afectar la escala. De los 13 elementos que conforman el SOC 13, el alfa de Cronbach para todos los elementos fue 0.655, si se omitieran algunos ítems como el N° 02 “¿Se ha quedado alguna vez sorprendido (a) por el comportamiento de las personas que creía conocer bien?” y N° 05 “¿Tiene la sensación de que no es tratado (a) con

justicia?”, se aumentaría de 0.009 a 0.011 el alfa de Cronbach quedando en 0.669 y 0.671 respectivamente, (Tabla 11).

Tabla 12. Estadísticas de total de elementos del instrumento percepción de empoderamiento utilizado en la prueba piloto. Sonora, México. 2018. (n=65).

Dimensión Ítems	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Autonomía			
Ítem 01	56.31	0.649	0.907
Ítem 03	56.51	0.599	0.909
Ítem 09	56.57	0.534	0.911
Ítem 12	56.35	0.781	0.902
Ítem 13	56.98	0.483	0.914
Participación			
Ítem 02	56.78	0.486	0.912
Ítem 04	56.63	0.617	0.908
Ítem 06	57.32	-0.073	0.931
Ítem 11	56.52	0.558	0.910
Ítem 14	56.26	0.795	0.901
Ítem 15	56.45	0.752	0.904
Responsabilidad			
Ítem 05	56.08	0.870	0.901
Ítem 07	56.12	0.811	0.902
Ítem 08	56.11	0.810	0.901
Ítem 10	56.11	0.790	0.903

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

Las estadísticas que evalúan el IPE y su relación con cada uno de sus 15 elementos que lo conforman, se puede apreciar que al extraer algunos de los elementos se mantiene un valor alfa de Cronbach entre 0.901 a 0.931. Solo el elemento 06 muestra una correlación negativa media con el IPE podría ser eliminado, sin afectar el instrumento. De los 15 elementos que conforman el IPE, debido a que el alfa de Cronbach para todos los elementos fue 0.914, si se

omitiera el ítem N° 06 “Mi participación no es solicitada en la planificación de los cambios”, aumentaría 0.017 el alfa de Cronbach quedando en 0.931, (Tabla 12).

Tabla 13. Estadísticas de total de elementos de la escala autoeficacia general utilizado en la prueba piloto. Sonora, México. 2018. (n=65).

Ítems	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Ítem 01	28.57	0.499	0.892
Ítem 02	27.98	0.559	0.887
Ítem 03	28.32	0.392	0.899
Ítem 04	28.32	0.790	0.871
Ítem 05	28.20	0.719	0.877
Ítem 06	28.40	0.722	0.876
Ítem 07	28.32	0.730	0.876
Ítem 08	28.22	0.712	0.876
Ítem 09	28.31	0.623	0.883
Ítem 10	28.23	0.636	0.882

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

Las estadísticas que evalúan la EAG y su relación con cada uno de sus 10 elementos que lo conforman, se puede apreciar que al extraer algunos de los elementos se mantiene un valor alfa de Cronbach entre 0.871 a 0.899. Solo los elementos 01 y 03 mostraron correlación media con el IPE. De los 10 elementos que conforman la EAG, debido a que el alfa de Cronbach para todos los elementos fue 0.893, si se omitiera el ítem N° 04 “Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados” aumentaría 0.006 el alfa de Cronbach quedando en 0.899; al eliminar el ítem N° 01 “Puedo encontrar la

manera de obtener lo que quiero, aunque alguien se me oponga” disminuiría 0.001, sin que esto afecte la escala, (Tabla 13).

Tabla 14. Estadísticas de total de elementos del cuestionario estilo de vida II por dimensiones utilizado en la prueba piloto. Sonora, México. 2018. (n=65).

Dimensión Ítems	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Crecimiento Espiritual			
Ítem 06	121.69	0.501	0.922
Ítem 12	121.05	0.376	0.923
Ítem 18	121.08	0.606	0.921
Ítem 24	121.46	0.534	0.921
Ítem 30	121.38	0.397	0.922
Ítem 36	121.92	0.550	0.921
Ítem 42	121.15	0.404	0.922
Ítem 48	122.05	0.456	0.922
Ítem 52	121.60	0.607	0.921
Relaciones Interpersonales			
Ítem 01	122.12	0.323	0.923
Ítem 07	121.45	0.518	0.921
Ítem 13	121.48	0.493	0.922
Ítem 19	121.71	0.433	0.922
Ítem 25	121.51	0.586	0.921
Ítem 31	121.74	0.542	0.921
Ítem 37	122.02	0.561	0.921
Ítem 43	122.11	0.462	0.922
Ítem 49	121.97	0.547	0.921
Nutrición			
Ítem 02	122.55	0.356	0.923
Ítem 08	122.45	0.425	0.922
Ítem 14	122.40	0.472	0.922
Ítem 20	122.42	0.407	0.922
Ítem 26	122.28	0.449	0.922
Ítem 32	122.17	0.296	0.923
Ítem 38	121.85	0.531	0.921
Ítem 44	122.60	0.309	0.923
Ítem 20	122.42	0.407	0.922

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

Tabla 15. Estadísticas de total de elementos del cuestionario estilo de vida II por dimensiones utilizado en la prueba piloto. Sonora, México. 2018. (n=65).

Dimensión Ítems	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Actividad Física			
ítem 04	122.51	0.394	0.922
Ítem 10	122.15	0.379	0.923
Ítem 16	122.11	0.349	0.923
Ítem 22	122.31	0.424	0.922
Ítem 28	122.11	0.498	0.921
Ítem 34	122.18	0.470	0.922
Ítem 40	122.82	0.277	0.923
Ítem 46	122.85	0.223	0.924
Responsabilidad de la Salud			
Ítem 03	122.38	0.224	0.924
Ítem 09	122.55	0.279	0.923
Ítem 15	122.38	0.465	0.922
Ítem 21	122.22	0.397	0.922
Ítem 27	122.38	0.434	0.922
Ítem 33	121.95	0.535	0.921
Ítem 39	122.45	0.389	0.922
Ítem 45	122.88	0.219	0.925
Ítem 51	121.63	0.623	0.920
Manejo del Estrés			
Ítem 05	121.91	0.218	0.924
Ítem 11	121.89	0.435	0.922
Ítem 17	121.69	0.342	0.923
Ítem 23	121.74	0.556	0.921
Ítem 29	122.48	0.354	0.923
Ítem 35	122.05	0.315	0.923
Ítem 41	123.00	0.378	0.922
Ítem 47	122.57	0.172	0.924

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

En tabla 14 y 15 se indican las estadísticas que evalúan el CEVII y su relación con cada uno de sus 52 elementos que lo conforman, se puede apreciar que al extraer algunos de los elementos se puede aumentar de 0.001 a 0.003 el valor alfa de Cronbach. Los elementos 03, 05, 09, 32, 40, 45, 46 y 47 son los que menos se correlacionan con el CEVII^{154, 172}. De los 52 elementos que conforman

el CEVII, el alfa de Cronbach para todos los elementos omitidos es muy similar (0.923 a 0.925), la evidencia sugiere que todos los elementos miden la misma característica.

IV.10.3. Instrumento para la investigación

Posteriormente a la prueba piloto, se analizó la fiabilidad del cuestionario, instrumento y escalas utilizados en esta investigación. Además, se realizó la validación del IPE y CEVII en la población estudiada.

Tabla 16. Análisis coeficiente de confiabilidad de la escala sentido de coherencia 13 global y dimensiones. Sonora, México. 2018. (n=1029).

Instrumento	alfa de Cronbach	N de elementos
SOC Global	0.760	13
Comprensibilidad	0.559	5
Manejabilidad	0.498	4
Significatividad	0.480	10

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

El SOC global obtuvo una fiabilidad de consistencia interna aceptable con alfa de Cronbach de 0.760. Las dimensiones del SOC-13 obtuvieron una fiabilidad de consistencia interna baja en las tres dimensiones con alfa de Cronbach desde 0.480 hasta 0.559. Estos resultados muestran una mejor confiabilidad interna que los resultados obtenidos en la prueba piloto, (Tabla 16).

Tabla 17. Análisis coeficiente de confiabilidad del instrumento percepción de empoderamiento global y dimensiones. Sonora, México. 2018. (n=1029).

Instrumento	Alfa de Cronbach	N de elementos
IPE Global	0.873	15
Autonomía	0.729	5
Participación	0.710	6
Responsabilidad	0.861	4

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

En tabla 17 se muestra que el IPE global obtuvo una fiabilidad de consistencia interna global alta, con alfa de Cronbach 0.873. La dimensión responsabilidad tuvo un alfa de Cronbach alta de 0.861 y las dimensiones autonomía y participación obtuvieron una consistencia interna aceptable con alfa de 0.710 y 0.729.

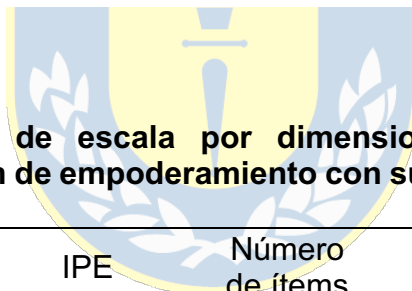


Tabla 18. Estadística de escala por dimensiones y correlación del instrumento percepción de empoderamiento con sus dimensiones. Sonora, México. 2018. (n=1029).

Dimensiones	IPE	Número de ítems	Media	DE
Autonomía	0.869**	5	20.34	3.03
Participación	0.895**	6	23.38	3.45
Responsabilidad	0.716**	4	18.17	2.37

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

** la correlación es significativa en el nivel 0.01

Para el IPE, la correlación resultante con las tres dimensiones, se muestra en la tabla 18. Al correlacionar las medidas de resumen del IPE con cada dimensión se aprecia que todas las dimensiones tuvieron correlación positiva de media a

considerable con el IPE con valores de coeficiente de Spearman entre 0.716 a 0.895.

Tabla 19. Prueba de KMO y Bartlett del instrumento percepción de empoderamiento.

Prueba	Valor
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo	0.913
	Aprox. Chi-cuadrado
	6009.861
Prueba de esfericidad de Bartlett	gl
	105
	Sig.
	<0.0001

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

En las pruebas que indican la idoneidad de los datos del IPE, la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue 0.913 obteniendo un valor alto, indicando que un análisis factorial puede ser útil con esos datos y la prueba de esfericidad de Bartlett obtuvo una significación con $p < 0.0001$, se comprueba que existen relaciones significativas entre las variables por lo tanto, es pertinente para la detección de estructuras. El IPE tiene buenas características de confiabilidad y validez de constructo en la población de adultos jóvenes universitarios, confirmando lo propuesto por su autor, (Tabla 19).

Tabla 20. Análisis coeficiente de confiabilidad de la escala autoeficacia general. Sonora, México. 2018. (n=1029)

Instrumento	Alfa de Cronbach	N de elementos
EAG	0.899	10

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

En tabla 20 se presenta el análisis de fiabilidad de consistencia interna de la EAG obteniéndose un alfa de Cronbach de 0.899, lo que permitió establecer que la EAG tiene buena consistencia interna.

Tabla 21. Análisis coeficiente de confiabilidad del cuestionario estilo de vida II global y dimensiones. Sonora, México. 2018. (n=1029).

Instrumento	Alfa de Cronbach	N de elementos
CEVII Global	0.933	52
CE	0.827	9
RI	0.752	9
NUT	0.756	9
AF	0.848	8
RS	0.833	9
ME	0.743	8

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

El CEVII global obtuvo para la presente investigación, un coeficiente alfa de Cronbach alto (0.933), las dimensiones CE, AF y RS obtuvieron alfa desde 0.827 a 0.848 y las dimensiones NUT, RI y ME tuvieron consistencia interna aceptable con alfa de 0.743 a 0.756¹⁷¹, lo que permite establecer que el CEVII tuvo buena consistencia interna; (Tabla 21).

Tabla 22. Estadística de escala por dimensiones y correlación del cuestionario estilo de vida II con sus dimensiones. Sonora, México. 2018. (n=1029).

CEVII	EVPS	Número de ítems	Media	DE
CE	0.750**	9	27.28	4.97
RI	0.718**	9	25.88	4.58
NUT	0.719**	9	21.91	4.88
AF	0.742**	8	18.17	5.67
RS	0.762**	9	19.91	5.27
ME	0.750**	8	19.14	4.29

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

** La correlación es significativa en el nivel 0.01

Para el CEVII, la correlación resultante con las seis dimensiones, se muestra en tabla 22. Al correlacionar las medidas de resumen del CEVII con cada dimensión se aprecia que todas las dimensiones mostraron correlación positiva media a considerable con el EVPS con valores de coeficiente de Spearman entre 0.718 a 0.750.

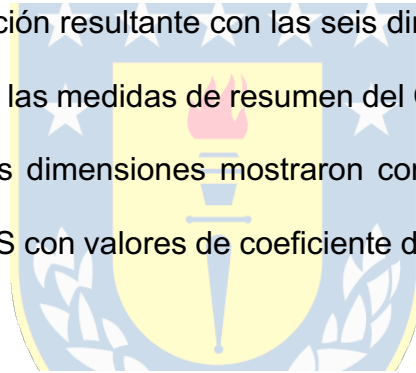


Tabla 23. Prueba de KMO y Bartlett del cuestionario estilo de vida II.

Prueba	Valor	
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo	0.936	
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	19039.432
	gl	1326
	Sig.	<0.0001

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

En las pruebas que indican la idoneidad de los datos del CEVII, la prueba de adecuación de muestreo de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue 0.936 lo que significó

que la proporción de la varianza en las variables puede ser causada por factores subyacentes, valores altos indican que un análisis factorial puede ser útil con esos datos. La prueba de esfericidad de Bartlett obtuvo una significación con $p < 0.0001$, lo cual permitió contrastar la hipótesis de que la matriz de correlación es una matriz de identidad, se comprueba que existen relaciones significativas entre las variables por lo tanto, es pertinente para la detección de estructuras, (Tabla 23)¹⁷³. El CEVII tiene buenas características de confiabilidad y validez de constructo en la población de adultos jóvenes universitarios, confirmando lo propuesto por sus autores.

IV.11 Procedimiento de recolección de los datos

El presente estudio fue realizado por la investigadora, quien fue la responsable de someter a revisión el protocolo de estudio al Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción de Chile, obteniendo dictamen de aprobación para realizar la investigación (Anexo J).

Una vez obtenida la aprobación, se procedió a realizar un proceso de validación de contenido del instrumento recolector de datos, realizada por expertos profesionales de enfermería y psicología, para valorar la adecuación del mismo a la cultura mexicana.

A continuación, se obtuvo la autorización de Rectoría de la Universidad de Sonora, México. Para llevar a cabo la investigación en las Unidades Académicas de Hermosillo, Nogales y Cajeme, Sonora, México (Anexo K).

Posteriormente se procedió a solicitar las autorizaciones de Vicerrectoría Unidad Regional Centro (para los campus Hermosillo y Cajeme, Sonora, México) y Vicerrectoría Unidad Regional Norte (para los campus Nogales y Santa Ana, Sonora, México donde se realizó la prueba piloto).

La prueba piloto se llevó a cabo en estudiantes universitarios en la Unidad Académica de Santa Ana, Sonora, México, los cuales cumplían con las características similares a las del estudio planteado.

Esta investigación fue evaluada por el Comité de Bioética e Investigación de la Escuela de Medicina de la Universidad de Sonora; al obtener el dictamen de aprobación (Anexo L), se procedió a gestionar las autorizaciones con jefes de departamento de cada programa académico, para agendar y solicitar la lista de los estudiantes inscritos en el ciclo escolar y hacer la elección de los mismos. Así mismo se mantuvo enlace con coordinadores de programas para la localización y reunión con los estudiantes seleccionados.

La recolección de los datos se llevó a cabo durante el segundo semestre del 2017 y el primer semestre del 2018, en la población en estudio seleccionada. A los estudiantes se les aplicó un instrumento recolector de datos electrónico diseñado previamente para la investigación. Los estudiantes seleccionados fueron citados en el centro de cómputo perteneciente a cada carrera para responder el instrumento recolector de datos, previamente se explicó el objetivo del estudio, se solicitó su participación y quienes asintieron participar, se les pidió que leyeran y firmaran la carta de consentimiento informado (Anexo M), se aclararon dudas con respecto al estudio y se explicó el procedimiento para el llenado correspondiente de la encuesta.

El tiempo destinado para responder el instrumento recolector de datos, fue durante sus actividades académicas, previamente se agendó la fecha y hora con sus profesores, el tiempo promedio de respuesta fue de 25 a 30 minutos. En los casos donde no se disponía del acceso al centro de cómputo, se aplicó la encuesta escrita.

Al término de la encuesta se entregó información educativa sobre el EVPS, además de información de contacto (correo electrónico) del investigador principal para brindar apoyo o asesoría en caso necesario. Se tuvo en cuenta canalizar a los estudiantes a los servicios estudiantiles de cada institución educativa para su apoyo y seguimiento en caso que ellos lo solicitarán.

IV.12 Procesamiento y análisis de la información

El análisis estadístico de los datos se realizó a través del programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences versión 20 (SPSSv20) del Departamento de Estadística de la Universidad de Concepción, Chile.

Análisis Descriptivo: El análisis de fiabilidad a través de la consistencia interna del cuestionario, instrumento y escalas (CEVII, SOC-13, IEP y EAG), fue con el coeficiente de alpha de Cronbach. Además, se obtuvieron los valores en puntos por cada una de sus dimensiones y el global. La distribución de las variables independientes se analizaron con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Así mismo se realizó el análisis de datos mediante la elaboración de tablas de frecuencia, medidas de tendencia central y de dispersión.

Análisis Inferencial: Para las variables numéricas, de acuerdo a las pruebas de normalidad de los datos, se emplearon pruebas no paramétricas de U de Mann-Whitney, Kruskal Wallis, el coeficiente de correlación de Spearman y se ajustó el modelo de regresión múltiple. Las variables categóricas fueron analizadas con el test chi-cuadrado. Se utilizó un nivel de significancia de alfa 0.05.

El procesamiento del análisis estadístico por objetivos planteado para la investigación se muestra en las tablas 24 a 26.

Tabla 24. Procesamiento del análisis estadístico para los objetivos 1, 2 y 3.

Objetivo	Variables Independientes	Tipo de análisis y estadígrafo
1. Caracterizar a la población de estudio en base a datos sociodemográficos	Unidad Académica, División Académica, programas académicos, semestre académico, estado civil, ha tenido hijos, religión, lugar de procedencia, con quien vive, tipo de familia; edad, sexo, IMC, trabaja, servicio de salud, percepción del estado de salud, prácticas para cuidar su salud, actividad física, ejercicio físico, actividades de descanso/ocio, consumo de tabaco, alcohol y drogas, sensación que no vale la pena vivir, ha intentado quitarse la vida, se expresa de manera violenta y relaciones sexuales.	Análisis descriptivo Medidas de tendencia central
2. Evaluar el SOC, EPS y AEP de los adultos jóvenes por Unidad Académica y División Académica	SOC global, comprensibilidad, manejabilidad, significatividad EPS global, autonomía, participación, responsabilidad, AEP / Unidad Académica, División Académica.	Análisis descriptivo Medidas de tendencia central al obtener puntaje global y por dimensiones
3. Identificar el EVPS global y por dimensión en los adultos jóvenes por Unidad Académica y División Académica	EVPS global, CE, RI, NUT, AF, RS, ME / Unidad Académica, División Académica.	Análisis descriptivo Medidas de tendencia central al obtener puntaje global y por dimensiones

Tabla 25. Procesamiento del análisis estadístico para los objetivos 4, 5 y 6.

Objetivo	Variables Independientes	Tipo de análisis y estadígrafo
4. Establecer la relación entre los factores personales y el EVPS de los adultos jóvenes.	Edad, sexo, IMC, trabaja, servicio de salud, percepción del estado de salud, prácticas para cuidar la salud, actividad física, ejercicio físico, actividades de descanso/ocio, consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de drogas, sensación que no vale la pena vivir, ha intentado quitarse la vida, se expresa de manera violenta, relaciones sexuales / EVPS.	Análisis Inferencial U de Mann-Whitney Kruskal Wallis
5. Establecer la relación entre SOC, EPS, AEP y el EVPS en los adultos jóvenes.	SOC global, EPS global, AEP / EVPS global.	Análisis Inferencial Coeficiente de correlación de Spearman
6. Proponer un modelo que relacione el EVPS con los factores personales, el SOC, el EPS y la AEP	EVPS / Factores personales: Edad, sexo, IMC, trabaja, Servicio de salud, percepción del estado de salud, prácticas para cuidar la salud, actividad física, ejercicio físico, descanso/ocio, consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de drogas, sensación que no vale la pena vivir, ha intentado quitarse la vida, se expresa de manera violenta, relaciones sexuales, SOC global, EPS global, AEP.	Análisis Inferencial Modelo de regresión múltiple

Tabla 26. Procesamiento del análisis estadístico para las hipótesis de investigación.

Hipótesis de investigación	Variables	Tipo de análisis y estadígrafo
H ₁ . Existe relación entre los factores personales de los adultos jóvenes del noroeste de México, con su EVPS.	Factores personales: Edad, sexo, IMC, trabaja, servicio de salud, percepción del estado de salud, prácticas para cuidar la salud, actividad física, ejercicio físico, descanso/ocio, consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de drogas, sensación que no vale la pena vivir, ha intentado quitarse la vida, se expresa de manera violenta, relaciones sexuales / EVPS	U de Mann-Whitney Kruskal Wallis
H ₁ . A mayor SOC en los adultos jóvenes del noroeste de México, mejor es su EVPS.	SOC global /EVPS	Correlaciones Rho de Spearman
H ₁ . A mayor EPS en los adultos jóvenes del noroeste de México, mejor es su EVPS.	EPS global/ EVPS	Correlaciones Rho de Spearman
H ₁ . A mayor AEP en los adultos jóvenes del noroeste de México, mejor es su EVPS.	AEP/EVPS	Correlaciones Rho de Spearman
H ₁ . Existe relación entre SOC, EPS y AEP en los adultos jóvenes del noroeste de México con su EVPS.	SOC global, EPS global, AEP/ EVPS	Correlaciones Rho de Spearman

IV.13 Consideraciones éticas

En esta investigación se respetó en todo momento los requisitos éticos propuestos por Emanuel^{174, 175}, brinda un marco sistemático y racional para determinar si la investigación clínica es ética.

La asociación colaborativa, asegura que la población de estudio, los adultos jóvenes y el ámbito universitario se verán beneficiados con los resultados obtenidos de la investigación, los cuales permitirán planear estrategias de intervención multi e interdisciplinarias con el fin de contribuir a la disminución de una problemática en salud que afecta a una grupo etario vulnerable; además se mantuvo en todo momento el respeto mutuo entre los participantes y el investigador; asegurando la difusión de los resultados obtenidos.

En relación al valor social esta investigación aborda una problemática que afecta a la población adulto joven actualmente, en relación a los comportamientos que pueden influir en la adopción de un estilo de vida saludable, estos comportamientos pueden afectar su salud presente y futura tanto física como mental, asociado a que las conductas no saludables ponen en riesgo su calidad de vida, este grupo etario puede no ser capaces de generar conductas promotoras de salud, empleando los recursos con los que cuentan para tomar decisiones saludables. La relevancia clínica pone de manifiesto la importancia de fomentar la promoción de la salud a nivel universitario por parte del personal de enfermería

como una herramienta idónea para fortalecer la salud de los adultos jóvenes en un contexto regional del noroeste de México, a la vez que fue una de las primeras investigaciones en el país donde se exploró el sentido de coherencia. Los resultados que se obtuvieron permitirán elaborar un diagnóstico sobre el estilo de vida de los adultos jóvenes universitarios y proponer estrategias de promoción a la salud a nivel educativo universitario.

La validez científica se obtuvo debido a que se contó con una estructura metodológica teórica y empírica bien fundamentada, se emplearon teorías con alto respaldo científico y referencias científicas de calidad que avalan los aportes a nivel nacional e internacional, haciéndola válida y viable. Además, se estableció una metodología científica de forma clara y secuencial, partió de una pregunta de investigación, objetivos acordes a la problemática que se pretendió estudiar, para dar respuesta a la problemática planteada. Esta investigación estuvo sustentada en principios, métodos y prácticas de efecto seguro, aceptados en la literatura científica (diseño descriptivo, correlacional, empleando como marco de referencia la salutogénesis para la promoción de la salud e identificar el estilo de vida promotor de salud), se estableció un procedimiento de recolección de información y análisis estadístico de datos riguroso. Finalmente fue realizada por un investigador previamente autorizado por un comité ético-científico riguroso, la investigación tenía factibilidad de llevarse a cabo.

La selección justa de los participantes en el estudio, se estableció en base a un muestreo probabilístico estratificado, en una población muy específica (estudiantes universitarios, adultos jóvenes), proporcional a cada Unidad Académica seleccionada en tres municipios en el Estado de Sonora, México, garantizando así que cada persona tuvo las mismas oportunidades de ser seleccionada, asegurando una muestra representativa de toda la población. Se tomaron en cuenta criterios de inclusión y de exclusión previamente establecidos en relación con los objetivos del estudio. Se empleó el criterio de participación voluntaria y retiró del estudio cuando ellos consideraron que existían razones para hacerlo.

El balance riesgo-beneficio favorable, para este estudio no se identificaron riesgos conocidos ya que era un diseño descriptivo no experimental. El beneficio para los participantes fue obtener información relacionada con el EVPS al término de la encuesta que se aplicó, además de ser necesario ponerse en contacto con el investigador principal para recibir apoyo en áreas donde ellos requirieran fortalecerse para la adopción de conductas que generaran salud y en caso necesario referirlos a los servicios de salud escolar de cada Unidad Académica. Otro beneficio a mediano plazo es proponer el desarrollo de estrategias encaminadas a fortalecer los activos en salud de la población estudiantil universitaria.

Evaluación independiente, esta investigación fue evaluada inicialmente por el Comité Ético Científico en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, Chile. Posteriormente se solicitó a Rectoría de la Universidad de Sonora sede Hermosillo, Sonora, México, la autorización para llevar a cabo la investigación. Además, fue sometida a evaluación del Comité de Bioética e Investigación de la Escuela de Medicina de la Universidad de Sonora para su aprobación correspondiente en la institución educativa de Sonora, México, asegurando así una valoración crítica y objetiva que minimizó los conflictos de intereses y que se cumplieran los lineamientos ético-científicos establecidos para las investigaciones en seres humanos.

Consentimiento informado, se diseñó un consentimiento ex profeso para informar y solicitar la autorización de cada una de las personas elegidas a participar en el estudio, respetando la confidencialidad de los datos, la voluntariedad y autonomía de las personas. Se informó el propósito, los riesgos, beneficios y metodología que se llevaría a cabo durante la investigación. El investigador verificó que la persona comprendiera la información, aclaró dudas, se aseguró que firmarían el consentimiento por escrito, tomarán una decisión libre, y no forzada sobre participar o no en dicho estudio. Se proporcionó información del investigador para brindar apoyo o asesoría a los participantes en caso necesario.

Respeto por los participantes, se mantuvo el respeto a los participantes durante el desarrollo del estudio. Se tomó en cuenta la autonomía de las personas, brindando la oportunidad de cambiar de opinión y poder retirarse sin sanción alguna de la investigación. Se respetó la privacidad de la información recopilada sobre las personas participantes en todo momento, empleando los datos exclusivamente para los propósitos de esta investigación, respetando en todo momento las reglas de confidencialidad.

Además, este estudio siguió los requisitos solicitados por el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud de México, en relación al Título primero artículo tercero numeral III que mandata, la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan a la prevención y control de los problemas de salud y el Título segundo de los aspectos éticos de la Investigación en seres humanos, Capítulo I, artículo 17 menciona que esta investigación fue considerada de riesgo mínimo debido a que se empleó la recolección de datos a través de procedimientos comunes y psicológicos de diagnósticos en población de adultos jóvenes del sector universitario ¹⁷⁶.

V. RESULTADOS

V.1. Análisis descriptivo

Análisis descriptivo de las características sociodemográficas y experiencias individuales de los adultos jóvenes universitarios (n=1029).

V.1.1. Datos sociodemográficos, características y experiencias individuales de los adultos jóvenes universitarios

Tabla 27. Distribución de adultos jóvenes por Unidad Académica y División Académica según sexo. Sonora, México. 2018. (n=1029).

Variable		Mujeres	Hombres	Total
		F (%)	F (%)	F (%)
Unidad Académica	Hermosillo	491 (90.1)	445 (91.9)	936 (91.0)
	Nogales	30 (5.5)	20 (4.1)	50 (4.9)
	Cajeme	24 (4.4)	19 (3.9)	43 (4.2)
División Académica	Adm, Sociales y Agropecuarias	30 (5.5)	20 (4.1)	50 (4.9)
	Biológicas y de la Salud	141 (25.9)	99 (20.5)	240 (23.3)
	Económico Administrativas	88 (16.1)	70 (14.5)	158 (15.4)
	Exactas y Naturales	13 (2.4)	31 (6.4)	44 (4.3)
	Sociales	154 (28.3)	90 (18.6)	244 (23.7)
	Humanidades y Bellas Artes	60 (11.0)	37 (7.6)	97 (9.4)
	Ingenierías	59 (10.8)	137 (28.3)	196 (19.0)

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

De los 1029 adultos jóvenes, la mayoría eran de la Unidad Académica de Hermosillo y en similares proporciones constituyeron el grupo los estudiantes de Nogales y Cajeme. Según División Académica, casi un cuarto de los estudiantes

eran de Ciencias Sociales (23.7) seguido por Ciencias Biológicas y de la Salud (23.3%), (Tabla 27).

Tabla 28. Distribución de programas académicos de Ciencias Administrativas, Sociales y Agropecuarias, Ciencias Biológicas y de la Salud, Ciencias Económico Administrativas y Ciencias Exactas y Naturales según sexo. Sonora, México. 2018. (n=492).

Divisiones Académicas		Mujeres	Hombres	Total
		F (%)	F (%)	F (%)
Administrativas,	Derecho	8 (1.5)	7 (1.5)	15 (1.5)
Sociales y	Negocios y comercio intl**.	8 (1.5)	6 (1.2)	14 (1.3)
Agropecuarias	Psicología	8 (1.5)	3 (0.6)	11 (1.1)
	Comunicación organizacional	4 (0.7)	3 (0.6)	7 (0.7)
	Administración	2 (0.3)	1 (0.2)	3 (0.3)
	Total	30 (5.5)	20 (4.1)	50 (4.9)
Biológicas y de la Salud	Enfermería*	37 (6.8)	17 (3.5)	54 (5.2)
	Químico biólogo clínico*	31 (5.7)	22 (4.6)	53 (5.1)
	Medicina	19 (3.5)	16 (3.3)	35 (3.4)
	Ciencias nutricionales*	21 (3.9)	8 (1.7)	29 (2.8)
	Cultura física y deporte	7 (1.3)	14 (2.9)	21 (2.0)
	Agrónomo	6 (1.1)	11 (2.3)	17 (1.7)
	Químico en alimentos	10 (1.8)	6 (1.2)	16 (1.6)
	Odontología	8 (1.5)	4 (0.8)	12 (1.2)
	Psicología de la Salud	2 (0.3)	1 (0.2)	3 (0.3)
	Total	141 (25.9)	99 (20.5)	240 (23.3)
Económico	Contaduría pública	31 (5.7)	20 (4.1)	51 (5.0)
Administrativas	Administración	22 (4.0)	20 (4.1)	42 (4.1)
	Negocios y comercio intl.	15 (2.7)	10 (2.1)	25 (2.4)
	Mercadotecnia	12 (2.2)	10 (2.1)	22 (2.1)
	Finanzas	8 (1.5)	10 (2.1)	18 (1.7)
	Total	88 (16.1)	70 (14.5)	158 (15.3)
Exactas y Naturales	Geología	6 (1.1)	14 (2.8)	20 (1.9)
	Física	4 (0.7)	9 (1.9)	13 (1.3)
	Ciencias de la Computación	3 (0.6)	8 (1.7)	11 (1.1)
	Total	13 (2.4)	31 (6.4)	44 (4.3)

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

* Programas de las unidades académicas Hermosillo y Cajeme

**internacionales

En tabla 28 y 29 se muestra la distribución de los 46 programas académicos seleccionados por División Académica a la que pertenecen, la mayor frecuencia de estudiantes en Ciencias Biológicas y de la Salud fue de enfermería (5.2%) seguido de químico biólogo clínico (5.1%) y de Ciencias Económico Administrativas fue contaduría pública (5.0%) y administración (4.1%).

Tabla 29. Distribución de los programas académicos de Ciencias Sociales, Humanidades y Bellas Artes e Ingenierías según sexo. Sonora, México. 2018. (n=537).

Divisiones Académicas		Mujeres	Hombres	Total
		F (%)	F (%)	F (%)
Sociales	Derecho	59 (10.8)	52 (10.7)	111 (10.8)
	Psicología	44 (8.1)	16 (3.3)	60 (5.8)
	Ciencias de la comunicación	22 (4.0)	13 (2.7)	35 (3.4)
	Trabajo social	23 (4.2)	3 (0.6)	26 (2.5)
	Administración pública	6 (1.1)	6 (1.2)	12 (1.2)
	Total	154 (28.3)	90 (18.6)	244 (23.7)
Humanidades y Bellas Artes	Arquitectura	18 (3.3)	12 (2.5)	30 (2.9)
	Diseño gráfico	14 (2.5)	7 (1.5)	21 (2.0)
	Enseñanza del inglés	9 (1.7)	4 (0.8)	13 (1.2)
	Literaturas hispánicas	5 (0.9)	3 (0.6)	8 (0.8)
	Música	3 (0.6)	4 (0.8)	7 (0.7)
	Lingüística	4 (0.7)	2 (0.4)	6 (0.6)
	Danza contemporánea	4 (0.7)	2 (0.4)	6 (0.6)
	Artes escénicas	1 (0.2)	3 (0.6)	4 (0.4)
	Actuación	2 (0.4)	0 (0.0)	2 (0.2)
Total	60 (11.0)	37 (7.6)	97 (9.4)	
Ingenierías	Civil	12 (2.2)	35 (7.2)	47 (4.5)
	Industrial y de sistemas	17 (3.1)	28 (5.8)	45 (4.4)
	Químico	9 (1.7)	16 (3.3)	25 (2.4)
	Minero	6 (1.1)	18 (3.7)	24 (2.3)
	Mecatrónica	4 (0.7)	18 (3.7)	22 (2.1)
	Sistemas de Información	3 (0.6)	12 (2.5)	15 (1.5)
	Materiales	4 (0.7)	5 (1.0)	9 (0.9)
	Metalúrgica	4 (0.7)	5 (1.0)	9 (0.9)
Total	59 (10.8)	137 (28.3)	196 (19.0)	

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

En División Académica de Ciencias Sociales la mayor frecuencia de estudiantes fue de derecho (10.8%) seguido por un 5.8% de psicología. De Ingenierías fue civil (4.5%) seguido de industrial y de sistemas (4.4%) y de Humanidades y Bellas Artes fue arquitectura con un 2.9%.

Tabla 30. Distribución de adultos jóvenes por años cursados y semestre académico según sexo. Sonora, México. 2018. (n=1029).

Años	Semestre	Mujeres	Hombres	Total
		F (%)	F (%)	F (%)
Primero	I	35 (6.4)	21 (4.3)	56 (5.4)
	II	119 (21.8)	92 (19.0)	211 (20.5)
	Total	154 (28.3)	113 (23.3)	267 (25.9)
Segundo	III	30 (5.5)	16 (3.3)	46 (4.5)
	IV	100 (18.3)	114 (23.6)	214 (20.8)
	Total	130 (23.9)	130 (26.9)	260 (25.3)
Tercero	V	29 (2.8)	23 (4.8)	52 (5.1)
	VI	90 (8.7)	97 (20.0)	187 (18.2)
	Total	119 (21.8)	120 (24.8)	239 (23.2)
Cuarto	VII	28 (2.7)	16 (3.3)	44 (4.3)
	VIII	78 (7.6)	77 (15.9)	155 (15.1)
	Total	106 (19.4)	93 (19.2)	199 (19.3)
Quinto	IX	35 (3.4)	27 (5.6)	62 (6.0)
	X	1 (0.1)	1 (0.2)	2 (0.2)
	Total	36 (6.6)	28 (5.8)	64 (6.2)

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

En tabla 30 se presentan los años cursados de la carrera de los estudiantes, los grupos que más predominaron fueron primer año (25.9%), segundo año (25.3%) y tercer año (23.2%). Existió mayor participación de mujeres del segundo semestre (21.8%) y de hombres del cuarto semestre (23.6%) (se observa mayor participación en los primeros años).

Tabla 31. Características sociodemográficas de los adultos jóvenes según sexo. Sonora, México. 2018. (n=1029).

Variable		Mujeres	Hombres	Total
		F (%)	F (%)	F (%)
Estado civil	Soltero (a)	516 (94.7)	469 (96.9)	985 (95.7)
	Unión libre	20 (3.7)	9 (1.9)	29 (2.8)
	Casado (a)	6 (1.1)	5 (1.0)	11 (1.1)
	Divorciado (a)	2 (0.4)	1 (0.2)	3 (0.3)
	Separado (a)	1 (0.2)	0 (0.0)	1 (0.1)
Ha tenido hijos	No	512 (93.9)	467 (96.5)	979 (95.1)
	Si	33 (6.1)	17 (3.5)	50 (4.9)
Religión	Católica	391 (71.7)	306 (63.2)	697 (67.7)
	Cristiana	56 (10.3)	30 (6.2)	86 (8.4)
	Evangélica	5 (0.9)	0 (0.0)	5 (0.5)
	Testigo de Jehová	0 (0.0)	4 (0.8)	4 (0.4)
	Protestante	1 (0.2)	1 (0.2)	2 (0.2)
	Otra	15 (2.8)	18 (3.7)	33 (3.2)
	Ninguna	77 (14.1)	125 (25.8)	202 (19.6)
Lugar de procedencia	Rural	93 (17.1)	92 (19.0)	185 (18.0)
	Urbano	452 (82.9)	392 (81.0)	844 (82.0)
Tipo de familia	Nuclear	403 (73.9)	395 (81.6)	798 (77.6)
	Monoparental	81 (14.9)	42 (8.7)	123 (12.0)
	Extensa	59 (10.8)	47 (9.7)	106 (10.3)
	Sin parentesco de consanguineidad	2 (0.4)	0 (0.0)	2 (0.2)
	Familia	438 (80.4)	375 (77.5)	813 (79.0)
Con quien vive actualmente	Familiar directo	39 (7.2)	32 (6.6)	71 (6.9)
	Amigos	37 (6.8)	42 (8.7)	79 (7.7)
	Otros	31 (5.7)	35 (7.2)	66 (6.4)

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

Se observó que casi la totalidad de los estudiantes estaban solteros (95.7%) y no tenían hijos (95.1%). La religión que profesaban era la católica (67.7%) seguida en menor porcentaje por la cristiana (8.4%). El lugar de procedencia era mayoritariamente urbano (82.0%), muy pocos eran de zonas rurales. Con

respecto a su familia, un 77.6% declaró que procedía de una familia nuclear y un 79.0% aún vivía con su familia, (Tabla 31).

Tabla 32. Factores personales biológicos de los adultos jóvenes según sexo. Sonora, México. 2018. (n=1029).

Variable		Mujeres	Hombres	Total
		F (%)	F (%)	F (%)
Sexo		545 (53)	484 (47)	1029 (100)
Edad	Media (DE)	21(2)	21(2)	21(2)
	Mediana	21(19-22)	21(20-22)	21
Grupos de edad	19 a 22	464 (85.1)	392 (81.0)	856 (83.2)
	23 a 26	73 (13.4)	82 (16.9)	155 (15.1)
	27 a 29	8 (1.5)	10 (2.1)	18 (1.7)
Media (DE)		21(2)	21(2)	21(2)
Mediana		21(19-22)	21(20-22)	21
IMC	Bajo peso	34 (6.2)	16 (3.3)	50 (4.9)
	Normopeso	308 (56.5)	225 (46.5)	533 (51.8)
	Sobrepeso	122 (22.4)	151 (31.2)	273 (26.5)
	Obesidad I	57 (10.5)	64 (13.2)	121 (11.8)
	Obesidad II	24 (4.4)	25 (5.2)	49 (4.8)
	Obesidad III-IV	0 (0.0)	1 (0.2)	1 (0.1)
	No sabe peso/talla	0 (0.0)	2 (0.4)	2 (0.2)

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

La población de estudiantes estuvo constituida por un poco más de la mitad de mujeres (53%) y el resto hombres (47.0%), en edades entre 19 y 29 años, con un promedio de 21 años. Por grupos de edad predominó el grupo de 19 a 22 años en ambos sexos (mujeres 85.1% vs hombres 81.0%).

En base a la información referida por los adultos jóvenes de su peso corporal y estatura corporal, se clasificó el IMC, obteniendo que un poco más de la mitad

(51.8%) de los adultos jóvenes tenían peso normal, siendo más evidente en las mujeres con respecto a los hombres (56.5% vs 46.5%). Más de una cuarta parte (26.5%) de los adultos jóvenes presentaba sobrepeso con predominio en los hombres (31.2%) y un 16.7% presentó algún tipo de obesidad con mayor frecuencia en los hombres con respecto a las mujeres (Hombres 13.2 vs Mujeres 10.5), (Tabla 32).

Tabla 33. Factores personales socio-culturales de los adultos jóvenes según sexo. Sonora, México. 2018. (n=1029).

Variable		Mujeres	Hombres	Total
		F (%)	F (%)	F (%)
Trabaja	No	350 (64.2)	286 (59.1)	636 (61.8)
	Si	195 (35.8)	198 (40.9)	393 (38.2)
Cuenta con algún servicio de salud	No	53 (9.7)	44 (9.1)	97 (9.4)
	Si	492 (90.3)	440 (90.9)	932 (90.6)
Percepción del estado de salud actual	Muy bueno	143 (26.2)	144 (29.8)	287 (27.9)
	Bueno	301 (55.2)	261 (53.9)	562 (54.6)
	Regular	97 (17.8)	77 (15.9)	174 (16.9)
	Deficiente	4 (0.7)	2 (0.4)	6 (0.6)
Prácticas para cuidar su salud	No	212 (38.9)	157 (32.4)	369 (35.9)
	Si	333 (61.1)	327 (67.6)	660 (64.1)
Realiza actividad física	No	125 (22.9)	68 (14.0)	193 (18.8)
	Si	420 (77.1)	416 (86.0)	836 (81.2)
Realiza ejercicio físico	No	234 (42.9)	138 (28.5)	372 (36.2)
	Si	311 (57.1)	346 (71.5)	657 (63.8)
Realiza actividades descanso-ocio	No	29 (5.3)	28 (5.8)	57 (5.5)
	Si	516 (94.7)	456 (94.2)	972 (94.5)

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

En tabla 33, se presentan los factores personales socio-culturales de los adultos jóvenes, donde se muestra que más de la mitad (61.8%) de los estudiantes

declararon no trabajar y poco más de un tercio (38.2%) sí trabajaba, con un leve predominio en los hombres con respecto a las mujeres. De quienes refirieron trabajar, se observó que casi un tercio (31.8%) trabajaba más de 30 horas a la semana, con un leve predominio en los hombres con respecto a las mujeres (13.0% vs 11.4% respectivamente).

La mayoría (90.6%) de los adultos jóvenes manifestaron contar con algún servicio de salud como apoyo asistencial; el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) fue el de mayor demanda (50.8%). Además, un 12.2% señalaron no contar o desconocían si tenían algún servicio de salud, un 6.1% de las mujeres no sabían y un 7.9% de los hombres no tenían ninguno servicio de salud.

En percepción de su estado de salud, más de la mitad (54.6%) de los adultos jóvenes expresaron que era bueno y un 27.9% lo considero muy bueno. Un 64.1% realizaba prácticas para cuidar su salud y un 38.9% de las mujeres señalaron no realizar prácticas para cuidar su salud en relación con los hombres (32.4%). La frecuencia con la cual acudían a su servicio de salud para control médico cuando se sentían en buenas condiciones de salud, un 44.7% de los adultos jóvenes nunca acudieron, con mayor proporción de hombres con respecto a las mujeres (49.2% vs 40.7%). Un 29.5% de las mujeres acudieron cada año con relación a los hombres (24.0%).

Los estudiantes señalaron entre las principales actividades que realizaban para cuidar su salud, sonreír a menudo (86.3%), mostrar una actitud positiva en actividades sus cotidianas (79.9%), practicar sexo seguro (72.5%) y tomar por lo menos de 8 a 10 vasos de agua al día (65.5%), entre otras, (Anexo N).

Como principales motivos para cuidarse a sí mismo indicaron, sentirse bien (42.9%) y mantener y/o recuperar la salud (35.4%), se observó que las mujeres obtuvieron mayor porcentaje que los hombres en ambos motivos.

Entre los principales motivos para no cuidarse a sí mismo se encontró, que no tenían una razón específica para hacerlo (39.4%) mayormente las mujeres, le daba pereza hacerlo en un 24.3% mayor frecuencia en hombres y un 17.8% no creía que algo malo le pudiera pasar con mayor frecuencia en hombres.

La actividad física era realizada por más de la mitad (81.2%) de los adultos jóvenes, mayormente por hombres (86.0%) en relación con las mujeres (77.1%). Casi un tercio lo realizaba con una frecuencia de tres días a la semana (31.7%) y más de un cuarto (28.0%) a diario. Las actividades físicas más frecuentes fueron: caminar a ritmo moderado (64%), realizar otras actividades (35.0%) y correr a ritmo moderado (34.8%) entre otras, (Anexo O).

El ejercicio físico lo efectuaban más de la mitad (63.8%) de los adultos jóvenes, un 42.9% de las mujeres no lo practicaban. La frecuencia con que era realizado fue 3 días a la semana (30.8%) seguido de un 19.2% cada que se acordaba y un 14.3% nunca lo realizaba, con mayor predominio en mujeres. Las actividades más practicadas fueron, ejercitar pecho, abdominales, brazos y piernas (50.3%), subir escalones o escaleras (49.1%) y otras actividades en un 23.8% y un 16.2% no realizaba ninguna actividad de ejercicio físico.

Las actividades de descanso/ocio, eran realizadas por la mayoría (94.5%) de los adultos jóvenes con porcentaje similar para ambos sexos, la frecuencia para llevarlas a cabo fue a diario en un 43.9% seguido de 3 días a la semana (24.3%) y un 20.6% cada semana. Las actividades que más realizaban fueron, descansar/relajarse (90.7%), compartir tiempo con familia/amigos/pareja (79.4%) y acudir a eventos de entretenimiento cultural o artístico (67.2%), (Anexo P).

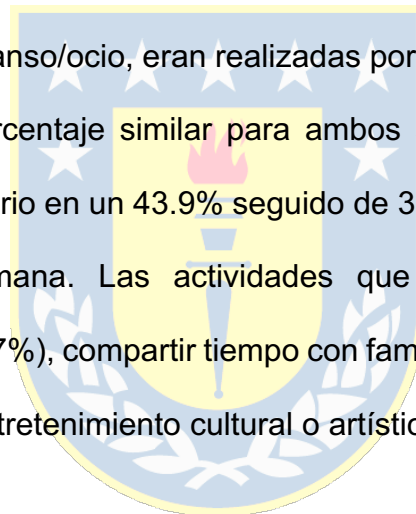


Tabla 34. Consumo de tabaco en los adultos jóvenes según sexo. Sonora, México. 2018. (n=1029).

Variable		Mujeres	Hombres	Total
		F (%)	F (%)	F (%)
Edad de inicio de consumo de tabaco		Media/ DE 17.2 (2.3)	Media/DE 16.2 (2.5)	Media/DE 16.7(2.4)
Ha fumado tabaco alguna vez en la vida	No	245 (45.0)	133 (27.5)	378 (36.7)
	Si	300 (55.0)	351 (72.5)	651 (63.3)
Frecuencia de consumo de tabaco actual	Todos los días	29 (5.3)	68 (14.0)	97 (9.4)
	Algunos días de la semana	19 (3.5)	51 (10.5)	70 (6.8)
	Cada mes	7 (1.3)	10 (2.1)	17 (1.7)
	Ocasionalmente	51 (9.4)	42 (8.7)	93 (9.0)
	Al menos una vez al año	6 (1.1)	1 (0.2)	7 (0.7)
	No sabe	8 (1.5)	6 (1.2)	14 (1.4)
	No fuma actualmente	180 (33.0)	173 (35.7)	353 (34.3)
Nunca ha fumado		245 (45.0)	133 (27.5)	378 (36.7)

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

En tabla 34 se informa que el consumo de tabaco alguna vez en la vida estuvo presente en más de la mitad (63.3%) de los adultos jóvenes, con mayor porcentaje en los hombres que en las mujeres (72.5% vs 55%). La edad promedio de inicio fue 16.7 años (DE=2.4), con edad mínima 6 años y máxima 24 años. La principal razón por la que empezaron a consumir tabaco fue la curiosidad (54.8%) y tener compañeros o amigos que fumaban (21%). Una cuarta parte (25.8%) de los adultos jóvenes declaró que consumía tabaco actualmente con mayor proporción en los hombres (34.1% vs mujeres 18.3%). La frecuencia de consumo de la última vez reportada fue que menos de un tercio (26.5%) consumió tabaco los últimos 30 días seguido de un 10.0% en más de un mes, pero menos de seis meses.

La frecuencia de consumo de tabaco actual en los adultos jóvenes predominó todos los días (9.4%) en mayor porcentaje en los hombres (14.0% vs mujeres 5.3%) y ocasionalmente (9.0%) con mayor frecuencia en las mujeres (9.4% vs hombres 8.7%). Poco más de una quinta parte (21.7%) de los estudiantes había intentado dejar de fumar con mayor frecuencia en los hombres (30%) en relación con las mujeres (14.3%). Entre los principales métodos que habían intentado para dejar de fumar predominó, dejar de fumar súbitamente (12.9%), disminuir gradualmente el número de cigarros (6.1%) y dejar de comprar cigarros (4.9%), (Anexo Q).

Tabla 35. Consumo de bebidas que contenían alcohol en los adultos jóvenes según sexo. Sonora, México. 2018. (n=1029).

Variable	Mujeres		Hombres	Total
	F (%)		F (%)	F (%)
Edad que tenía la primera vez que consumió una bebida que contenía alcohol	Media/DE	Media/DE	Media/DE	Media/DE
	16.7 (2.2)	16.0 (2.3)	16.4 (2.2)	
Ha consumido alguna vez en su vida cualquier bebida que contenía alcohol	No	46 (8.4)	25 (5.2)	71 (6.9)
	Si	499 (91.6)	459 (94.8)	958 (93.1)
Frecuencia de consumo total usual de bebidas que contenían alcohol	1 a 3 veces o más/día	2 (0.4)	4 (0.8)	6 (0.6)
	1 a 6 veces o más/semana	80 (14.7)	137 (28.3)	217 (21.1)
	1 a 3 veces o más/mes	218 (40.0)	187 (38.6)	405 (39.4)
	1 a 7 veces o más/año	140 (25.7)	93 (19.2)	233 (22.6)
	No consume actualmente	52 (9.5)	34 (7.0)	86 (8.4)
	Nunca ha tomado	46 (8.4)	25 (5.2)	71 (6.9)
	No sabe/no contesta	7 (1.3)	4 (0.8)	11 (1.1)

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

Con respecto al consumo de bebidas que contenían alcohol, la mayoría (93.1%) de los adultos jóvenes había consumido alguna vez en su vida, con mayor porcentaje de consumo en los hombres (94.8%) en comparación con las mujeres (91.6%). La edad promedio de primera vez de consumo de bebidas que contenían alcohol en su vida fue 16.4 años (DE=2.2), edad mínima 3 años y edad máxima 24 años.

Los motivos de por qué nunca habían consumido bebidas que contenían alcohol, fueron, no tenían una razón específica (9.7%), no existían ocasiones donde quisieran beber (3.9%) y no le educaron para tomar alcohol (2.9%). Más de la mitad (67.7%) de los adultos jóvenes señalaron que la última vez que consumieron una bebida que contenía alcohol fue a los 20 o más años. El mayor consumo antes de los 20 años fue para las mujeres (23.5%) en relación con los hombres (21.9%). La frecuencia de consumo total usual de los adultos jóvenes fue de uno a tres veces o más al mes en un 39.4% seguido de un 22.6% de uno a siete veces o más al año y un 21.1% de uno a seis veces o más a la semana.

En relación al número de copas/botes que tomaban en cada ocasión que consumían bebidas que contenían alcohol, se obtuvo un promedio de 5.6 (DE=5.2) vasos/botes por adulto joven, los hombres mostraron mayor cantidad de consumo (Media=7.4, DE=5.9) con respecto a las mujeres (Media=4.0, DE=3.8).

El tipo de bebida que consumieron los adultos jóvenes por lo menos una copa en el último semestre fueron cerveza (73.9%), brandy, tequila, ron, whisky, coñac y vodka (68.0%) con mayor consumo por parte de los hombres y las bebidas preparadas fueron de mayor consumo en las mujeres (53.0%). Más de un cuarto (27.3%) de los adultos jóvenes consumieron alguna bebida energética combinada con bebidas que contenían alcohol, (Anexo R).

Tabla 36. Consumo de drogas de los adultos jóvenes según sexo. Sonora, México. 2018. (n=1029).

Variable		Mujeres	Hombres	Total
		F (%)	F (%)	F (%)
Consumió/probó drogas alguna vez en su vida	No	420 (77.1)	260 (53.7)	680 (66.1)
	Si	125 (22.9)	224 (46.3)	349 (33.9)
Cuantos años de edad tenía cuando consumió alguna droga por primera vez	12 años o >	0 (0.0)	3 (0.6)	3 (0.3)
	> de 20 años	77 (14.1)	159 (32.9)	236 (22.9)
	20 años o más	48 (8.8)	62 (12.8)	110 (10.7)
	Nunca ha consumido	420 (77.1)	260 (53.7)	680 (66.1)
Frecuencia de consumo de drogas actualmente	Todos los días	3 (0.6)	10 (2.1)	13 (1.3)
	Algunos días/semana	2 (0.4)	13 (2.7)	15 (1.5)
	Mensualmente	1 (0.2)	8 (1.7)	9 (0.9)
	Ocasionalmente	31 (5.7)	54 (11.2)	85 (8.3)
	Al menos una vez/año	25 (4.6)	47 (9.7)	72 (7.0)
	No sabe	31 (5.7)	33 (6.8)	64 (6.2)
	No consume actualmente	32 (5.9)	59 (12.2)	91 (8.8)
	Nunca ha consumido	420 (77.1)	260 (53.7)	680 (66.1)

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

El consumir o probar drogas alguna vez en su vida ocurrió en un tercio (33.9%) de los adultos jóvenes, con mayor predominio en hombres (46.3%). La edad de inicio de consumo en un 22.9% aconteció cuando tenían menos de 20 años y un 10.7% al tener 20 años o más, con mayor porcentaje en hombres (12.8%) en relación con las mujeres (8.8%). La frecuencia de consumo de drogas actual fue ocasionalmente en un 8.3% y un 7.0% señaló que al menos una vez al año, sin embargo, un 6.2% no sabían y un 8.8% refirió que no la consumían actualmente. Menos de un quinto (17.4%) de los adultos jóvenes declaró que la cantidad de drogas que consumía era una, seguido de dos drogas (1.7%), con predominio en hombres (24.0% vs 3.7% respectivamente).

La droga de mayor consumo fue la marihuana (19.0%), en menor frecuencia la cocaína (1.4%) y los alucinógenos (1.0%). Los adultos jóvenes manifestaron que la última vez que consumieron algún tipo de drogas fue al menos una vez al año (6.5%), seguido de ocasionalmente en un 5.5%. Una minoría (4.6%) señaló que no sabía la última vez que consumió, (Anexo S). Las principales razones que señalaron para empezar a consumir drogas fueron, curiosidad (22.4%), influencia de compañeros o amigos de clase o trabajo (4.1%) y un 2.6% la utilizaba para tranquilizarse. Se identificó que una minoría (0.3%) de los adultos jóvenes alguna vez se había inyectado drogas con una aguja o jeringa que alguien más había utilizado, esta actividad la realizaron solamente los hombres, (Anexo T).

Tabla 37. Descanso-sueño en los adultos jóvenes según sexo. Sonora, México. 2018. (n=1029).

Variable		Mujeres	Hombres	Total
		F (%)	F (%)	F (%)
Horas de sueño que dedica a dormir entre semana	20 horas o menos	137 (25.1)	86 (17.8)	223 (21.7)
	21 a 30 horas	134 (24.6)	132 (27.3)	266 (25.9)
	31 a 40 horas	197 (36.1)	187 (38.6)	384 (37.3)
	41 a más horas	77 (14.1)	79 (16.3)	156 (15.2)
Horas de sueño que dedica a dormir en fin de semana	10 horas o >	96 (17.6)	86 (17.8)	182 (17.7)
	11 a 20 horas	363 (66.6)	325 (67.1)	688 (66.9)
	21 a más horas	86 (15.8)	73 (15.1)	159 (15.5)
Motivo para dormir el tiempo que necesitaba	Descansar/relajarse	251 (46.1)	232 (47.9)	483 (47.0)
	Tener buen rendimiento físico/mental	178 (32.7)	186 (38.4)	364 (35.3)
	Evitar sentirse irritable/cansado	113 (20.7)	61 (12.6)	174 (16.9)
	Formar parte del estilo de vida de su padres o hermanos (as)	3 (0.6)	4 (0.8)	7 (0.7)
	Formar parte del estilo de vida de sus amigos o pareja	0 (0.0)	1 (0.2)	1 (0.1)
	Tener mucha carga académica/laboral	360 (66.1)	302 (62.4)	662 (64.3)
	Tener responsabilidades distintas al estudio/trabajo	71 (13.0)	50 (10.3)	121 (11.8)
	Amigos/pareja lo incitan a realizar actividades nocturnas	17 (3.1)	26 (5.4)	43 (4.2)
	Le gusta realizar actividades nocturnas	70 (12.8)	79 (16.3)	149 (14.5)
	Tener muchas preocupaciones/asuntos en que pensar	16 (2.9)	17 (3.5)	33 (3.2)
Motivo para no dormir el tiempo que necesitaba	Alguien o algo suele interrumpir su sueño/descanso	8 (1.5)	7 (1.4)	15 (1.5)
	Personas cercanas, le han criticado por dormir más del tiempo que necesita	3 (0.6)	3 (0.6)	6 (0.6)

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

Con relación a las horas de sueño que dedican para descansar entre semana, más de un tercio (37.3%) de los adultos jóvenes dedicaban a dormir de 31 a 40 horas y poco más de un cuarto (25.9%) dormía de 21 a 30 horas, siendo los hombres quienes dormían más tiempo en relación con las mujeres (38.6% y 27.3%) vs Mujeres (36.1% y 24.6%). Poco más de un cuarto (21.7%) de los estudiantes dedicaban de 20 horas o menos principalmente las mujeres (25.1%) en relación con los hombres (17.8%). Más de la mitad (66.9%) de los adultos jóvenes dedicaron a dormir de 11 a 20 horas de sueño en fin de semana y un 17.7% de 10 horas o menos, casi en misma proporción para ambos sexos, (Tabla 47).

Con respecto a los motivos que señalaron los adultos jóvenes para dormir el tiempo que requerían fueron, descansar/relajarse (47.0), tener buen rendimiento físico/mental (35.3%) y evitar sentirse irritable/cansado (16.9%). Los principales motivos para no dormir el tiempo que necesitaban fueron, tener mucha carga académica/laboral (64.3%), les gustaban realizar actividades nocturnas (14.5%) y tenían responsabilidades distintas al estudio o trabajo (11.8%), (Tabla 37).

Tabla 38. Percepción hacia la vida y reacción hacia la violencia de los adultos jóvenes según sexo. Sonora, México. 2018. (n=1029).

Variable		Mujer	Hombre	Total
		F (%)	F (%)	F (%)
Ha experimentado la sensación que no vale la pena vivir	No	411 (75.4)	396 (81.8)	807 (78.4)
	Si	134 (24.6)	88 (18.2)	222 (21.6)
Ha intentado quitarse la vida	No	532 (97.6)	474 (97.9)	1006 (97.8)
	Si	13 (2.4)	10 (2.1)	23 (2.2)
Se expresa de manera violenta (o) al manifestar su disgusto o desacuerdo ante alguna situación	No	438 (80.4)	379 (78.3)	817 (79.4)
	Si	107 (19.6)	105 (21.7)	212 (20.6)
Alguna vez agredió física o verbalmente a otras personas o compañeros	No	431 (79.1)	352 (72.7)	783 (76.1)
	Si	114 (20.9)	132 (27.3)	246 (23.9)
Ha sido víctima de algún tipo de violencia	No	453 (83.1)	418 (86.4)	871 (84.6)
	Si	92 (16.9)	66 (13.6)	158 (15.4)
Tipo de violencia que habían sufrido	Económica	7 (1.3)	8 (1.7)	15 (1.5)
	Física	7 (1.3)	13 (2.7)	20 (1.9)
	Psicológica	76 (13.9)	42 (8.7)	118 (11.5)
	Sexual	2 (0.4)	3 (0.6)	5 (0.5)
	Ninguna	453 (83.1)	418 (86.4)	871 (84.6)

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

La percepción de valor que tenían los adultos jóvenes hacia la vida en el último semestre, se pudo identificar que más de la mitad (78.4%) de los estudiantes universitarios negaron haber experimentado la sensación que no valía la pena vivir, no obstante, poco más de un quinto (21.6%) de los jóvenes señaló haber experimentado la sensación que no valía la pena vivir, con mayor frecuencia en las mujeres (24.6%) en relación con los hombres (18.2%).

Casi la totalidad (97.8%) negó haber intentado quitarse la vida, sin embargo, una minoría (2.2%) de los adultos jóvenes había intentado quitarse la vida, casi en las mismas proporciones para ambos sexos (2.4% y 2.1%).

En general se identificó que en el último semestre un quinto (20.6%) de los estudiantes se expresaban de manera violenta al manifestar su disgusto o desacuerdo ante alguna situación y poco más de un quinto (23.9%) de los jóvenes agredieron física o verbalmente a otras personas o compañeros (ambas situaciones fueron más frecuentes en los hombres con respecto a las mujeres).

En relación a la principal reacción del adulto joven ante una situación difícil o problemática en diversos entornos, casi un tercio (31.1%) de los adultos jóvenes intentó resolverla si tenía solución para que no interfiriera en su rutina y un 27.5% intentó comprender la situación antes de buscar una solución.

Se identificó que más de la mitad (84.6%) de los estudiantes señalaron no haber sido víctima de algún tipo de violencia en su persona, sin embargo, más de una décima parte (15.4%) de los adultos jóvenes había sido víctima de algún tipo de violencia en mayor proporción en las mujeres (16.9%) con relación a los hombres (13.6%).

El tipo de violencia que predominó entre los adultos jóvenes fue la psicológica con mayor porcentaje en mujeres (13.9%) con respecto a los hombres (8.7%).

Una minoría sufrió violencia física (1.9%) y económica (1.5%) ambas fueron más frecuentes en los hombres en relación con las mujeres. Las personas que frecuentemente ejercían violencia hacia los adultos jóvenes fueron con mayor frecuencia alguno de sus padres en un 3.9% y su pareja en 2.7%, en ambas situaciones fue más frecuente en las mujeres.

Se reporta que más de la mitad (68.9%) de los adultos jóvenes declaró que alguna vez había buscado o buscaría apoyo en caso de ser violentado (a), sin embargo, casi un tercio señaló que no ha buscado o buscaría apoyo en caso de ser violentado (a), quienes señalaron menor disposición fueron los hombres (37.0%) con relación a las mujeres (25.9%). En caso de enfrentar alguna situación difícil o problemática en su vida, un poco más de la mitad (51.1%) de los estudiantes solicitaría apoyo a alguno de sus padres, un 13.5% algún amigo cercano y un 13.3% a profesionales. Sin embargo, un poco más de un décimo (11.0%) de los hombres señaló que a nadie pedirían apoyo, (Anexo U).

Tabla 39. Vida sexual de los adultos jóvenes según sexo. Sonora, México. 2018. (n=1029).

Variable		Mujer	Hombre	Total
		F (%)	F (%)	F (%)
Cuantos años tenía cuando inicio su vida sexual		Media/ DE	Media/ DE	Media /DE
		17.2 (1.9)	16.0 (1.4)	17.6 (1.9)
		Min Max	Min Max	Min Max
		13 25	11 22	11 25
Relaciones sexuales con personas del sexo opuesto	No	262 (48.1)	187 (38.6)	449 (43.6)
	Si	283 (51.9)	297 (61.4)	580 (56.4)
Relaciones sexuales con personas del mismo sexo	No	523 (96.0)	452 (93.6)	975 (94.8)
	Si	22 (4.0)	31 (6.4)	53 (5.2)
Relaciones sexuales con personas de ambos sexos	No	538 (98.7)	478 (98.8)	1016 (98.7)
	Si	7 (1.3)	6 (1.2)	13 (1.3)
Tiene pareja actualmente	No	272 (49.9)	282 (58.3)	554 (53.8)
	Si	273 (50.1)	202 (41.7)	475 (46.2)
Con cuantas personas ha tenido relaciones sexuales en el último semestre	Ninguna	227 (41.7)	151 (31.2)	378 (36.7)
	Una	256 (47.0)	210 (43.4)	466 (45.3)
	Dos	44 (8.1)	70 (14.5)	114 (11.1)
	3 o más	18 (3.3)	53 (11.0)	71 (6.9)
Motivo para utilizar algún método de protección cuando tiene relaciones sexuales	Prevenir embarazo no deseado	281 (51.6)	287 (59.3)	568 (55.2)
	Prevenir ETS	80 (14.7)	119 (24.6)	199 (19.3)
	Otro	5 (0.9)	2 (0.4)	7 (0.7)
	No tiene relaciones sexuales	179 (32.8)	76 (15.7)	255 (24.8)
	Siente menos placer/deseo	101 (18.5)	168 (34.7)	269 (26.1)
	Darle gusto a la pareja	44 (8.1)	52 (10.7)	96 (9.3)
Motivo para no utilizar algún método de protección cuando tiene relaciones sexuales	No piensa que vaya a quedar embarazada	27 (5.0)	33 (6.8)	60 (5.8)
	No piensa que vaya a adquirir ETS	20 (3.7)	15 (3.1)	35 (3.4)
	Otro	133 (24.4)	96 (19.8)	229 (22.3)
	No tiene relaciones sexuales	220 (40.4)	120 (24.8)	340 (33.0)

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

Con relación con la vida sexual de los adultos jóvenes, la edad promedio de inicio fue 17.6 años (DE=1.9), edad mínima 11 años y máxima 25 años. Más de la mitad (56.4%) de los estudiantes tenía relaciones sexuales con personas del sexo opuesto y una minoría con personas del mismo sexo y de ambos sexos (6.5%). Se identificó que menos de la mitad (46.2%) de los adultos jóvenes tenían pareja.

En el último semestre menos de la mitad (45.3%) de los estudiantes había tenido relaciones sexuales con una persona con predominio en mujeres (47.0%) en relación con hombres (43.4%), más de una décima de los hombres (14.5%) tuvieron relaciones sexuales con dos personas y un 11.0% con tres o más personas. Más de un tercio (36.7%) de los estudiantes seleccionaron que no tuvieron relaciones sexuales con ninguna persona principalmente las mujeres (41.7%).

Los principales motivos declarados por los adultos jóvenes para utilizar algún método de protección al tener relaciones sexuales, fueron la prevención de un embarazo no deseado en un 55.2% de los estudiantes (hombres 59.3% vs mujeres 51.6%) y en un 19.3% la prevención de una ETS (hombres 24.6% vs mujeres 14.7%).

Los principales motivos señalados por los adultos jóvenes para no utilizar algún método de protección al tener relaciones sexuales, fueron en más de un cuarto

(26.1%) de la población el sentir menos placer sexual o deseo (hombres 34.7% vs mujeres 18.5%) y un 22.3% señaló otros motivos (mujeres 24.4% vs hombres 19.8%), (Tabla 39).

V.1.2. Sentido de coherencia de los adultos jóvenes

V.1.2.1. Sentido de coherencia global y dimensiones

El constructo sentido de coherencia fue valorado con la escala SOC-13 en los adultos jóvenes universitarios.

Tabla 40. Sentido de coherencia de los adultos jóvenes. Sonora, México. 2018. (n=1029).

Variable	Téorico		Empírico		Media (DE)	% < Media (%)	% ≥ Media (%)
	Mín	Máx	Mín	Máx			
SOC	13	91	19.0	87.0	56.0 (11.7)	49.2	50.8
Comprensibilidad	5	35	6.0	35.0	20.0 (5.3)	44.5	55.5
Manejabilidad	4	28	4.0	28.0	16.0 (4.6)	38.4	61.6
Significatividad	4	28	5.0	28.0	19.0 (4.4)	42.8	57.2

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

La escala SOC 13 tiene un valor teórico mínimo de 13.0 puntos hasta un valor máximo de 91.0 puntos. El valor empírico de la escala osciló entre un mínimo de 19.0 hasta un máximo de 87.0 puntos. La puntuación media del SOC global de los adultos jóvenes fue 56.0 puntos (DE=11.7), donde un 50.8% de los jóvenes tuvieron puntaje igual o mayor a la media, esto indicó que poco más de la mitad de la población estudiada mostraba un nivel de SOC global alto y un 49.2% obtuvo un nivel de SOC global bajo.

Con relación a las dimensiones del SOC-13, se muestra que la puntuación media más alta se obtuvo en comprensibilidad con 20.0 puntos (DE=5.3), donde un poco más de la mitad (55.5%) de los jóvenes tenía un nivel de comprensibilidad alta al obtener un puntaje igual o mayor a la media. En manejabilidad, se obtuvo el promedio más bajo de las dimensiones con 16.0 puntos (DE=4.6), esto representó que poco menos de dos tercios (61.6%) de los estudiantes tuvieron un nivel de manejabilidad alta al mostrar un promedio igual o mayor o igual a la media. En significatividad, la puntuación media fue 19.0 puntos (DE=4.4), lo que mostró que un 57.2% de los adultos jóvenes obtuvieron un nivel de significatividad alta al obtener un puntaje igual o superior a la media, (Tabla 40).

V.1.2.2. Sentido de coherencia según Unidad Académica

En tabla 41 se muestra la puntuación media y desviación estándar del SOC global según Unidad Académica de los adultos jóvenes participantes en el estudio.

Tabla 41. Sentido de coherencia de los adultos jóvenes según Unidad Académica. Sonora, México. 2018. (n=1029).

Variable	Media (DE)	< Media (%)	≥ Media (%)	P
		SOC		
Hermosillo	56.0 (12.0)	49.9	50.1	0.005
Nogales	53.0 (13.0)	56.0	44.0	
Cajeme	60.0 (11.0)	25.6	74.4	

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.
Prueba Chi-cuadrado de Pearson; p<0.05

En SOC global, Hermosillo y Cajeme obtuvieron puntaje igual o superior a la media; Nogales obtuvo promedio inferior a la media. Lo que representó que un 74.4% de adultos jóvenes de Cajeme y un 50.1% de Hermosillo obtuvieron un nivel de SOC alto en ambas unidades académicas. Hubo diferencia estadísticamente significativa entre las variables. El SOC global de los adultos jóvenes fue diferente entre las unidades académicas ($p=0.005$).

V.1.2.3. Sentido de coherencia según División Académica

La puntuación media y desviación estándar del SOC global según División Académica de los adultos jóvenes se presenta en tabla 42.

Tabla 42. Sentido de coherencia de los adultos jóvenes según División Académica. Sonora, México. 2018. (n=1029).

Variable	Media (DE)	< Media (%)	≥ Media (%)	P
SOC				
Adm, Sociales y Agropecuarias	53.4 (12.6)	56.0	44.0	0.138
Biológicas y de la Salud	58.3 (11.0)	42.1	57.9	
Económico Administrativas	55.4 (10.5)	51.3	48.7	
Exactas y Naturales	57.4 (10.6)	47.7	52.3	
Sociales	56.9 (13.0)	48.0	52.0	
Humanidades y Bellas Artes	53.0 (11.2)	57.7	42.3	
Ingenierías	56.3 (11.7)	52.0	48.0	

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

Prueba Chi-cuadrado de Pearson; $p<0.05$

En SOC global, las divisiones académicas de Ciencias Biológicas y de la Salud, Ciencias Exactas y Naturales, Ciencias Sociales e Ingenierías obtuvieron

promedio igual o superior a la media. En Ciencias Biológicas y de la Salud un 57.9% de los estudiantes tuvieron un nivel de SOC global alto y un 57.7% de jóvenes de Humanidades y Bellas Artes mostraron un nivel de SOC global bajo. No existió diferencia estadísticamente significativa entre las variables. El SOC global de los adultos jóvenes fue similar entre las divisiones académicas ($p=0.138$).

V.1.2.4. Escala sentido de coherencia 13

Para la interpretación de las frecuencias de respuestas que declararon los adultos jóvenes en cada una de las preguntas de acuerdo a las dimensiones del SOC-13, que integran el sentido de coherencia. En tabla 43 se analizaron las respuestas y estas se agruparon en tres categorías de uno hasta tres para facilitar la representación de los datos.

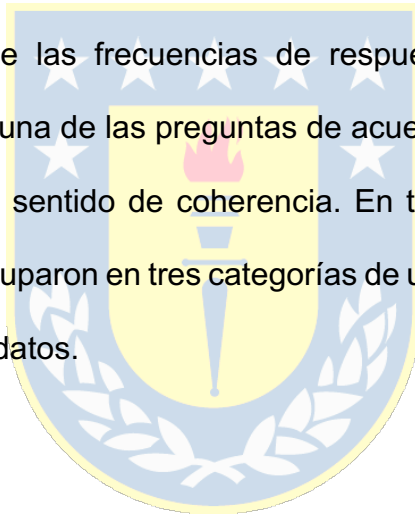
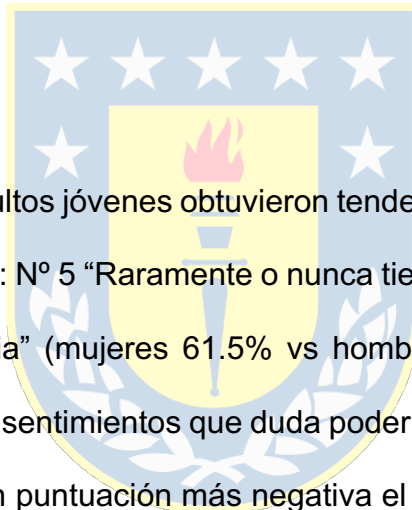


Tabla 43. Escala de sentido de coherencia 13 en los adultos jóvenes según sexo. Sonora, México. 2018. (n=1029).

Ítem	Sexo		
	Mujer (%)	Hombre (%)	
Comprensibilidad			
2	Nunca me ha ocurrido	13.	20.5
	Neutral	17.2	16.3
	Me ha ocurrido siempre	69.2	63.2
6	Me ocurre frecuentemente	30.5	29.1
	Neutral	22.4	21.1
	Nunca o raramente me ocurre	47.2	49.8
8	Muy frecuentemente	39.6	35.5
	Neutral	16.9	14.5
	Raramente o nunca	43.5	50.0
9	Muy frecuentemente	45.7	37.6
	Neutral	15.4	15.7
	Muy raramente	38.9	46.7
11	Valoraste mal la importancia del problema	25.5	22.9
	Neutral	25.5	21.5
	Valoraste correctamente la importancia del problema	49.0	55.6
Manejabilidad			
3	Nunca me ha ocurrido	20.9	32.6
	Neutral	17.6	16.3
	Me ha ocurrido siempre	61.5	51.0
5	Muy frecuentemente	24.2	24.4
	Neutral	14.3	16.3
	Raramente o nunca	61.5	59.3
10	Nunca	36.1	44.8
	Neutral	19.3	20.5
	Muchas veces	44.6	34.7
13	Muy frecuentemente	34.3	27.1
	Neutral	17.1	14.7
	Muy raramente o nunca	48.6	58.3
Significatividad			
1	Muy pocas veces, no me intereso	54.5	50.6
	Neutral	22.0	18.0
	Con mucha frecuencia, no me intereso	23.5	31.4
4	No he conseguido los objetivos, ni mi propio rumbo	13.8	18.0
	Neutral	18.9	18.0
	He conseguido los objetivos y mi propio rumbo	67.3	64.0
7	Una fuente de profunda satisfacción	64.2	65.9
	Neutral	22.0	19.6
	Una fuente de sufrimiento y aburrimiento	13.8	14.5
12	Muy frecuentemente	30.5	29.8
	Neutral	14.9	13.4
	Raramente o nunca	54.7	56.8

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

En comprensibilidad, los ítems que obtuvieron tendencia hacia una puntuación más positiva en los adultos jóvenes fueron: N° 2 “Me ha ocurrido siempre, que se ha quedado alguna vez sorprendido (a) por el comportamiento de las personas que creía conocer bien” con mayor frecuencia en las mujeres (69.2%), N° 8 “Raramente o nunca tiene sentimientos e ideas muy confusas” con mayor incidencia en los hombres (50.0%) y con puntuación más negativa el ítem N° 9 en las mujeres (45.7%) “Muy frecuentemente le ocurre que tiene sentimientos que no le gustaría tener” en relación con los hombres que señalaron muy raramente (46.7%).



En manejabilidad, los adultos jóvenes obtuvieron tendencia hacia una puntuación más positiva en los ítems: N° 5 “Raramente o nunca tiene la sensación de que no es tratado (a) con justicia” (mujeres 61.5% vs hombres 59.3%) y N° 13 “Muy raramente o nunca tiene sentimientos que duda poder controlar” (mujeres 61.5% vs hombres 59.3%) y con puntuación más negativa el ítem N° 3 “Me ha ocurrido siempre que se ha sentido decepcionado (a) por las personas con las que dé inicio contaba” (mujeres 61.5% vs hombres 51.0%).

En significatividad, los adultos jóvenes tuvieron tendencia hacia una puntuación más positiva, en los ítems: N° 4 “Hasta ahora en la vida, he conseguido los objetivos y mi propio rumbo” (mujeres 67.3% vs hombres 64.0%), N° 7 “Aquello que hace diariamente es una fuente de profunda satisfacción” (mujeres 64.2% vs

hombres 65.9%) y N° 12 “Muy raramente o nunca siente que las cosas que hace en su vida diaria apenas tienen sentido” (mujeres 54.7% vs hombres 56.8%).

V.1.3. Empoderamiento para la salud de los adultos jóvenes

V.1.3.1. Empoderamiento para la salud global y dimensiones

El empoderamiento fue valorado a través del concepto empoderamiento para la salud con el Instrumento Percepción de Empoderamiento en los adultos jóvenes.

Tabla 44. Empoderamiento para la salud de los adultos jóvenes. Sonora, México. 2018. (n=1029).

Variable	Téorico		Empírico		Media (DE)	< Media (%)	≥ Media (%)
	Mín	Máx	Mín	Máx			
EPS	15	75	20.0	75.0	62.0 (7.6)	40.4	59.6
Autonomía	5	25	6.0	25.0	20.0 (3.0)	37.4	62.6
Participación	6	30	4.0	30.0	23.0 (3.4)	38.0	62.0
Responsabilidad	4	20	10.0	20.0	18.0 (2.4)	30.8	69.2

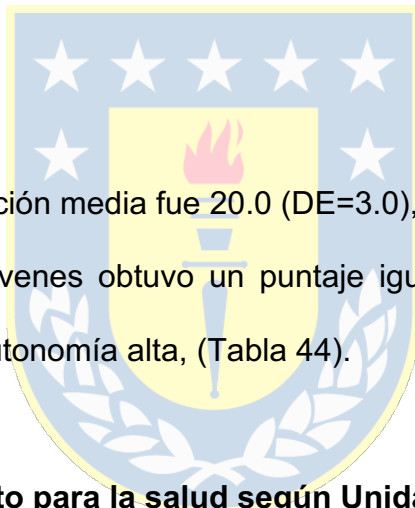
Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

El IPE tiene un valor teórico mínimo de 15.0 puntos hasta un valor máximo de 75.0 puntos. El valor empírico de la escala osciló entre un mínimo de 20.0 hasta un máximo de 75.0 puntos. La puntuación media del EPS global de los adultos jóvenes, fue 61.9 puntos (DE=7.6), donde un 59.6% de los jóvenes tuvieron puntaje igual o mayor a la media, esto indicó que más de la mitad de los estudiantes mostraron un empoderamiento para la salud global alto y poco menos de la mitad (40.4%) obtuvieron un EPS global bajo.

Con relación a las dimensiones del IPE, se muestra que la puntuación media más alta se obtuvo en Participación con 23.0 puntos (DE=3.4), donde más de la mitad (62.0%) de los jóvenes tenían un nivel de participación alta al alcanzar un promedio igual o mayor a la media.

En responsabilidad, se obtuvo el promedio más bajo de las dimensiones con 18.0 puntos (DE=2.4), esto representó que dos tercios (69.2%) de los estudiantes obtuvieron un nivel de responsabilidad alta al tener promedio igual o mayor a la media.

En autonomía, la puntuación media fue 20.0 (DE=3.0), lo que representó que un 62.6% de los adultos jóvenes obtuvo un puntaje igual o superior a la media mostrando un nivel de autonomía alta, (Tabla 44).



V.1.3.2. Empoderamiento para la salud según Unidad Académica

En tabla 45 se muestra la puntuación media y desviación estándar del EPS global y dimensiones según Unidad Académica de los adultos jóvenes participantes en el estudio.

Tabla 45. Empoderamiento para la salud de los adultos jóvenes según Unidad Académica. Sonora, México. 2018. (n=1029).

Variable	Media (DE)	< Media (%)	≥ Media (%)	p
Hermosillo				
EPS	62.0 (8.0)	41.1	58.9	0.330
Autonomía	20.0 (3.0)	37.9	62.1	0.559
Participación	23.0 (3.0)	38.7	61.3	0.304
Responsabilidad	18.0 (2.0)	30.9	69.1	0.673
Nogales				
EPS	62.0 (7.0)	32.0	74.0	
Autonomía	21.0 (3.0)	32.0	68.0	
Participación	23.0 (3.0)	34.0	66.0	
Responsabilidad	18.0 (2.0)	34.0	66.0	
Cajeme				
EPS	63.0 (6.0)	34.9	65.1	
Autonomía	20.0 (3.0)	32.6	67.4	
Participación	24.0 (3.0)	27.9	72.1	
Responsabilidad	19.0 (2.0)	25.6	74.4	

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México. Prueba Chi-cuadrado de Pearson; $p < 0.05$

En EPS global, todas las unidades académicas obtuvieron puntaje igual o superior a la media, el promedio más alto fue en Cajeme (M=63.0, DE=6), lo que representó que un 74.0% de adultos jóvenes de Nogales, un 65.1% de Cajeme y un 58.9% de Hermosillo obtuvieron un nivel de EPS global alto. No hubo diferencia estadísticamente significativa entre las variables. El EPS global fue similar entre las unidades académicas ($p=0.330$).

En autonomía, todas las unidades académicas mostraron promedio igual o superior a la media, la puntuación más alta fue en Nogales (M=21.0, DE=3). Lo que significó que más de la mitad de los estudiantes de Nogales (68.0%), Cajeme

(67.4%) y Hermosillo (62.1%) mostraron un nivel de autonomía alta. No se evidenció diferencia estadísticamente significativa entre las variables. El nivel de autonomía fue similar entre las unidades académicas ($p=0.559$).

En participación, todas las unidades académicas tuvieron puntuación igual o superior a la media, la puntuación más alta fue en Cajeme ($M=24.0$, $DE=3.0$). Lo que representó que un 72.1.0% de adultos jóvenes de Cajeme, un 66.0% de Nogales y un 61.3% de Hermosillo obtuvieron un nivel de participación alta. No hubo diferencia estadísticamente significativa entre las variables. El nivel de participación fue similar entre las unidades académicas ($p=0.304$).

En responsabilidad, todas las unidades académicas mostraron promedio igual o superior a la media, la puntuación más alta fue en Cajeme ($M=19.0$, $DE=2.0$). Evidenciando que más de la mitad de los estudiantes de Cajeme (74.4%), Hermosillo (69.1%) y Nogales (66.0%) obtuvieron un nivel de responsabilidad alta. No existió diferencia estadísticamente significativa entre las variables. El nivel de responsabilidad fue similar entre las unidades académicas ($p=0.673$).

V.1.3.3. Empoderamiento para la salud según División Académica

En tabla 46 se muestra la puntuación media y desviación estándar del EPS global y dimensiones según División Académica de los adultos jóvenes.

Tabla 46. Empoderamiento para la salud de los adultos jóvenes según División Académica. Sonora, México. 2018. (n=1029).

Variable	Media (DE)	< Media (%)	≥ Media (%)	p
Administrativas, Sociales y Agropecuarias				
EPS	62.3 (7.3)	32.0	68.0	0.006
Autonomía	20.8 (3.3)	32.0	68.0	0.038
Participación	23.2 (3.2)	34.0	66.0	<0.001
Responsabilidad	18.3 (2.4)	34.0	66.0	0.271
Biológicas y de la Salud				
EPS	62.7 (7.8)	34.2	65.8	
Autonomía	20.6 (3.1)	34.2	65.8	
Participación	23.8 (3.4)	30.0	70.0	
Responsabilidad	18.3 (2.4)	27.9	72.1	
Económico Administrativas				
EPS	61.5 (7.3)	45.6	54.4	
Autonomía	20.1 (3.0)	41.1	58.9	
Participación	23.4 (3.1)	36.1	63.9	
Responsabilidad	18.1 (2.4)	32.9	67.1	
Exactas y Naturales				
EPS	59.9 (8.4)	54.5	45.5	
Autonomía	20.2 (3.4)	43.2	56.8	
Participación	21.8 (4.0)	65.9	34.1	
Responsabilidad	17.9 (2.2)	38.6	61.4	
Sociales				
EPS	62.0 (7.5)	41.0	59.0	
Autonomía	20.2 (2.9)	43.0	57.0	
Participación	23.5 (3.5)	38.9	61.1	
Responsabilidad	18.3 (2.3)	27.0	73.0	
Humanidades y Bellas artes				
EPS	60.4 (6.9)	52.6	47.4	
Autonomía	19.8 (2.8)	42.3	57.7	
Participación	22.8 (3.3)	46.4	53.6	
Responsabilidad	17.8 (2.2)	39.2	60.8	
Ingenierías				
EPS	62.3 (7.9)	36.2	63.8	
Autonomía	20.7 (3.0)	29.1	70.9	
Participación	23.4 (3.6)	38.8	61.2	
Responsabilidad	18.2 (2.5)	30.6	69.4	

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

Prueba Chi-cuadrado de Pearson; p<0.05

En EPS global, la mayoría de las divisiones académicas tuvieron promedio igual o superior a la media, los más altos fueron en Ciencias Biológicas y de la Salud, Ciencias Administrativas, Sociales y Agropecuarias, Ingenierías y Ciencias

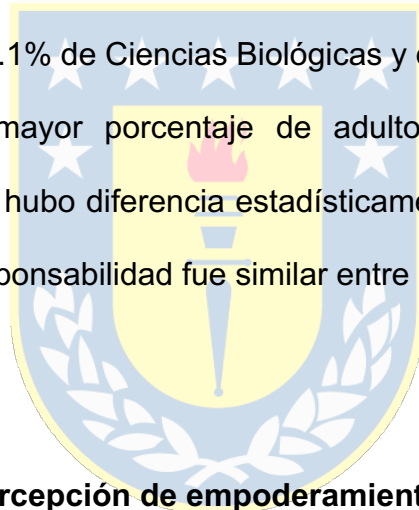
Sociales. El promedio más bajo estuvo en Ciencias Exactas y Naturales (M=59.9, DE=8.4). Lo que representó que un 68.0% de adultos jóvenes de Ciencias Administrativas, Sociales y Agropecuarias y 65.8% de Ciencias Biológicas y de la Salud obtuvieron mayor frecuencia de adultos jóvenes con nivel de EPS alto. Existió diferencia estadísticamente significativa entre las variables. El empoderamiento para la salud fue diferente entre las divisiones académicas ($p=0.006$).

En autonomía, todas las divisiones académicas obtuvieron promedio igual o mayor a la media excepto Humanidades y Bellas artes (M=19.8, DE=2.8). Los más altos porcentajes fueron en Ingenierías (70.9%), Ciencias Administrativas, Sociales y Agropecuarias (68.0%) y Ciencias Biológicas y de la Salud (65.8%), mostrando que los estudiantes tuvieron un nivel de autonomía alta. Hubo diferencia estadísticamente significativa entre las variables. El nivel de autonomía fue diferente entre las divisiones académicas ($p=0.038$).

En participación, las divisiones académicas que obtuvieron un promedio inferior a la media fueron Ciencias Exactas y Naturales (M=21.8, DE=4.0) y Humanidades y Bellas artes (M=22.8, DE=3.3), lo que mostró que 65.9% de adultos jóvenes de Ciencias Exactas y Naturales tuvieron un nivel de participación baja. En cambio, un 70.0% de adultos jóvenes de Ciencias Biológicas y de la Salud, un 66.0% de Ciencias Administrativas, Sociales y

Agropecuarias y un 63.9% de Ciencias Económico Administrativas mostraron mayor porcentaje de adultos jóvenes con nivel de participación alta. Hubo diferencia estadísticamente significativa entre las variables. El nivel de participación fue diferente entre las divisiones académicas ($p < 0.001$).

En responsabilidad, las divisiones académicas que obtuvieron un promedio inferior a la media fueron Ciencias Exactas y Naturales ($M=17.9$, $DE=2.2$) y Humanidades y Bellas artes ($M=17.8$, $DE=2.2$). Se identificó que un 73.0% de Ciencias Sociales, un 72.1% de Ciencias Biológicas y de la Salud y un 69.4% de Ingenierías mostraron mayor porcentaje de adultos jóvenes con nivel de responsabilidad alta. No hubo diferencia estadísticamente significativa entre las variables. El nivel de responsabilidad fue similar entre las divisiones académicas ($p=0.271$).



V.1.3.4. Instrumento percepción de empoderamiento

Para la interpretación de las frecuencias de respuestas de las preguntas de acuerdo a las dimensiones del IPE se agruparon en las categorías Muy en desacuerdo + En desacuerdo (puntuación más baja), neutral (puntuación media) y De acuerdo + Muy de acuerdo (puntuación más alta).

Tabla 47. Instrumento de percepción de empoderamiento en los adultos jóvenes según sexo. Sonora, México. 2018. (n=1029).

Ítem	Sexo	Muy en desacuerdo + En desacuerdo (%)	Neutra (%)	De acuerdo + Muy de acuerdo (%)
Autonomía				
1	Mujer	1.7	13.4	85.0
	Hombre	3.3	12.0	84.7
3	Mujer	2.8	17.8	79.4
	Hombre	2.5	15.1	82.4
9	Mujer	4.0	20.4	75.6
	Hombre	3.9	20.0	76.0
12	Mujer	1.1	13.0	85.9
	Hombre	3.3	13.2	83.5
	Mujer	14.5	34.1	51.4
13	Hombre	15.9	27.5	56.6
Participación				
2	Mujer	5.0	31.4	63.7
	Hombre	6.4	33.5	60.1
4	Mujer	3.7	20.7	75.6
	Hombre	3.9	20.5	75.6
6	Mujer	23.7	38.2	38.2
	Hombre	26.0	38.6	35.3
11	Mujer	2.9	11.0	86.1
	Hombre	4.3	12.8	82.9
14	Mujer	3.1	18.0	78.9
	Hombre	3.9	16.5	79.5
15	Mujer	3.1	22.2	74.7
	Hombre	6.4	21.9	71.7
Responsabilidad				
5	Mujer	1.8	5.5	92.7
	Hombre	2.3	6.0	91.7
7	Mujer	1.7	4.0	94.3
	Hombre	2.7	4.5	92.8
8	Mujer	1.3	3.1	95.6
	Hombre	2.3	4.3	93.4
10	Mujer	1.3	5.7	93.0
	Hombre	1.7	7.4	90.9

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.
Prueba Chi-cuadrado de Pearson; $p < 0.05$

En autonomía, los adultos jóvenes obtuvieron en todos los ítems una puntuación más alta, en el ítem N° 12 mostraron de acuerdo y muy de acuerdo con “Tomo

mis propias decisiones sobre cómo hacer mi trabajo/actividades” (Mujeres 85.5% vs hombre 83.5%) y el N° 1 de acuerdo y muy de acuerdo con “Tiene la libertad para decidir cómo hacer su trabajo/actividades” (Mujeres 85.0% vs hombre 84.7%).

En participación, los adultos jóvenes obtuvieron en la mayoría de los ítems una puntuación más alta, en el ítem N° 11 expresaron de acuerdo y muy de acuerdo en “Estoy involucrado (a) en las decisiones que me afectan” (Mujeres 86.1% vs hombre 82.9%) y el N° 15 señalaron de acuerdo y muy de acuerdo en “Mis ideas y aportaciones son valoradas” (Mujeres 74.7% vs hombre 71.7%). Obtuvieron puntuación media en ítem N° 6 “Mi participación no es solicitada en la planificación de los cambios que se originan en mi entorno” (Mujeres 38.2% vs hombre 38.6%).

En responsabilidad, los adultos jóvenes obtuvieron en todos los ítems una puntuación más alta, los ítems fueron: el N° 8 mostraron de acuerdo y muy de acuerdo en “Soy responsable de los resultados de mis acciones” (Mujeres 95.6% vs hombre 93.4%) y el N° 7 expresaron de acuerdo y muy de acuerdo en “Tomó responsabilidad por lo que hago” (Mujeres 94.3% vs hombre 92.8%), (Tabla 47).

V.1.4. Autoeficacia percibida de los adultos jóvenes

La autoeficacia percibida (AEP) fue valorada a través de la Escala Autoeficacia General (EAG) en los adultos jóvenes.

Tabla 48. Autoeficacia percibida de los adultos jóvenes. Sonora, México. 2018. (n=1029).

Variable	Teórico		Empírico		Media (DE)	< Media (%)	≥ Media (%)
	Mín	Máx	Mín	Máx			
Autoeficacia percibida	4	40	10.0	40.0	32.0 (5.5)	40.1	59.9

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

El valor teórico y el empírico de la EAG coincidieron en la puntuación máxima de 40.0 puntos; en cambio el valor teórico mínimo fue de 4.0 y el empírico de 10.0 puntos. El valor teórico y el empírico de la EAG coincidieron, con un mínimo de 4.0 puntos hasta un valor máximo de 40.0 puntos. El promedio de la AEP obtenido por los adultos jóvenes, fue 32.0 puntos (DE=5.5), donde un 59.9% de los jóvenes tuvieron puntaje igual o mayor a la media, esto indicó que más de la mitad de los estudiantes mostraban un nivel de AEP alta y un poco menos de la mitad (40.1%) un nivel de AEP baja, (Tabla 48).

V.1.4.1. Autoeficacia percibida según Unidad Académica

En tabla 49 se muestra la puntuación media y desviación estándar de la AEP según Unidad Académica de los adultos jóvenes participantes en el estudio.

Tabla 49. Autoeficacia percibida de los adultos jóvenes según Unidad Académica. Sonora, México. 2018. (n=1029).

Variable	Autoeficacia percibida			p
	Media (DE)	< Media (%)	≥ Media (%)	
Hermosillo	32 (6)	40.9	59.1	0.267
Nogales	33 (6)	32.0	68.0	
Cajeme	33 (5)	32.6	67.4	

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.
Prueba Chi-cuadrado de Pearson; $p < 0.05$

En AEP todas las unidades académicas mostraron un promedio igual o superior a la media, el promedio más alto fue en Cajeme (Media=33.0 puntos, DE=5) y Nogales (Media=33.0 puntos, DE=6) lo que representó que un 68.0% de adultos jóvenes de Nogales, un 67.4% de Cajeme y un 59.1% de Hermosillo mostraron un nivel de AEP alta. No hubo diferencia estadísticamente significativa entre las variables ($p=0.267$).

V.1.4.2. Autoeficacia percibida según División Académica

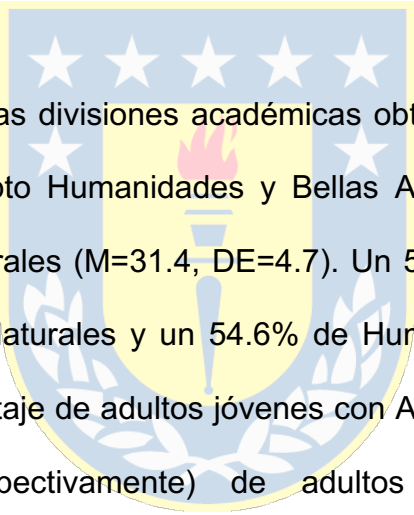
La puntuación media y desviación estándar de la AEP según División Académica de los adultos jóvenes participantes en el estudio, se presenta en tabla 50.

Tabla 50. Autoeficacia percibida de los adultos jóvenes según División Académica. Sonora, México. 2018. (n=1029).

Variable	Autoeficacia percibida			p
	Media (DE)	< Media (%)	≥ Media (%)	
Adm, Sociales y Agropecuarias	32.6 (5.7)	32.0	68.0	0.005
Biológicas y de la Salud	32.1 (6.2)	38.3	61.7	
Económico Administrativas	32.0 (5.2)	42.4	57.6	
Exactas y Naturales	31.4 (4.7)	56.8	43.2	
Sociales	33.1 (5.2)	37.3	62.7	
Humanidades y Bellas Artes	30.3 (6.1)	54.6	45.4	
Ingenierías	33.3 (4.6)	35.2	64.8	

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

Prueba Chi-cuadrado de Pearson; $p < 0.05$



En AEP, la mayoría de las divisiones académicas obtuvieron promedio igual o mayor a la media excepto Humanidades y Bellas Artes (M=30.3, DE=6.1) y Ciencias Exactas y Naturales (M=31.4, DE=4.7). Un 56.8% de adultos jóvenes de Ciencias Exactas y Naturales y un 54.6% de Humanidades y Bellas Artes obtuvieron mayor porcentaje de adultos jóvenes con AEP baja. Más de la mitad (68.0% y 64.8% respectivamente) de adultos jóvenes de Ciencias Administrativas, Sociales y Agropecuarias e Ingenierías tuvieron mayor número de estudiantes con AEP alta. Existió diferencia estadísticamente significativa entre las variables. La AEP fue diferente entre las divisiones académicas ($p=0.005$).

V.1.4.3. Escala de autoeficacia general

Para la interpretación de la frecuencia de resultados de las preguntas de la EAG se agruparon en las categorías de Cierto + Más bien cierto como puntuación más alta y Apenas cierto + Incorrecto como puntuación más baja.

Tabla 51. Escala de autoeficacia percibida en los adultos jóvenes según sexo. Sonora, México. 2018. (n=1029).

Ítem	Sexo	Apenas cierto+ Incorrecto (%)	Cierto+Más bien Cierto (%)
1	Mujer	26.6	73.4
	Hombre	17.8	82.2
2	Mujer	6.1	93.9
	Hombre	6.4	93.6
3	Mujer	15.6	84.4
	Hombre	13.8	86.2
4	Mujer	20.4	79.6
	Hombre	16.1	83.9
5	Mujer	16.5	83.5
	Hombre	11.6	88.4
6	Mujer	29.2	70.8
	Hombre	21.1	78.9
7	Mujer	21.1	78.9
	Hombre	15.7	84.3
8	Mujer	10.1	89.9
	Hombre	8.9	91.1
9	Mujer	18.2	81.8
	Hombre	13.8	86.2
10	Mujer	19.6	80.4
	Hombre	14.7	85.3

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

En AEP los adultos jóvenes obtuvieron las puntuaciones más altas en cierto y más bien cierto, en los ítems: N° 2 señalaron cierto y más bien cierto en “Puedo

resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente” (Mujeres 93.9% vs hombre 93.6%), el N° 8 mostraron cierto y más bien cierto “Puedo resolver la mayoría de los problemas, si me esfuerzo lo necesario” (Mujeres 89.9% vs hombre 91.1%) y el N° 5 obtuvo cierto y más bien cierto en “Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas” (Mujeres 83.5% vs hombre 88.4%), (Tabla 51).

V.1.5. Estilo de vida promotor de salud de los adultos jóvenes

V.1.5.1. Estilo de vida promotor de salud global y dimensiones

El estilo de vida promotor de salud (EVPS) fue medido con el CEVII en los adultos jóvenes.

Tabla 52. Estilo de vida promotor de salud de los adultos jóvenes. Sonora, México. 2018. (n=1029).

Variable	Téorico		Empírico		Media (DE)	< Media (%)	≥ Media (%)
	Mín	Máx	Mín	Máx			
EVPS	52	208	61.0	205.0	132.0 (22.6)	50.4	49.6
CE	9	36	10.0	36.0	27.0 (4.9)	39.6	60.4
RI	9	36	12.0	36.0	25.9 (4.6)	39.0	61.0
NUT	9	36	9.0	36.0	21.9 (4.9)	40.9	59.1
AF	8	32	8.0	32.0	18.0 (5.7)	49.6	50.4
RS	9	36	9.0	36.0	19.9 (5.3)	42.6	57.4
ME	8	32	8.0	32.0	19.0 (4.3)	46.5	53.5

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

El CEVII oscila en un valor teórico de 52.0 puntos como mínimo hasta un valor máximo de 208.0 puntos. Los puntajes empíricos oscilaron entre un mínimo de

61.0 a un máximo de 205.0 puntos. En tabla 52 se muestra que la puntuación media del EVPS global de los adultos jóvenes fue de 132.0 puntos (DE=22.6), donde menos de la mitad (49.6%) de los jóvenes tuvieron puntaje igual o mayor a la media, mostrando un EVPS global suficiente y un 50.4% tuvieron un EVPS global insuficiente.

Con relación a las dimensiones del CEVII, se observó que la puntuación media más alta se obtuvo en CE con 27.0 puntos (DE=4.9, donde un 60.4% de los adultos jóvenes obtuvieron puntaje igual o mayor a la media, con nivel alto.

En RI, un 61.0% de la población obtuvo un promedio igual o mayor a 25.9 puntos (DE=4.6), lo que significó que tuvieron un nivel alto. En NUT, se obtuvo un promedio de 21.9 puntos (DE=4.9), donde poco más de la mitad (59.1%) de los adultos jóvenes mostraron un puntaje igual o mayor a la media, mostrando que los jóvenes tenían un nivel alto. En AF, se observó el promedio más bajo de las dimensiones, los jóvenes tuvieron un puntaje medio de 18.0 (DE=5.7), donde un 50.4% de los adultos jóvenes obtuvieron un nivel alto. En RS, el promedio fue 19.9 puntos (DE=5.3), donde poco más de la mitad (57.4%) de los adultos jóvenes obtuvieron puntaje igual o mayor a la media mostrando un nivel alto, y en ME, se identificó un promedio de 19.0 puntos (DE=4.3), revelando que poco más de la mitad (53.5%) de los jóvenes presentaron nivel alto al obtener puntuación igual o mayor a la media.

V.1.5.2. Estilo de vida promotor de salud según Unidad Académica

La puntuación media y desviación estándar del EVPS global y dimensiones según Unidad Académica de los adultos jóvenes participantes en el estudio se muestra en tabla 53.

Tabla 53. Estilo de vida promotor de salud de los adultos jóvenes según Unidad Académica. Sonora, México. 2018. (n=1029).

Variable	Media (DE)	< Media (%)	≥ Media (%)	p
Hermosillo				
EVPS	132.1 (22.7)	51.1	48.9	0.315
CE	27.0 (5.0)	40.1	59.9	0.071
RI	26.0 (5.0)	38.8	61.2	0.899
NUT	22.0 (5.0)	40.9	59.1	0.984
AF	18.0 (6.0)	50.2	49.8	0.407
RS	20.0 (5.0)	43.4	56.6	0.013
ME	19.0 (4.0)	46.3	53.7	0.818
Nogales				
EVPS	131.3 (23.9)	48.0	52.0	
CE	27.0 (5.0)	44.0	56.0	
RI	26.0 (5.0)	42.0	58.0	
NUT	22.0 (5.0)	40.0	60.0	
AF	19.0 (6.0)	44.0	56.0	
RS	20.0 (5.0)	46.0	54.0	
ME	19.0 (4.0)	46.0	54.0	
Cajeme				
EVPS	137.0 (18.4)	39.5	60.5	
CE	27.0 (5.0)	23.3	76.7	
RI	26.0 (4.0)	39.5	60.5	
NUT	22.0 (5.0)	41.9	58.1	
AF	19.0 (5.0)	41.9	58.1	
RS	23.0 (5.0)	20.9	79.1	
ME	19.0 (4.0)	51.2	48.8	

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.
Prueba Chi-cuadrado de Pearson; p<0.05

En EVPS global, las unidades académicas que obtuvieron puntuación igual o superior a la media, fueron Hermosillo y Cajeme quien obtuvo el promedio más alto (M=137.0, DE=18.4). Nogales tuvo un promedio inferior a la media (131.3, DE=23.9). Lo que significó que más de la mitad (60.5%) de los estudiantes de Cajeme y un 48.9% de Hermosillo obtuvieron un nivel de EVPS global suficiente. No hubo relación estadísticamente significativa entre las variables. El EVPS global fue similar entre las unidades académicas ($p=0.315$).

En crecimiento espiritual, se identificó que todas las unidades académicas tuvieron puntaje igual o superior a la media. Se observó que un 76.7% de los adultos jóvenes de Cajeme, un 59.9% de Hermosillo y un 56.0% de Nogales mostraron un nivel alto. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las variables, el CE era similar entre las unidades académicas ($p=0.071$).

En relaciones interpersonales, se evidenció que todas las unidades académicas obtuvieron promedio igual o superior a la media. Se identificó que un 61.2% de los adultos jóvenes de Hermosillo, un 60.5% de Cajeme y un 58.0% de Nogales presentaron niveles altos. No hubo diferencia estadísticamente significativa entre las variables, las RI eran similar entre las unidades académicas ($p=0.899$).

En nutrición, se observó que todas las unidades académicas tuvieron promedio igual o superior a la media. Por lo tanto, más de la mitad de los estudiantes de las tres unidades académicas mostraron un nivel alto. No hubo diferencia estadísticamente significativa entre las variables, la NUT por unidad académica fue similar ($p=0.984$).

En actividad física, las tres unidades académicas tuvieron puntuación igual o superior a la media. Donde un 58.1% de los adultos jóvenes de Cajeme, un 56.0% de Nogales y un 49.8% de Hermosillo mostraron un nivel alto. No hubo diferencia estadísticamente significativa entre las variables, la AF fue similar entre las unidades académicas ($p=0.951$).

En responsabilidad de la salud, se observó que todas las unidades académicas obtuvieron promedio igual o superior a la media, el más alto fue en Cajeme ($M=23.0$, $DE=5.0$). Lo que representó que poco más de tres cuartos (79.1%) de los adultos jóvenes de Cajeme y poco más de la mitad de Hermosillo (56.6%) y Nogales (54.0%) obtuvieron un nivel alto. Hubo diferencia estadísticamente significativa entre las variables, la RS era diferente entre las unidades académicas ($p=0.013$).

En manejo del estrés, se identificó que todas las unidades académicas tuvieron puntuación igual o superior a la media. Lo que significó que un 54.0% de los

adultos jóvenes de Nogales, un 53.7% de Hermosillo y un 51.2% de Cajeme mostraron un nivel alto. No existió diferencia estadísticamente significativa entre las variables, el ME era similar entre las unidades académicas ($p=0.818$).

V.1.5.3. Estilo de vida promotor de salud según División Académica

El puntaje medio y desviación estándar del EVPS global y dimensiones según Divisiones Académicas de los adultos jóvenes participantes en el estudio se presentan en tabla 54.

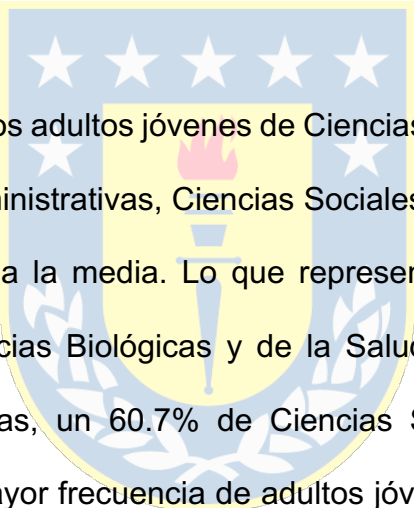


Tabla 54. Estilo de vida promotor de salud de los adultos jóvenes según División Académica. Sonora, México. 2018. (n=1029).

Variable	Media (DE)	< Media (%)	≥ Media (%)	Media (DE)	< Media (%)	≥ Media (%)	p
Administrativas, Sociales y Agropecuarias			Biológicas y de la Salud				
EVPS	131.3 (23.9)	48.0	52.0	137.2 (23.7)	41.3	58.7	0.033
CE	26.6 (4.9)	44.0	56.0	28.2 (4.7)	30.4	69.6	<0.001
RI	25.6 (4.9)	42.0	58.0	26.6 (4.8)	34.6	65.4	0.618
NUT	21.9 (5.0)	40.0	60.0	22.4 (5.3)	40.4	59.6	0.875
AF	18.7 (5.8)	44.0	56.0	18.9 (6.1)	41.7	58.3	0.028
RS	21.8 (5.6)	46.0	54.0	19.6 (5.4)	28.3	71.7	<0.001
ME	18.9 (4.3)	46.0	54.0	19.4 (4.4)	44.6	55.4	0.265
Económico Administrativas			Exactas y Naturales				
EVPS	131.6 (22.3)	52.5	47.5	128.3 (19.3)	61.4	38.6	
CE	27.3 (4.8)	36.1	63.9	25.7 (5.0)	59.1	40.9	
RI	26.0 (4.5)	37.3	62.7	25.6 (4.5)	40.9	59.1	
NUT	22.1 (4.8)	37.3	62.7	22.3 (3.9)	38.6	61.4	
AF	17.5 (5.2)	55.1	44.9	17.2 (4.4)	59.0	40.9	
RS	19.6 (5.2)	44.3	55.7	18.9 (5.5)	54.5	45.5	
ME	19.1 (4.4)	45.6	54.4	18.6 (3.9)	52.3	47.7	
Sociales			Humanidades y Bellas artes				
EVPS	131.0 (21.0)	53.7	46.3	129.1 (23.1)	57.7	42.3	
CE	27.3 (5.0)	39.3	60.7	26.2 (5.2)	51.5	48.5	
RI	25.9 (4.3)	38.5	61.5	25.5 (4.6)	42.3	57.7	
NUT	21.4 (4.8)	43.0	57.0	22.3 (4.8)	38.1	61.9	
AF	17.7 (5.6)	54.1	45.9	17.8 (6.5)	54.6	45.4	
RS	19.4 (4.5)	47.1	52.9	18.9 (5.3)	51.5	48.5	
ME	19.2 (4.3)	43.9	56.1	18.4 (4.4)	58.8	41.2	
Ingenierías							
EVPS	131.3 (22.8)	50.5	49.5				
CE	27.1 (5.1)	42.3	57.7				
RI	25.3 (4.5)	43.4	56.6				
NUT	21.6 (4.8)	43.9	56.1				
AF	18.7 (5.3)	45.9	54.1				
RS	19.3 (5.2)	44.9	55.1				
ME	19.3 (4.2)	45.4	54.6				

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.
Prueba Chi-cuadrado de Pearson; p<0.05.

En EVPS global, casi todas las divisiones académicas obtuvieron puntaje inferior a la media, excepto los adultos jóvenes de Ciencias Biológicas y de la Salud ($M=137.2$, $DE=23.7$) donde un 58.7% de los estudiantes tuvieron un EVPS suficiente. En cambio, un 61.4% de los estudiantes de Ciencias Exactas y Naturales y un 57.7% de Humanidades y Bellas Artes obtuvieron mayor porcentaje de adultos jóvenes con EVPS insuficiente. Existió diferencia estadísticamente significativa entre las variables. El EVPS fue diferente entre las divisiones académicas ($p=0.033$).



En CE, se identificó que los adultos jóvenes de Ciencias Biológicas y de la Salud, Ciencias Económico Administrativas, Ciencias Sociales e Ingenierías obtuvieron promedio igual o mayor a la media. Lo que representó que un 69.6% de los adultos jóvenes de Ciencias Biológicas y de la Salud, un 63.9% de Ciencias Económico Administrativas, un 60.7% de Ciencias Sociales y un 57.7% de Ingenierías mostraron mayor frecuencia de adultos jóvenes con nivel alto. Hubo diferencia estadísticamente significativa entre las variables. El CE fue diferente entre las divisiones académicas ($p=0.001$).

En RI, Ciencias Biológicas y de la Salud, Ciencias Económico Administrativas y Ciencias Sociales obtuvieron puntuación igual o superior a la media. Donde un 65.4% de los adultos jóvenes de Ciencias Biológicas y de la Salud, un 63.9% de Ciencias Económico Administrativas y un 61.5 % de Ciencias Sociales mostraron

mayor frecuencia de adultos jóvenes con nivel alto. No se evidenció diferencia estadísticamente significativa entre las variables. Las RI fueron similares entre las divisiones académicas ($p=0.618$).

En NUT, obtuvieron promedio inferior a la media, Ciencias Sociales e Ingenierías. Se identificó que más de la mitad de los estudiantes de Ciencias Económico Administrativas (62.7%), Humanidades y Bellas artes (61.9%) y Ciencias Exactas y Naturales (61.4%) obtuvieron mayor frecuencia de adultos jóvenes con nivel de NUT alta. No existió diferencia estadísticamente significativa entre las variables. El nivel de NUT entre las divisiones académicas fue similar ($p=0.875$).

En AF, se observó un promedio igual o superior a la media en Ciencias Biológicas y de la Salud, Ciencias Administrativas, Sociales y Agropecuarias e Ingenierías. Las más altas frecuencias que se observaron fueron en Ciencias Biológicas y de la Salud (58.3%), Ciencias Administrativas, Sociales y Agropecuarias (56.0%) e Ingenierías (54.1%) donde más de la mitad de los estudiantes tuvieron un nivel de AF alta. En contraste un 59.0% de adultos jóvenes de Ciencias Exactas y Naturales y un 55.1% de Ciencias Económico Administrativas mostraron mayor frecuencia de estudiantes con nivel de AF baja. No existió diferencia estadísticamente significativa entre las variables. La AF fue similar entre las divisiones académicas ($p=0.028$).

En RS, se evidenció un promedio inferior a la media en Ciencias Exactas y Naturales y Humanidades y Bellas Artes, donde más de la mitad de los estudiantes tuvieron un nivel bajo. Sin embargo, un 71.7% de adultos jóvenes de Ciencias Biológicas y de la Salud, un 55.7% de Ciencias Económico Administrativas y un 55.1% de Ingenierías mostraron un nivel alto. Hubo diferencia estadísticamente significativa entre las variables. La RS fue diferente entre las divisiones académicas ($p=0.000$).

En ME, los promedios inferiores a la media fueron en Ciencias Administrativas, Sociales y Agropecuarias, Ciencias Exactas y Naturales y Humanidades y Bellas Artes, lo que representó que más de la mitad de los estudiantes obtuvieron un nivel bajo. En contraste, un 56.1% de Ciencias Sociales, un 55.4% de Ciencias Biológicas y de la Salud y un 54.6% de Ingenierías obtuvieron mayor frecuencia de estudiantes que demostraron un nivel alto. No hubo diferencia estadísticamente significativa entre las variables. El ME fue similar entre las divisiones académicas ($p=0.265$).

V.1.5.4. Cuestionario estilo de vida II

Para la interpretación de las frecuencias de respuestas que declararon los adultos jóvenes en cada una de las preguntas de acuerdo a las dimensiones del CEVII. Se analizaron las respuestas y estas se agruparon en las categorías de Nunca + Algunas veces (puntuación más baja), y Frecuentemente +

Rutinariamente (puntuación más alta). En tabla 55 a 57 se muestran los porcentajes obtenidos.

En CE, los adultos jóvenes obtuvieron mayor porcentaje de respuestas con puntuación más alta, los puntajes más altos fueron: el ítem N° 18 frecuentemente y rutinariamente, miro adelante hacia el futuro (Hombres 87.6% vs Mujeres 85.7%) y el N° 12 frecuentemente y rutinariamente, creo que mi vida tiene un propósito (Hombres 87.2% vs Mujeres 82.4%). Con puntuación más baja: el ítem N° 48 nunca y algunas veces me siento unido (a) con una fuerza más grande que yo (Mujeres 58.2% vs Hombres 56.0%).

En RI, los estudiantes tuvieron mayor disposición hacia puntuaciones más altas en los ítems N° 13 frecuentemente y rutinariamente mantengo relaciones significativas y enriquecedoras (Mujeres 83.1% vs Hombres 84.3%) y el N° 7 frecuentemente y rutinariamente elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos (Mujeres 80.0% vs Hombres 71.9%). Las puntuaciones más bajas fueron en los ítems: N° 37 nunca y algunas veces busco maneras de llenar mis necesidades de intimidad (Mujeres 57.8% vs Hombres 40.1%) y el N° 43 nunca y algunas veces busco apoyo de un grupo de personas que se preocupan por mí (Mujeres 45.7% vs Hombres 54.3%).

Tabla 55. Cuestionario estilo de vida II en los adultos jóvenes según sexo. Sonora, México. 2018. (n=1029).

Ítem	Sexo	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	(N+AV) (%)	(Fe+R) (%)
Crecimiento espiritual							
6	Mujer	3.1	27.2	45.0	24.8	30.3	69.7
	Hombre	2.3	23.3	47.9	26.4	25.6	74.4
12	Mujer	2.0	15.6	26.6	55.8	17.6	82.4
	Hombre	2.7	10.1	26.2	61.0	12.8	87.2
18	Mujer	1.5	12.8	32.7	53.0	14.3	85.7
	Hombre	1.4	11.0	33.9	53.7	12.4	87.6
24	Mujer	6.4	27.2	35.6	30.8	33.6	66.4
	Hombre	4.8	19.6	37.2	38.4	24.4	75.6
30	Mujer	3.1	20.0	37.4	39.4	23.1	76.9
	Hombre	3.3	19.0	33.7	44.0	22.3	77.7
36	Mujer	7.5	38.3	38.2	16.0	45.9	54.1
	Hombre	5.0	31.8	44.6	18.6	36.8	63.2
42	Mujer	2.2	15.0	31.0	51.7	17.2	82.8
	Hombre	4.1	11.6	31.0	53.3	15.7	84.3
48	Mujer	24.6	33.6	22.8	19.1	58.2	41.8
	Hombre	25.6	30.4	25.4	18.6	56.0	44.0
52	Mujer	2.9	26.4	39.4	31.2	29.4	70.6
	Hombre	4.1	23.8	38.4	33.7	27.9	72.1
Relaciones interpersonales							
1	Mujer	7.7	36.9	37.6	17.8	44.6	55.4
	Hombre	11.6	41.5	33.7	13.2	53.1	46.9
7	Mujer	3.7	16.3	43.5	36.5	20.0	80.0
	Hombre	4.1	24.0	43.6	28.3	28.1	71.9
13	Mujer	1.8	15.0	40.4	42.8	16.9	83.1
	Hombre	2.1	13.6	45.0	39.3	15.7	84.3
19	Mujer	3.3	26.8	39.4	30.5	30.1	69.9
	Hombre	3.7	21.9	40.5	33.9	25.6	74.4
25	Mujer	9.4	27.3	26.1	37.2	36.7	63.3
	Hombre	10.3	29.5	32.4	27.7	39.9	60.1
31	Mujer	2.6	18.7	35.2	43.5	21.3	78.7
	Hombre	3.3	18.8	39.0	38.8	22.1	77.9
37	Mujer	20.6	37.2	29.5	12.7	57.8	42.2
	Hombre	7.4	32.6	43.0	16.9	40.1	59.9
43	Mujer	15.2	30.5	31.6	22.8	45.7	54.3
	Hombre	16.5	35.7	30.0	17.8	54.3	47.7
49	Mujer	6.2	20.7	44.6	28.4	27.0	73.0
	Hombre	6.8	21.3	44.8	27.1	28.1	71.9

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

1 (Nunca), 2 (Algunas veces), 3 (Frecuentemente) 4 (Rutinariamente).

Tabla 56. Cuestionario estilo de vida II en los adultos jóvenes según sexo. Sonora, México. 2018. (n=1029).

Ítem	Sexo	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	(N+AV) (%)	(Fe+R) (%)
Nutrición							
2	Mujer	21.1	45.0	25.0	9.0	66.1	33.9
	Hombre	29.3	39.7	22.3	8.7	69.0	31.0
8	Mujer	17.6	49.4	23.9	9.2	67.0	33.0
	Hombre	23.3	45.2	21.3	10.1	68.6	31.4
14	Mujer	26.4	41.8	23.5	8.3	68.3	31.7
	Hombre	16.5	45.2	27.5	10.7	61.8	38.2
20	Mujer	10.8	47.3	25.3	16.5	58.2	41.8
	Hombre	13.8	51.2	23.1	11.8	65.1	34.9
26	Mujer	13.6	40.0	31.0	15.4	53.6	46.4
	Hombre	16.7	42.8	26.0	14.5	59.5	40.5
32	Mujer	13.6	40.6	27.7	18.2	54.1	45.9
	Hombre	10.7	39.0	29.8	20.5	49.8	50.2
38	Mujer	9.7	36.7	36.1	17.4	46.4	53.6
	Hombre	7.4	34.1	39.3	19.2	41.5	58.5
44	Mujer	35.6	30.3	18.5	15.6	65.9	34.1
	Hombre	37.8	22.3	21.9	18.0	60.1	39.9
50	Mujer	7.2	24.6	23.9	44.4	31.7	68.3
	Hombre	6.6	21.3	24.2	47.9	27.9	72.1
Actividad física							
4	Mujer	37.8	35.4	15.6	11.2	73.2	26.8
	Hombre	31.2	32.9	21.1	14.9	64.0	36.0
10	Mujer	27.2	32.8	19.6	20.4	60.0	40.0
	Hombre	20.7	26.4	26.0	26.9	47.1	52.9
16	Mujer	20.6	34.9	25.1	19.4	55.4	44.6
	Hombre	13.4	31.4	31.0	24.2	44.8	55.2
22	Mujer	27.7	42.0	18.3	11.9	69.7	30.3
	Hombre	26.9	36.2	24.8	12.2	63.0	37.0
28	Mujer	25.0	33.4	20.7	20.9	58.3	41.7
	Hombre	17.4	30.2	24.0	28.5	47.5	52.5
34	Mujer	13.6	27.2	29.7	29.5	40.7	59.3
	Hombre	13.4	24.8	31.6	30.2	38.2	61.8
40	Mujer	47.5	28.3	14.9	9.4	75.8	24.2
	Hombre	43.6	28.7	15.5	12.2	72.3	27.7
46	Mujer	59.4	25.9	10.6	4.0	85.3	14.7
	Hombre	46.9	29.5	13.2	10.3	76.4	23.6

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

1 (Nunca), 2 (Algunas veces), 3 (Frecuentemente) 4 (Rutinariamente).

En NUT, los adultos jóvenes mostraron puntuación más baja en los ítems N° 2 nunca y algunas veces escojo una dieta baja en grasas, grasas saturadas y en colesterol (Hombres 69.0% vs Mujeres 66.1%) y el N° 8 nunca y algunas veces limito el uso de azúcares y alimentos que contienen azúcar (Hombres 68.6% vs Mujeres 67.0%). Presentaron puntuación más alta en los ítems N° 50 frecuentemente y rutinariamente desayuno diariamente (Hombres 72.1% vs Mujeres 68.3%) y en el N° 38 frecuentemente y rutinariamente como solamente de 2 a 3 porciones de carne, aves, pescado, frijoles, huevos y nueces todos los días (Hombres 58.5% vs Mujeres 53.6%).

En AF, los universitarios obtuvieron mayor tendencia a puntuaciones más bajas en los ítems, N° 46 nunca y algunas veces alcanzo como objetivo mi pulso cardíaco, cuando hago ejercicio (Mujeres 85.3% vs Hombres 76.4%), el N° 4 nunca y algunas veces sigo un programa de ejercicios planificados (mujeres 73.2% vs Hombres 64.0%) y en el N° 40 nunca y algunas veces examino mi pulso cuando estoy haciendo ejercicios (Mujeres 75.8% vs Hombres 72.3%). Obtuvieron puntuación más alta en los ítems, N° 34 frecuentemente y rutinariamente hago ejercicio durante actividades físicas usuales diariamente (Hombres 61.8% vs Mujeres 59.3%) y en el N° 16 frecuentemente y rutinariamente tomo parte en actividades físicas livianas a moderadas (caminar continuamente de 30 a 40 minutos, 5 o más veces a la semana (Hombres 55.2% vs Mujeres 44.6%).

Tabla 57. Cuestionario estilo de vida II en los adultos jóvenes según sexo. Sonora, México. 2018. (n=1029).

Ítem	Sexo	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	(N+AV) (%)	(Fe+R) (%)
Responsabilidad de la salud							
3	Mujer	19.8	41.1	26.2	12.8	60.9	39.1
	Hombre	21.3	45.0	22.7	11.0	66.3	33.7
9	Mujer	36.0	43.9	17.6	2.6	79.8	20.2
	Hombre	37.4	41.5	15.3	5.8	78.9	21.1
15	Mujer	23.1	40.2	27.0	9.7	63.3	36.7
	Hombre	23.8	40.1	25.2	11.0	63.8	36.2
21	Mujer	19.6	44.4	26.1	9.9	64.0	36.0
	Hombre	17.1	36.8	34.7	11.4	53.9	46.1
27	Mujer	26.6	41.5	20.4	11.6	68.1	31.9
	Hombre	30.0	38.6	21.5	9.9	68.6	31.4
33	Mujer	11.9	36.9	34.3	16.9	48.8	51.2
	Hombre	15.3	33.1	31.8	19.8	48.3	51.7
39	Mujer	33.2	38.0	21.7	7.2	71.2	28.2
	Hombre	32.4	39.7	20.5	7.4	72.1	27.9
45	Mujer	62.2	26.4	8.4	2.9	88.6	11.4
	Hombre	60.3	25.4	9.9	4.3	85.7	14.3
51	Mujer	4.4	25.3	40.2	30.1	29.7	70.3
	Hombre	7.0	27.3	39.7	26.0	34.3	65.7
Manejo del estrés							
5	Mujer	10.8	47.3	29.2	12.7	53.9	41.8
	Hombre	11.2	39.7	37.4	11.8	50.8	49.2
11	Mujer	12.7	39.4	27.7	20.2	52.1	47.9
	Hombre	8.5	32.0	31.0	28.5	40.5	59.5
17	Mujer	4.0	31.0	39.8	25.1	35.0	65.0
	Hombre	6.4	24.8	39.3	29.5	31.2	68.8
23	Mujer	7.0	34.3	36.5	22.2	41.3	58.7
	Hombre	6.2	31.8	38.6	23.3	38.0	62.0
29	Mujer	40.0	37.4	16.0	6.6	77.4	22.6
	Hombre	32.2	37.2	19.0	11.6	69.4	30.6
35	Mujer	10.8	44.8	33.0	11.4	55.6	44.4
	Hombre	8.7	37.2	39.3	14.9	45.9	54.1
41	Mujer	52.7	31.0	10.1	6.2	83.7	16.3
	Hombre	47.9	31.6	11.8	8.7	79.5	20.5
47	Mujer	34.7	39.6	20.0	5.7	74.3	25.7
	Hombre	25.4	37.6	25.8	11.2	63.0	37.0

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

1 (Nunca), 2 (Algunas veces), 3 (Frecuentemente) 4 (Rutinariamente).

En RS, los estudiantes tuvieron puntajes más bajos en los ítems: N° 45 nunca y algunas veces asisto a programas educacionales sobre el cuidado de salud personal (Mujeres 88.6% vs Hombres 85.7%) y en el N° 9 nunca y algunas veces leo o veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud (Mujeres 79.8% vs hombres 78.9%). Mostraron puntuación más alta en los ítems, N° 51 frecuentemente y rutinariamente busco orientación o consejo cuando es necesario (Mujeres 70.3% vs Hombres 65.7%) y el N° 33 frecuentemente y rutinariamente examino mi cuerpo por lo menos mensualmente por cambios físicos o señales peligrosas (hombres 51.7% vs mujeres 51.2%).

En ME, los adultos jóvenes obtuvieron puntuaciones más bajas en los ítems: N° 41 nunca y algunas veces practico relajación o meditación por 15 a 20 minutos diariamente (Mujeres 83.7% vs Hombres 79.5%) y en el N° 29 nunca y algunas veces uso métodos específicos para controlar mi tensión/estrés (Mujeres 77.4% vs Hombres 69.4%) y en el N° 47 nunca y algunas veces mantengo un balance para prevenir el cansancio (Mujeres 74.3% vs Hombres 63.0%). Presentaron puntuación más alta en los ítems, N° 17 frecuentemente y rutinariamente acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar (Hombres 68.8% vs Mujeres 65.0), el N° 23 frecuentemente y rutinariamente me concentro en pensamientos agradables a la hora de acostarme (Hombres 62.0% vs Mujeres 58.7%) y en el N° 11 frecuentemente y rutinariamente tomo algún tiempo para relajarme todos los días (Hombres 59.5% vs Mujeres 47.9%).

V. 2. Análisis Inferencial

A continuación, se presenta la relación entre variables independientes y la variable dependiente (EVPS) de los adultos jóvenes universitarios.

V.2.1. Relación de las variables independientes con el EVPS

Tabla 58. Relación de los factores personales con el estilo de vida promotor de salud. Sonora, México. 2018. (n=1029).

Variable Independiente	Estadígrafo	gl	p
Estilo de vida promotor de salud			
Factores Personales Biológicos*			
Sexo	121771.0		0.033
Edad	0.811	2	0.667
IMC	1.610	5	0.900
Factores Personales Socioculturales*			
Trabaja	116471.5		0.066
Servicio de salud	40941.5		0.126
Percepción estado de salud	76.9	3	<0.001
Prácticas para cuidar la salud	59657.5		<0.001
Actividad física	49652.0		<0.001
Ejercicio físico	64264.0		<0.001
Actividades de descanso/ocio	22240.5		0.012
Consumo de tabaco	110671.0		0.007
Consumo de alcohol	31809.0		0.363
Consumo de drogas	112086.5		0.145
Ha experimentado sensación que no vale la pena vivir	65785.5		<0.001
Ha intentado quitarse la vida	8283.0		0.020
Se expresa de manera violenta	73059.0		<0.001
Relaciones sexuales	113299.0		0.004

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

* Variable de agrupación.

Kruskal-Wallis.

U de Mann-Whitney, $p < 0.05$.

Entre los factores personales biológicos, sólo la variable sexo presentó relación estadísticamente significativa con el EVPS con un valor $p=0.033$. Lo que indicó que el sexo de los adultos jóvenes influye en el EVPS. Las variables independientes edad ($p=0.667$) e IMC ($p=0.900$) no mostraron relación con el EVPS, valor que no fue significativo ($p>0.05$). Esto significa que la edad e IMC de los estudiantes no tuvieron influencia sobre el EVPS de los adultos jóvenes.

Los factores personales socioculturales como trabajar ($p=0.066$), contar con servicio de salud ($p=0.126$), consumir alcohol ($p=0.363$) y consumir drogas ($p=0.145$), no mostraron relación con el EVPS, valor que no fue significativo ($p>0.05$). Esto significa que trabajar, contar con servicio de salud, consumir alcohol y drogas no mostraron asociación estadísticamente significativa con el EVPS de los adultos jóvenes.

Los factores personales socioculturales, percepción del estado de salud ($p<0.001$), realizar prácticas para cuidar la salud ($p<0.001$), realizar actividad física ($p<0.001$), realizar ejercicio físico ($p<0.001$), realizar actividades de descanso/ocio ($p=0.012$), consumir tabaco ($p=0.007$), ha experimentado sensación que no vale la pena vivir ($p<0.001$), ha intentado quitarse la vida ($p=0.020$), se expresa de manera violenta ($p<0.001$) y tener relaciones sexuales ($p=0.004$) presentaron relación con el EVPS, valor que es significativo ($p<0.05$). Mostrando que tener una percepción del estado de salud, realizar prácticas para

cuidar la salud, realizar actividad física, realizar ejercicio físico, realizar actividades de descanso/ocio, consumir tabaco, tener sensación que no vale la pena vivir, ha intentado quitarse la vida, se expresa de manera violenta y tener relaciones sexuales influyen en el EVPS de los adultos jóvenes al mostrar relación estadísticamente significativa, (Tabla 58).

V.2.2. Relación del sentido de coherencia con el estilo de vida promotor de salud

Tabla 59. Correlación del sentido de coherencia con el estilo de vida promotor de salud. Sonora, México. 2018.

	EVPS
SOC Global	0.355**
Comprensibilidad	0.301**
Manejabilidad	0.213**
Significatividad	0.369**

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México. Correlaciones Rho de Spearman.

** La correlación es significativa en el nivel 0.01.

El SOC global con el EVPS global en los adultos jóvenes, evidenció correlación positiva débil pero significativa (0.355) es decir, la correlación fue directa, por lo tanto, al aumentar el SOC global de los adultos jóvenes demostrarían un aumento en su EVPS global. El EVPS global, mostró correlación positiva significativa débil y muy débil con las dimensiones del SOC, (Tabla 59).

V.2.3. Relación del empoderamiento para la salud con el estilo de vida promotor de salud

Tabla 60 Correlación del empoderamiento para la salud con el estilo de vida promotor de salud. Sonora, México. 2018.

	EVPS
EPS Global	0.401**
Autonomía	0.328**
Participación	0.380**
Responsabilidad	0.277**

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

Correlaciones Rho de Spearman.

** La correlación es significativa en el nivel 0.01.

El EPS global con el EVPS global en los adultos jóvenes, mostró correlación positiva débil (0.401) pero significativa, lo que significó que el adulto joven al mejorar su capacidad de toma de decisiones en salud impactaría positivamente en su EVPS. El EVPS global mostró correlación positiva débil con las dimensiones del IPE, todas fueron estadísticamente significativas a nivel de $p < 0.01$, (Tabla 60).

V.2.4. Relación de la autoeficacia percibida con estilo de vida promotor de salud

Tabla 61. Correlación de la autoeficacia percibida con el estilo de vida promotor de salud. Sonora, México. 2018.

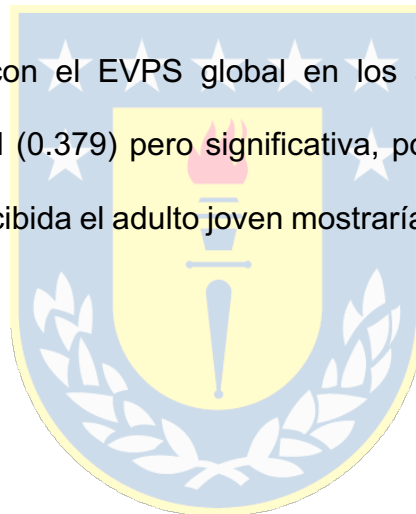
	EVPS
Autoeficacia percibida	0.379**

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

Correlaciones Rho de Spearman

** La correlación es significativa en el nivel 0.01

Autoeficacia percibida con el EVPS global en los adultos jóvenes presentó correlación positiva débil (0.379) pero significativa, por lo tanto, al aumentar el nivel de autoeficacia percibida el adulto joven mostraría un aumento en su EVPS, (Tabla 61).



V.3. Modelo que relaciona el estilo de vida promotor de salud con los factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento para la salud y autoeficacia percibida

A continuación, se presenta la aplicación del modelo de regresión lineal a la relación entre la variable dependiente EVPS para cada una de las variables independientes o predictoras que comprenden los factores personales, SOC, EPS y AEP.

Para la propuesta del modelo que relacione el EVPS con las variables independientes, se crearon las variables indicadoras (dummy)¹⁷⁷. Con la finalidad de crear tantas categorías menos 1, con este esquema de codificación los coeficientes de regresión tienen una clara interpretación cuando una de las categorías se quiere usar como referencia para las demás.

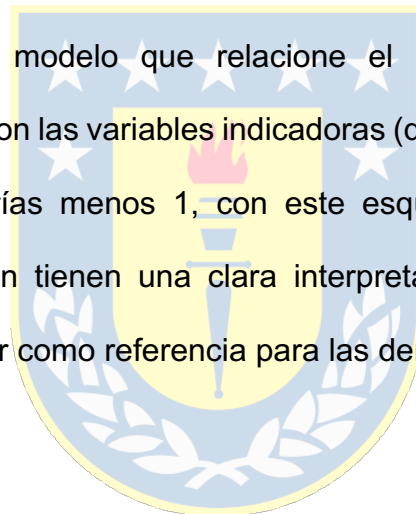


Tabla 62. Variables independientes y creación a variables indicadoras

Variables Independientes	Categoría	Variables indicadoras
Sexo	Hombre	0
	Mujer	1
Trabaja	No	0
	Si	1
Servicio de salud	No	0
	Si	1
Percepción estado de salud (PES1)	Otro	0
	Muy bueno	1
Percepción estado de salud (PES2)	Otro	0
	Bueno	1
Prácticas cuidar salud	No	0
	Si	1
Actividad física	No	0
	Si	1
Ejercicio físico	No	0
	Si	1
Descanso/ocio	No	0
	Si	1
Consumo de tabaco	No	0
	Si	1
Consumo de alcohol	No	0
	Si	1
Consumo de drogas	No	0
	Si	1
Sensación no vale la pena vivir	No	0
	Si	1
Ha intentado quitarse la vida	No	0
	Si	1
Se expresa de manera violenta	No	0
	Si	1
Relaciones sexuales	No	0
	Si	1
Variables continuas		
Edad		
IMC		
SOC		
EPS		
AEP		

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

Se presentan las variables independientes y la creación a variables indicadoras, a dichas categorías se les asigna el valor cero para todas las variables indicadoras. Para las variables edad, IMC, SOC, EPS y AEP se analizaron los datos continuos, (Tabla 62).

Tabla 63. Análisis univariado de la variable dependiente estilo de vida promotor de salud.

Pruebas de efectos inter-sujetos					
Variable dependiente: EVPS					
Origen	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Modelo corregido	.000a	0	.	.	.
Intersección	18006731.43	1	18006731.43	35348.203	<0.001
Error	523673.57	1028	509.41		
Total	18530405	1029			
Total corregido	523673.57	1028			

a R al cuadrado = .000 (R al cuadrado ajustada = .000)
Modelo Nulo

En tabla 63 se muestra el análisis univariado de la variable dependiente EVPS, denominado modelo nulo, obteniendo una suma de cuadrados de 523673.57 con valor $p < 0.001$.

Tabla 64. Análisis univariado de las variables independientes (Modelo de un predictor).

Modelo	Suma de Cuadrados Modelo	gl	R ²	F	p
Edad	18.34	1	0.000	0.040	0.849
Sexo (Hombre + Mujer)	2242.45	1	0.004	4.420	0.036
IMC	1.53	1	0.000	0.000	0.956
Trabaja (No + Si)	2074.74	1	0.004	4.090	0.044
Servicio de salud (No + Si)	1538.25	1	0.003	3.030	0.082
Percepción Estado Salud (PES Muy bueno)/(PES Bueno)	41342.00	2	0.077	43.970	<0.001
Prácticas cuidar salud	90891.00	1	0.174	215.690	<0.001
Actividad física (No + Si)	34651.00	1	0.066	72.770	<0.001
Ejercicio físico (No + Si)	81693.00	1	0.156	189.820	<0.001
Descanso/ocio (No + Si)	4141.73	1	0.008	8.190	0.004
Tabaco (No + Si)	3467.60	1	0.007	6.850	0.009
Alcohol (No + Si)	252.60	1	0.001	0.500	0.482
Drogas (No + Si)	872.67	1	0.002	1.710	0.191
Sensación no vale la pena vivir (No + Si)	18511.00	1	0.035	37.630	<0.001
Ha intentado quitarse la vida (No + Si)	3806.16	1	0.007	7.520	0.006
Se expresa de manera violenta (No + Si)	6517.09	1	0.012	12.940	<0.001
Relaciones sexuales (No + Si)	4200.83	1	0.008	8.310	0.004
SOC	71949.00	1	0.137	163.580	<0.001
EPS	70110.00	1	0.134	158.750	<0.001
AEP	73180.00	1	0.139	166.830	<0.001

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

En tabla 64 se muestra el análisis univariado de las variables independientes (denominado modelo de un predictor), con la finalidad de elegir aquella variable que tuviera mayor valor de significancia y si este era similar en algunas variables, seleccionar aquella variable que tuviera el más alto coeficiente de determinación (R²), el cual refleja la bondad del ajuste de un modelo a la variable que se pretende explicar.

La variable “prácticas para cuidar la salud” obtuvo el mayor R² (0.174, p<0.001). Se excluyeron del análisis univariado (un predictor) las variables edad, servicio de salud, IMC, consumo de alcohol y drogas (P>0.05), estas variables fueron excluidas de los análisis posteriores.

Tabla 65. Modelo de dos predictores

Modelo	Suma Cuadrados Modelo	gl	R ²	Cuadrado de la media	F	p
Prácticas cuidar salud + Sexo	91628	2	0.175	45814	108.8	0.186
Prácticas cuidar salud + Trabaja	92329	2	0.176	46165	109.81	0.065
Prácticas cuidar salud + PES (Muy bueno)	113062	3	0.216	37687	94.08	<0.001
Prácticas cuidar salud + PES (Bueno)	113062	3	0.216	37687	94.08	<0.001
Prácticas cuidar salud + Actividad física	97215	2	0.186	48608	116.94	<0.001
Prácticas cuidar salud + Ejercicio físico	118509	2	0.226	59254	150.05	<0.001
Prácticas cuidar salud + Descanso/ocio	93902	2	0.179	46951	112.09	0.008
Prácticas cuidar salud + Tabaco	92978	2	0.178	46165	110.75	0.026
Prácticas cuidar salud + No vale la pena vivir	106192	2	0.203	53096	130.49	<0.001
Prácticas cuidar salud + Ha intentado quitarse la vida	97192	2	0.186	48596	116.91	<0.001
Prácticas cuidar salud + Se expresa de manera violenta	95615	2	0.183	47808	114.59	<0.001
Prácticas cuidar salud + Relaciones sexuales	94723	2	0.181	47361	113.28	0.003
Prácticas cuidar salud + SOC	136246	2	0.260	68123	180.41	<0.001
Prácticas cuidar salud + EPS	142968	2	0.273	71484	192.65	<0.001
Prácticas cuidar salud + AEP	140488	2	0.268	70244	188.08	<0.001

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

En el modelo de dos predictores se identificó que las variables “prácticas para cuidar la salud + EPS” obtuvieron mayor R^2 (0.273, $p < 0.001$) y las variables excluidas fueron sexo (mujer + hombre) y trabaja (si/no) ($p > 0.05$). El nivel del efecto detectado indicó que realizar prácticas para cuidar la salud y mostrar un empoderamiento para la salud alto explica el 27.3% de la variación total del estilo de vida promotor de salud, (Tabla 65).

Tabla 66. Modelo de tres predictores

Modelos	Suma Cuadrados Modelo	gl	R^2	Cuadrado de la media	F	p
Prácticas cuidar salud + EPS + PES (Muy bueno)	154520	4	0.295	38630	107.16	<0.001
Prácticas cuidar salud + EPS + PES (Bueno)	154520	4	0.295	38630	107.16	<0.001
Prácticas cuidar salud + EPS + Actividad física	149759	3	0.286	49920	136.84	<0.001
Prácticas cuidar salud + EPS + Ejercicio físico	167551	3	0.320	55850	160.75	<0.001
Prácticas cuidar salud + EPS + Descanso/ocio	48937	3	0.280	48937	133.10	<0.001
Prácticas cuidar salud + EPS + Tabaco	144941	3	0.277	48314	130.76	0.021
Prácticas cuidar salud + EPS + No vale la pena vivir	150040	3	0.287	50013	137.20	<0.001
Prácticas cuidar salud + EPS + Ha intentado quitarse la vida	148527	3	0.284	49509	135.27	<0.001
Prácticas cuidar salud + EPS + Se expresa de manera violenta	145042	3	0.277	48347	130.88	0.018
Prácticas cuidar salud + EPS + Relaciones sexuales	145224	3	0.277	48408	131.11	0.014
Prácticas cuidar salud + EPS + SOC	162664	3	0.311	54221	153.95	<0.001
Prácticas cuidar salud + EPS + AEP	161381	3	0.308	53794	152.19	<0.001

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

El modelo con tres predictores, permitió identificar que las variables “prácticas para cuidar la salud + empoderamiento + ejercicio físico” obtuvieron mayor R^2 (0.320, $p < 0.001$), ninguna variable fue excluida ($p < 0.05$). El nivel del efecto detectado indicó que realizar prácticas para cuidar la salud, mostrar EPS alto y realizar ejercicio físico explica el 32.0% de la variación total del estilo de vida promotor de salud (Tabla 66).

Tabla 67. Modelo de cuatro predictores

Modelos	Suma Cuadrados Modelo	gl	R^2	Cuadrado de la media	F	p
Prácticas cuidar salud + EPS + Ejercicio físico + PES (Muy bueno)	175533	5	0.335	35107	103.16	<0.001
Prácticas cuidar salud + EPS + Ejercicio físico + PES (Bueno)	175533	5	0.335	35107	103.16	0.005
Prácticas cuidar salud + EPS + Ejercicio físico + Actividad física	167553	4	0.320	41888	43.97	0.939
Prácticas cuidar salud + EPS + Ejercicio físico + Descanso/ocio	170187	4	0.325	42547	123.25	0.006
Prácticas cuidar salud + EPS + Ejercicio físico + Tabaco	168457	4	0.322	42114	121.4	0.107
Prácticas cuidar salud + EPS + Ejercicio físico + No vale la pena vivir	172911	4	0.330	43228	126.20	<0.001
Prácticas cuidar salud + EPS + Ejercicio físico + Ha intentado quitarse la vida	171602	4	0.328	42900	124.78	<0.001
Prácticas cuidar salud + EPS + Ejercicio físico + Se expresa de manera violenta	169036	4	0.323	42259	122.02	0.039
Prácticas cuidar salud + EPS + Ejercicio físico + Relaciones sexuales	169380	4	0.323	42345	122.39	0.022
Prácticas cuidar salud + EPS + Ejercicio físico + SOC	184354	4	0.352	46089	139.09	<0.001
Prácticas cuidar salud + EPS + Ejercicio físico + AEP	183997	4	0.351	45999	138.67	<0.001

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

El modelo con análisis de cuatro variables como predictores, permitió identificar que las variables “prácticas para cuidar la salud + EPS + ejercicio físico + SOC” obtuvo la más alta R^2 (0.352, $p < 0.001$). Las variables actividad física (si/no) y tabaco (si/no), fueron excluidas ($p > 0.05$). El nivel del efecto detectado indicó que realizar prácticas para cuidar la salud, mostrar empoderamiento para la salud alto, realizar ejercicio físico y mostrar sentido de coherencia global alto explica el 35.2% de la variación total del estilo de vida promotor de salud, (Tabla 67).

Tabla 68. Modelo de cinco predictores

Modelos	Suma Cuadrados Modelo	gl	R^2	Cuadrado de la media	F	p
Prácticas cuidar salud + EPS + Ejercicio físico + SOC + PES (Muy bueno)	189615	6	0.362	31603	96.68	<0.001
Prácticas cuidar salud + EPS + Ejercicio físico + SOC + PES (Bueno)	189615	6	0.362	31603	96.68	0.012
Prácticas cuidar salud + EPS + Ejercicio físico + SOC + Descanso/ocio	187336	5	0.358	37467	113.96	0.003
Prácticas cuidar salud + EPS + Ejercicio físico + SOC + No vale la pena vivir	185111	5	0.354	37022	111.87	0.131
Prácticas cuidar salud + EPS + Ejercicio físico + SOC + Ha intentado quitarse la vida	185522	5	0.354	37104	112.25	0.061
Prácticas cuidar salud + EPS + Ejercicio físico + SOC + Se expresa de manera violenta	184493	5	0.352	36899	111.29	0.517
Prácticas cuidar salud + EPS + Ejercicio físico + SOC + Relaciones sexuales	186295	5	0.356	37259	112.98	0.016
Prácticas cuidar salud + EPS + Ejercicio físico + SOC + AEP	195118	5	0.373	39024	121.5	<0.001

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

El modelo de cinco variables predictoras se observó que la variablea “prácticas cuidar salud + EPS + ejercicio físico + SOC + AEP” presentó la mayor R² (0.373, p<0.001). En este modelo fueron excluidas las variables no vale la pena vivir (si/no), ha intentado quitarse la vida (si/no) y se expresa de manera violenta (si/no), (p>0.05). El nivel del efecto detectado indica que realizar prácticas para cuidar la salud, mostrar empoderamiento para la salud alto, realizar ejercicio físico, mostrar un sentido de coherencia global alto y demostrar autoeficacia percibida alta explica el 37.3% de la variación total del estilo de vida promotor de salud, (Tabla 68).

Tabla 69. Modelo de seis predictores

Modelos	Suma Cuadros Modelo	Gl	R ²	Cuadrado de la media	F	p
Prácticas cuidar salud + EPS + Ejercicio físico + SOC + AEP + PES (Muy bueno)	199872	7	0.382	28553	90.03	<0.001
Prácticas cuidar salud + EPS + Ejercicio físico + SOC + AEP + PES (Bueno)	199872	7	0.382	28553	90.03	0.021
Prácticas cuidar salud + EPS + Ejercicio físico + SOC + AEP + Descanso/ocio	198414	6	0.379	33069	103.91	<0.001
Prácticas cuidar salud + EPS + Ejercicio físico + SOC + AEP + Relaciones sexuales	196218	6	0.375	32703	102.07	0.064

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

Al analizar el modelo de seis variables, se observó que las variables “prácticas cuidar salud + EPS + ejercicio físico + SOC + AEP + descanso/ocio” obtuvo la mayor R^2 (0.379, $p < 0.001$). La variable excluida fue relaciones sexuales (si/no), ($p > 0.05$). El nivel del efecto detectado indica que realizar prácticas para cuidar la salud, mostrar EPS alto, realizar ejercicio físico, mostrar un nivel de SOC global alto, nivel de AEP alta y realizar actividades de descanso/ocio explica el 37.9% de la variación total del estilo de vida promotor de salud, (Tabla 69).

Tabla 70. Modelo de siete predictores

Modelo	Suma Cuadrados Modelo	gl	R^2	Cuadrado de la media	F	p
Prácticas cuidar salud + EPS + Ejercicio físico + SOC + AEP + Descanso/ocio + PES (Muy bueno)	203203	8	0.39	25400	80.84	<0.001

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

Tabla 71. Coeficientes^a del Modelo de siete predictores

Variable	Parámetro (B)	(Desv. Error) Estándar	P
(Constante) Intercept	39.002	5.465	<0.001
Prácticas cuidar salud (Si)	10.423	1.318	<0.001
Ejercicio físico (Si)	9.659	1.310	<0.001
Descanso/ocio (Si)	7.898	2.425	<0.001
Percepción del Estado de Salud (Muy bueno)	6.858	1.773	<0.001
AEP (Alta)	0.676	0.116	<0.001
EPS (Alto)	0.498	0.085	<0.001
SOC (Alto)	0.291	0.053	<0.001

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

a. Variable dependiente: EVPS

En el análisis del modelo al combinar siete variables predictoras, se puede observar que las variables “prácticas cuidar la salud + EPS + ejercicio físico + SOC + AEP + descanso/ocio + percepción estado de salud (Muy bueno)” fueron las variables predictores más importantes del estilo de vida promotor de salud con valor $p < 0.001$.

El modelo en la estimación del estilo de vida promotor de salud presentó un $R^2=0.39$, lo que significó que en este modelo, las prácticas para cuidar la salud, el ejercicio físico, las actividades de descanso/ocio, la percepción del estado de salud muy bueno, autoeficacia percibida alta, empoderamiento para la salud alto y sentido de coherencia alto explicaron en un 39.0% de la variabilidad del estilo de vida promotor de salud de los adultos jóvenes universitarios del noroeste de México, se encontró que este modelo de regresión es estadísticamente significativo con un valor p inferior al uno por diez mil ($p < 0.0001$), (Tabla 70 y 71) La figura 10 muestra el esquema del modelo óptimo final de la estimación del estilo de vida promotor de salud.

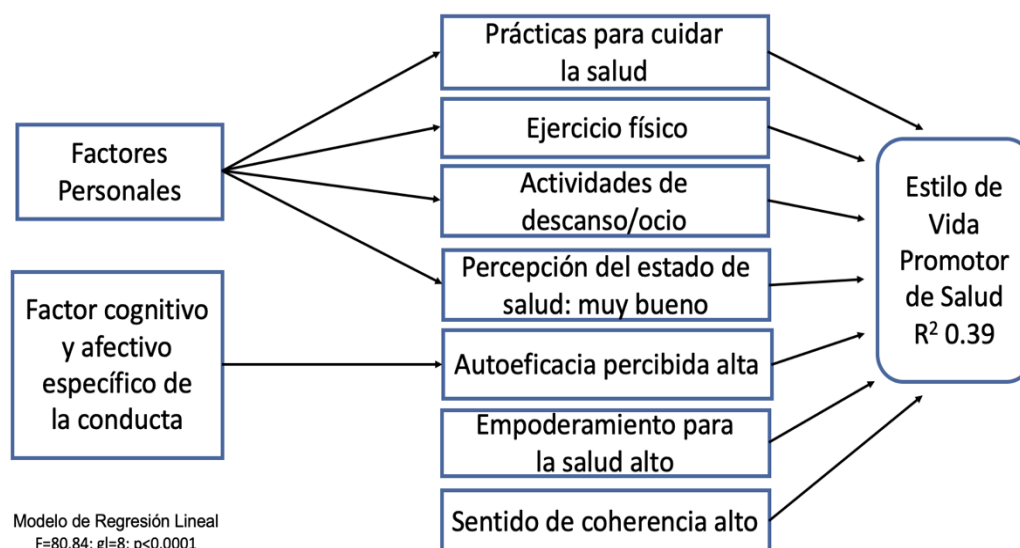


Figura 10. Modelo óptimo final de la estimación del estilo de vida promotor de salud. Elaborado por investigadora.

V.4. Comprobación de hipótesis de investigación

Para dar respuesta a las hipótesis de investigación planeadas en este estudio, se emplearon los estadígrafos U de Mann-Whitney y Kruskal Wallis para la comprobación de las siguientes hipótesis:

Tabla 72. H₁. Existe relación entre los factores personales de los adultos jóvenes del noroeste de México, con su estilo de vida promotor de salud.

EVPS	U de Mann-Whitney	Kruskal-Wallis χ^2	p	Prueba de Hipótesis
Factores Personales (Biológicos)				
Sexo	121771.0		0.033	Se acepta H ₁ , valor p<0.05
Edad		0.811	0.667	Se acepta H ₀ , valor p>0.05
IMC		1.642	0.900	Se acepta H ₀ , valor p>0.05

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

Tabla 73. H₁. Existe relación entre los factores personales de los adultos jóvenes del noroeste de México, con su estilo de vida promotor de salud.

EVPS	U de Mann-Whitney	Kruskal-Wallis X ²	p	Prueba de Hipótesis
Factores Personales (Socioculturales)				
Trabaja	116471.5		0.066	Se acepta H ₀ , valor p>0.05
Servicio de salud	40941.5		0.126	Se acepta H ₀ , valor p>0.05
Percepción del estado de salud		76.9	0.000	Se acepta H ₁ , valor p<0.05
Prácticas para cuidar la salud	59657.5		0.000	Se acepta H ₁ , valor p<0.05
Actividad física	49652.0		0.000	Se acepta H ₁ , valor p<0.05
Ejercicio físico	64264.0		0.000	Se acepta H ₁ , valor p<0.05
Act. Descanso/ocio	22240.5		0.012	Se acepta H ₁ , valor p<0.05
Consumo de tabaco	110671.0		0.007	Se acepta H ₁ , valor p<0.05
Consumo de alcohol	31809.0		0.363	Se acepta H ₀ , valor p>0.05
Consumo de drogas	112086.5		0.145	Se acepta H ₀ , valor p>0.05
Sensación que no vale la pena vivir	65785.5		0.000	Se acepta H ₁ , valor p<0.05
Ha intentado quitarse la vida	8283.0		0.020	Se acepta H ₁ , valor p<0.05
Se expresa de manera violenta	73059.0		0.000	Se acepta H ₁ , valor p<0.05
Relaciones sexuales	113299.0		0.004	Se acepta H ₁ , valor p<0.05

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

En tabla 72 y 73 se muestra que de los factores personales biológicos: sexo y de los factores personales socioculturales: percepción del estado de salud, prácticas para cuidar la salud, actividad física, ejercicio físico, actividades de descanso/ocio, consumo de tabaco, sensación que no vale la pena vivir, ha intentado quitarse la vida, se expresa de manera violenta y relaciones sexuales mostraron una relación estadísticamente significativa con el estilo de vida

promotor de salud con un valor $p < 0.05$. Por lo cual se acepta parcialmente la hipótesis planteada.

Tabla 74. H₁. A mayor sentido de coherencia en los adultos jóvenes del noroeste de México, mejor es su estilo de vida promotor de salud.

EVPS	Correlación Rho de Spearman	Prueba de Hipótesis
Sentido de coherencia	0.355**	Se acepta H ₁ valor $p < 0.05$

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

** La correlación es significativa en el nivel 0.01

En tabla 74 se muestra que el análisis de los datos con la prueba de coeficiente de Correlación de Spearman, permitió apoyar la hipótesis establecida a nivel de significancia de 0.01, existiendo evidencia que a mayor sentido de coherencia mejor estilo de vida promotor de salud en los adultos jóvenes universitarios.

Tabla 75. H₁. A mayor empoderamiento para la salud en los adultos jóvenes del noroeste de México, mejor es su estilo de vida promotor de salud

EVPS	Correlación Rho de Spearman	Prueba de Hipótesis
Empoderamiento para la salud	0.401**	Se acepta H ₁ valor $p < 0.05$

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

** La correlación es significativa en el nivel 0.01

En tabla 75 se evidencia, que posterior al análisis de los resultados con la prueba de coeficiente de correlación de Spearman, se apoya la hipótesis a un nivel de significancia 0.01, existiendo confirmación que a mayor empoderamiento para la salud mejor estilo de vida promotor de salud en los adultos jóvenes universitarios.

Tabla 76. H₁. A mayor autoeficacia percibida en los adultos jóvenes del noroeste de México, mejor es su estilo de vida promotor de salud.

EVPS	Correlación Rho de Spearman	Prueba de Hipótesis
Autoeficacia percibida	0.379**	Se acepta H ₁ valor p<0.05

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

** La correlación es significativa en el nivel 0.01

En tabla 76 se muestra que la prueba de coeficiente de correlación de Spearman permitió apoyar la hipótesis de investigación a nivel de significancia 0.01, existiendo evidencia que a mayor autoeficacia percibida mejor estilo de vida promotor de salud en los adultos jóvenes universitarios.

Tabla 77. H₁. Existe relación entre sentido de coherencia, empoderamiento para la salud y autoeficacia percibida en los adultos jóvenes del noroeste de México con su estilo de vida promotor de salud.

EVPS	Correlación Rho de Spearman	Prueba de Hipótesis
Sentido de coherencia	Correlaciones positivas directas significativas	Se acepta H ₁
Empoderamiento para la salud		Valor p= <0.001
Autoeficacia percibida		

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

** La correlación es significativa en el nivel 0.01

En tabla 77, posterior al análisis de los resultados con la prueba de coeficiente de correlación de Spearman, se apoyó la hipótesis establecida a nivel de significancia 0.01, existiendo evidencia que hubo asociación positiva directa y significativa del SOC global (0.355), EPS global (0.401) y AEP (0.379) con el EVPS. Por lo tanto, se puede concluir que el adulto joven al mostrar un mejor nivel de sentido de coherencia, mejor empoderamiento para la salud y mejor autoeficacia percibida en su vida cotidiana, demostrará un mejor nivel en su estilo de vida promotor de salud y viceversa.



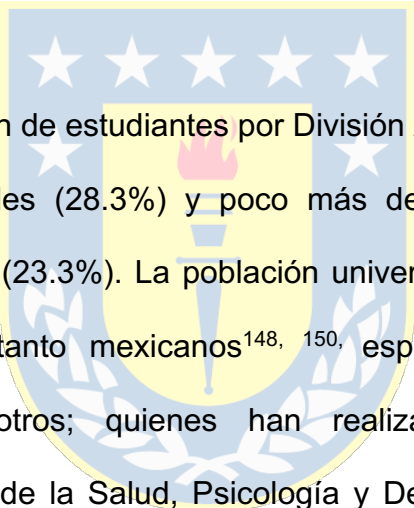
VI. DISCUSIÓN

Al analizar el estilo de vida en adultos jóvenes universitarios del Estado de Sonora, se constató la situación actual que prevalece en este grupo etario quienes declararon conductas en salud poco saludables. Este resultado es inquietante si se considera que además, organismos internacionales informan que los jóvenes tienen que afrontar obstáculos o situaciones asociados a la pobreza, falta de oportunidades, ausencia de redes o entornos protectores, entre otros, que pueden garantizarles o afectarles un adecuado desarrollo saludable^{29, 46, 178}. También existen algunos determinantes de la salud (factores personales, sociales, económicos y ambientales)¹⁷⁹ que influyen en su salud de forma positiva o negativa. El conservar y mantener un adecuado estado de salud y bienestar de los adultos jóvenes dependerá de los recursos (intrínsecos o extrínsecos) para la salud que posea y permita la toma de decisiones asertivas para lograr una mejor calidad de vida permanente.

Perfil de los estudiantes según factores sociodemográficos

De los tres campus estudiados, la mayor presencia de adultos jóvenes fue de la unidad académica de Hermosillo, Sonora, México (91.0%), donde existen más programas académicos para los estudiantes. La Universidad de Sonora es una excelente opción para aquellos jóvenes que aspiran a una carrera universitaria, debido a que ofrece una oferta académica muy amplia en sus diferentes unidades

académicas (53 programas en todos sus campus)¹⁸⁰, además está localizada en la capital de Sonora¹⁸¹. La ubicación geográfica de la sede universitaria expone a los jóvenes a una serie de situaciones que deben ser consideradas al ingresar al ámbito universitario, este escenario puede afectar o beneficiar su transición de un nivel educativo a otro influyendo en la adopción de conductas relacionadas a la salud como son: la ubicación de la institución, el prestigio, la oferta educativa, el costo de la carrera, la situación socioeconómica familiar, la manutención durante la estancia de estudios, entre otros factores¹⁸².

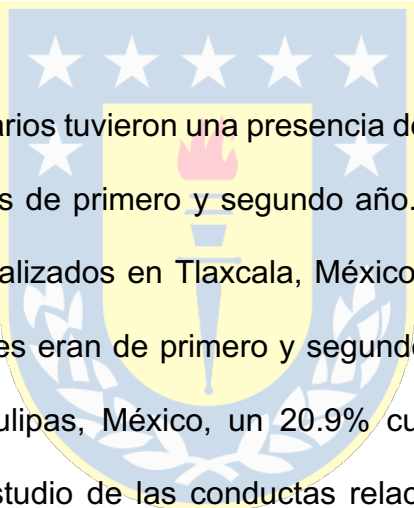


En cuanto a la distribución de estudiantes por División Académica, casi un tercio eran de Ciencias Sociales (28.3%) y poco más de un cuarto de Ciencias Biológicas y de la Salud (23.3%). La población universitaria ha sido de interés para diversos autores tanto mexicanos^{148, 150}, españoles¹⁸³, bolivianos¹⁸⁴ y colombianos¹⁸⁵, entre otros; quienes han realizado investigaciones en estudiantes de Ciencias de la Salud, Psicología y Derecho entre otras áreas. Investigaciones han evidenciado que dependiendo del área de formación el estudiante puede mostrar mejor cuidado de la salud y autopercepción de la salud¹⁸⁶. Los estudiantes de las Ciencias de la Salud conforman un grupo ejemplar como modelo saludable desde el punto de vista sanitario¹⁸⁷. También es importante considerar a los estudiantes de las otras áreas quienes conforman un grupo que igualmente están expuestos a diferentes factores que los pueden conducir a la adopción de comportamientos no saludables.

Con respecto a los programas seleccionados para el estudio, predominaron con mayor frecuencia Derecho, Psicología, Enfermería y Químico Biólogo, entre otras, existió mayor presencia de mujeres en algunas áreas como salud y mayor frecuencia de hombres en las Ingenierías y Ciencias Exactas y Naturales. Al respecto la Secretaria del Trabajo y Previsión Social de México reportó que las mujeres tienen mayor presencia en las áreas de Ciencias de la Salud (61.4%), Humanidades (56.6%) y Ciencias Biológicas (53.2%).

Las carreras con menos presencia de mujeres son Ingenierías (24.9%), Físico Matemático (35%) y Minería (4.8%)¹⁸⁸. En los países vascos las mujeres optan mayoritariamente para titularse además de las carreras anteriormente mencionadas, por las Artes y Ciencias Sociales y Jurídicas y los hombres se perfilan a las Ingenierías y Arquitectura¹⁸⁹. Estos datos coinciden con esta investigación, donde es probable que la selección del área de formación profesional este atribuida a factores como la personalidad, habilidades, preferencias, valores, oferta laboral, además de los condicionantes referentes al género, lo cual influye al momento de elegir el proyecto profesional de los adultos jóvenes. La elección de las carreras profesionales por parte de los jóvenes, no guarda relación con la demanda del mercado profesional¹⁸⁴, es común encontrar mayor número de estudiantes en ciertas áreas con respecto a otras. La selección de la carrera universitaria puede generar estrés, pero algunas profesiones causan más ansiedad entre los jóvenes, entre las que se encuentran medicina,

psicología, enfermería, trabajo social, periodismo, arquitectura, contaduría entre otros, los factores más comunes que se han identificado es la carga académica, insuficiente tiempo de descanso, presión por cumplir ciertas responsabilidades, entre otros¹⁹⁰. Es importante identificar las características de los estudiantes por programas académicos, para planear de forma asertiva programas de promoción de la salud con enfoque de género, al considerar las necesidades por sexo y grupos de edad, indistintamente de su área de formación, con el fin de incentivar las modificaciones de conductas hacia un EVPS.



Los estudiantes universitarios tuvieron una presencia de un poco más de la mitad (51.2%) en los programas de primero y segundo año. Estos datos concuerdan con estudios similares realizados en Tlaxcala, México donde reportaron que la mayoría de los estudiantes eran de primero y segundo año¹⁵⁰ y en estudiantes de enfermería de Tamaulipas, México, un 20.9% cursaba segundo y 31.8% cuarto semestre¹⁹¹. El estudio de las conductas relacionadas a la salud en la población joven que ingresa al ámbito universitario es importante, porque brinda una panorámica general de su situación actual, se ha evidenciado que conforme transcurre su vida universitaria estas conductas se modifican, afectando su salud, su bienestar personal y desempeño académico. Algunos autores mencionan que el primer año de experiencia en la educación superior es crucial para asegurar con éxito la permanencia durante toda la carrera, lo que requiere un complejo proceso de integración emocional, social y académica por parte del estudiante,

pero conforme el estudiante vive la experiencia universitaria se enfrenta a múltiples factores que pueden afectar su desempeño académico al adquirir conductas no saludables que lo pueden conducir a la deserción escolar¹⁹². Las causas más frecuentes de deserción escolar son los problemas de insatisfacción académica, indisciplina, bajo rendimiento escolar, apoyos económicos, familiares, de salud, la maternidad, cuestiones laborales entre otros, se reportó que ocho de cada 100 estudiantes concluyen la carrera universitaria¹⁹³.

Con relación a la edad, el promedio de edad correspondió a 21 años, observando mayor concentración en el grupo de 19 a 22 años, similar a lo reportado por diversos investigadores que han realizado este tipo de estudios^{138, 150}. Este grupo de edad se caracteriza por mostrar una asistencia en la educación formal reportada por INEGI México del 25.5% (adultos jóvenes de 20 a 24 años) y en menor porcentaje (7.1%) del grupo de 25 a 29 años¹⁹⁴. La edad es un factor relevante porque los jóvenes tienden a desear alcanzar un nivel mayor de estudios, lograr una meta de nivel superior y poder insertarse al mercado laboral para tener mayores posibilidades de mejorar sus condiciones de vida y salud, pero también está vinculada a cambios en su estilo de vida, al insertarse a un medio universitario donde una gran mayoría tiende a modificar sus conductas al exponerse a diferentes situaciones de riesgos para su salud debido a que la edad está relacionada a la adquisición de conductas no saludables¹⁴⁶.

Respecto a la variable sexo de los adultos jóvenes, predominaron mayormente las mujeres (53%), estos datos coinciden con autores colombianos y españoles, cuya muestra de sus estudios en estudiantes universitarios fueron mayormente mujeres^{195, 196}. La Secretaría de Educación Pública de México, reportó que durante el ciclo escolar 2015-2016 en Sonora, un 48.7% fueron mujeres quienes cursaban estudios profesionales¹⁹⁷, cifra inferior a la reportada en comparación con los hombres¹⁹⁸. Sin embargo, la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior de México, reportó que la Universidad de Sonora en el ciclo escolar 2017-2018 tuvo un ingreso mayor de mujeres (15,319 [53.4%]) en relación a los hombres (13,383 [46.6%])¹⁸⁰.

La igualdad entre el género es un derecho humano fundamental, es la base para el desarrollo de un mundo próspero, pacífico y sostenible, por lo que es importante el acceso a la educación de las mujeres para que puedan mejorar sus condiciones de vida y obtener un trabajo decente, con derechos igualitarios¹⁹⁹. En los ámbitos universitarios la presencia de las mujeres permite brindar una perspectiva de desarrollo y de oportunidades, su formación profesional está asociada a la adquisición de hábitos en salud, mayor capacidad para la toma de decisiones en todos los aspectos de su vida fortaleciendo su empoderamiento para que puedan proyectarse en su ámbito familiar y social contribuyendo al mantenimiento del bienestar social²⁰⁰.

La mayoría de los estudiantes universitarios eran solteros y no habían tenido hijos. En Sonora (2015) se reportó que la situación conyugal de la población de 12 y más años, en un 34.2% eran solteros²⁰¹, los resultados coinciden con el estudio realizado en estudiantes universitarios hombres y solteros en Guadalajara, México²⁰². Investigadores identificaron que el estado civil (4.2%) y el embarazo (5.2%) en estudiantes tenían poca influencia en el abandono de los estudios universitarios, sin embargo la presencia de afecciones en la salud física y mental de los jóvenes puede influir de forma importante en su formación académica²⁰³.

Más de la mitad de los adultos jóvenes profesaban la religión católica (67.7%), estos hallazgos encuentran apoyo en el estudio en el cual los autores concluyeron que los adultos jóvenes universitarios aún conservan las bases de religiosidad inculcados por sus familias y pueden ser compartidos con sus compañeros, además están en una etapa de su vida donde pueden consolidar o cambiar sus propias creencias, en busca de su identidad, se evidenció que las mujeres se percibían más religiosas que los hombres²⁰⁴.

Se identificó que más de la mitad de los universitarios provenían del área urbana (82.0%), de familia nuclear (77.6%) y vivían actualmente con su familia (79.0%), estos datos coincide con lo reportado por un estudio que identificó los factores relacionados con la permanencia escolar, al indicar que algunos factores como el personal (tener una familia unida, nuclear, ser soltero) y el factor económico

(contar con el soporte de sus padres), eran aspectos de apoyo importante para que el estudiante pudiera lograr sus metas académicas²⁰⁵. Por lo cual se convierten en factores protectores que podrían asegurar la permanencia del estudiante en el ámbito universitario.

Más de la mitad de los adultos jóvenes declararon no trabajar actualmente (61.8%), sin embargo, poco más de un tercio de ellos señalaron trabajar (38.2%), dedicando más de 30 horas a la semana (31.8%) y un cuarto (25.2%) menos de 15 horas a la semana. Algunos investigadores encontraron que los estudiantes trabajaban y estudiaban, con mayor tendencia en los hombres^{150, 202}, condición preocupante considerando las implicaciones hacia la salud física y mental de los estudiantes al asumir una carga académica y laboral. Este aspecto puede ser discutible, para algunos autores la condición de trabajar y estudiar de forma simultánea el nivel universitario, puede producir efectos positivos y negativos, entre los primeros se encuentra utilizar el tiempo de forma eficiente y adquirir experiencia en la inserción laboral y en los segundos se reporta la influencia en el desempeño académico, aumentar el riesgo de retraso y fracaso en su formación. Así mismo la presión en los estudiantes es un determinante cuando se invierten más de 20 horas semanales al trabajo ocasionando la necesidad de un tiempo de descanso por la carga física y mental implicada y la imposibilidad de coordinar horarios educativos y laborales²⁰⁶.

La gran mayoría de los estudiantes contaba con un servicio de salud (90.6%), predominando el IMSS como institución de salud. Se identificó que casi una décima parte de ellos no contaba con seguridad en salud, desconocían o no contaban con ninguno servicio (por desconocimiento o falta de trámite como un derecho escolar). Se esperaba que la totalidad de los estudiantes contaran con seguridad social para recibir los servicios de salud como un derecho por ser estudiante universitario, el cual es único, permanente e intransferible²⁰⁷. México establece en su Artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud”²⁰⁸ brindando la garantía de recibir atención médica acorde a sus necesidades, a través de las instituciones dedicadas a atender la salud de la población como el IMSS, el ISSSTE, los centros de salud y el Seguro Popular para atender a la población que no es derechohabiente. Por lo cual se hace indispensable que los adultos jóvenes asuman la responsabilidad de su propia salud al asegurarse por lo menos de contar con seguridad en salud que garantice su atención en promoción y protección de su salud en caso de requerirlo.

Así mismo, se observó que algunos estudiantes provenían del medio rural, vivían con amigos y tenían otras responsabilidades (estar con pareja y tener hijos); estos factores personales y sociales podrían hacerlos susceptibles de vivir situaciones estresantes durante su permanencia en la universidad y afectar su salud, bienestar o desempeño académico²⁰⁵.

Conductas en salud de los adultos jóvenes universitarios

El estilo de vida comprende comportamientos positivos como negativos, en este estudio se observaron conductas saludables como no saludables, con predominio de estas últimas. Las conductas no saludables que se identificaron en los adultos jóvenes, fueron un IMC alterado en casi la mitad (48.2%) de la población, los hombres tuvieron mayor tendencia con relación a las mujeres de sobrepeso y algún tipo de obesidad hasta la mórbida. La problemática fue mayor en ésta población de estudio con relación a lo reportado por OMS en el año 2016, donde un 39.0% de las personas adultas de 18 años o más tenían sobrepeso y un 13% obesidad, analizando por sexo las mujeres predominaron con ambos problemas de salud²⁰⁹.

Asimismo, la ENSANUT MC identificó en adultos de 20 años y más, que las mujeres tuvieron más alta prevalencia que los hombres de sobrepeso (41.7% vs 37.0%), obesidad (38.6% vs 27.7%) y obesidad mórbida (4.1% vs 1.7%), además la región Norte de México (incluida Sonora) y las localidades urbanas presentaron mayor tendencia a la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad³⁸. Los trastornos nutricionales por exceso son un grave problema que se ha ido incrementado con el tiempo en nuestro país, a pesar de las políticas en salud establecidas, aun así, en México se encuentran como principales causas de mortalidad las ENT. En realidad, está mal nutrición observada se relaciona con una mayor preferencia para consumir alimentos de bajo aporte nutricional, ricos

en grasa y carbohidratos, es muy común el consumo de comidas rápidas, coincidiendo con los aportes sobre el estado nutricional y consumo de alimentos en estudiantes de nutrición y dietética de Colombia, que presentaron inadecuados hábitos alimentarios, lo cual puede estar relacionado a una malnutrición²¹⁰. Un estudio describió que los estudiantes más jóvenes, de predominio hombres y del área de la salud, no mostraron preocupación por adquirir un EVPS, se podría pensar que presentaron resistencia al asumir la responsabilidad sobre su propia salud al mostrar conductas de adolescentes tardíos o adultos emergentes¹³⁹. Los problemas nutricionales son prevenibles a través de estrategias costo-eficientes al incidir en un cambio de conducta nutricional, fomentar la actividad y ejercicio físico en los estudiantes, lo que permitirá adoptar un EVPS.

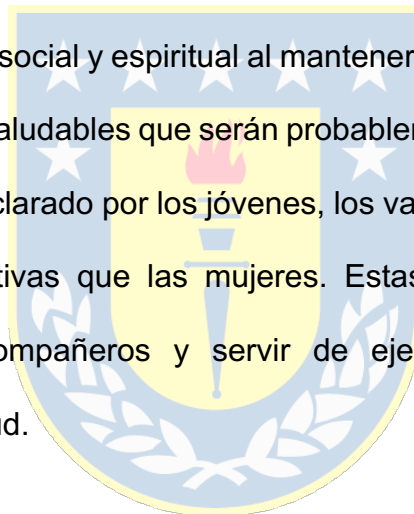
Con relación al estado de salud, más de la mitad de los adultos jóvenes percibieron su salud como buena a muy buena, realizaban alguna práctica para cuidar su salud y poco más de un quinto (29.5%) acudió cada año y cada seis meses (24.8%) a su servicio de salud para control cuando se sentía en buenas condiciones de salud. En referencia a los resultados obtenidos, la Encuesta Nacional de Salud en España del año 2017, reportó que el grupo de 15 a 34 años mostró una percepción positiva de su salud de bueno o muy bueno, los hombres mostraron mayor percepción que las mujeres, se incrementó la participación de las personas para realizar prácticas preventivas de salud y en el uso de los

servicios de salud; en atención primaria acudieron más mujeres a control de su salud que los hombres²¹¹.

Por otro lado, algunos adultos jóvenes refirieron no realizar prácticas para cuidar su salud mayormente las mujeres (38.9%) y nunca acudieron a su servicio de salud para control cuándo estaban en buenas condiciones de salud con mayor frecuencia en los hombres (49.2%). Esta información concuerda con el reporte realizado por el Ministerio de Salud de Chile en el año 2012, el cual indicó que los jóvenes hasta los 19 años, no percibían los servicios de salud como fuente de apoyo, no se sentían aceptados por ellos y sentían que los servicios de salud no respondían a sus necesidades reales²¹². Quizás esta percepción se afirma en un estudio el cual expone que los jóvenes son un grupo poblacional relativamente sano, mostrando incoherencia entre el saber y el actuar frente a los comportamientos relativos a la salud, se esperaría que ellos demostraran mayores conocimientos sobre el cuidado de su salud que les permitieran realizar prácticas de autocuidado²¹³.

Entre las conductas saludables declaradas por los adultos jóvenes, se identificó que las principales actividades realizadas por los varones para cuidar su salud fueron sonreír a menudo (87.8%), mostrar una actitud positiva en actividades cotidianas (83.3%), practicar sexo seguro (77.7%) y realizar actividad física 3 veces a la semana (61.4%). En cambio, las mujeres declararon evitar vicios como

fumar y beber alcohol (67.5%), llevar una dieta balanceada que incluía alimentos de todo tipo (53.0%), dormir al menos 8 horas diarias (42.6%) y comer 5 raciones de frutas y vegetales al día (31.9%). Similares resultados se observaron en una investigación en estudiantes de Perú, la mayoría realizaba actividad física en su vida cotidiana algunas veces o siempre, la mitad tomaban entre 4 a 8 vasos de agua al día y dormían al menos siete horas diarias y en menor medida comían con frecuencia cinco porciones de frutas o verduras diarias²¹⁴. Realizar actividades encaminadas en beneficio de conservar la salud favorece el buen desarrollo físico, mental, social y espiritual al mantener al individuo consciente de adquirir hábitos de vida saludables que serán probablemente un reflejo de su vida adulta. Respecto a lo declarado por los jóvenes, los varones refirieron conductas más positivas y preventivas que las mujeres. Estas actividades pueden ser observadas por sus compañeros y servir de ejemplo como modelos de comportamientos en salud.



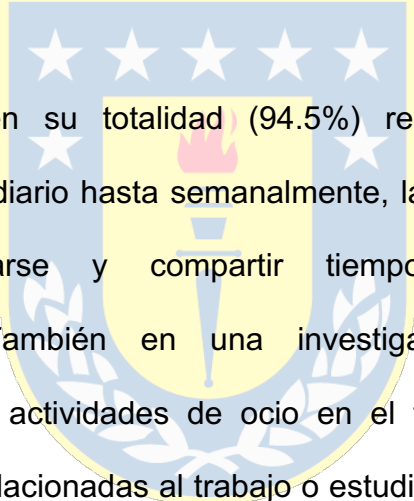
Los principales motivos para cuidarse a sí mismo fueron sentirse bien y mantener y/o recuperar la salud; entre los principales motivos para no cuidarse que indicaron las mujeres fue no tener una razón específica; en cambio, los hombres señalaron le daba pereza hacerlo (26.7%) y no creían que algo malo le pudiera pasar (19.0%). Los mismos motivos fueron reportados en estudiantes mujeres de pregrado, quienes refirieron mantener y/o recuperar la salud y sentirse bien entre otros motivos y en general los jóvenes señalaron como motivos para no cuidarse

el no creer que algo malo le pudiera pasar, le daba pereza hacerlo y le daba miedo descubrir que algo le pasaba, no existió una relación entre el sexo y los motivos para autocuidarse y no cuidarse²¹³.

Los adultos jóvenes señalaron realizar actividad física y ejercicio físico, casi un tercio lo realizaba tres días a la semana y más de un cuarto a diario. Las actividades más frecuentes fueron caminar activamente, correr a ritmo moderado, ejercitar pecho, abdominales, brazos y piernas, y subir escalones o escaleras. Similares prácticas se observaron en universitarios donde más de la mitad de estudiantes españoles declararon realizar actividad física y algún tipo de ejercicio físico¹⁴¹, en argentinos se reportó que poco más de la mitad obtuvo nivel de actividad física alto²¹⁵, y en estudiantes de Guadalajara, México, se identificó que menos de la mitad realizaban actividad física al menos tres veces a la semana y casi un tercio lo efectuaba una a dos veces, las más frecuentes fueron correr, caminar rápido y trotar¹⁴⁶.

Se destaca que es importante considerar la frecuencia, intensidad y duración en la ejecución de actividad física y ejercicio físico, impactando en la reducción del tiempo invertido en las actividades sedentarias y disminuir el riesgo de enfermedades²¹⁵. Sin embargo, se ha observado en algunos estudios, que las mujeres y aquellos estudiantes que presentaban sobrepeso y obesidad practicaban en menor frecuencia e intensidad actividad física y ejercicio físico

mostrando mayor tendencia a riesgo de sedentarismo^{138, 139, 141}. En otro estudio, universitarios se identificó una carencia de la cultura para realizar ejercicio y actividad física de forma secuencial, efectiva y suficiente, como parte importante de promover, conservar su salud y prevenir enfermedades no transmisibles, mostrando comportamientos poco saludables¹⁴⁶. Se ha reportado que la predisposición a realizar actividades sedentarias por parte de los jóvenes puede estar influenciada por la carga académica, la motivación, preferencias personales y los recursos que la institución educativa ofrezca para poder realizarlos²¹⁶.



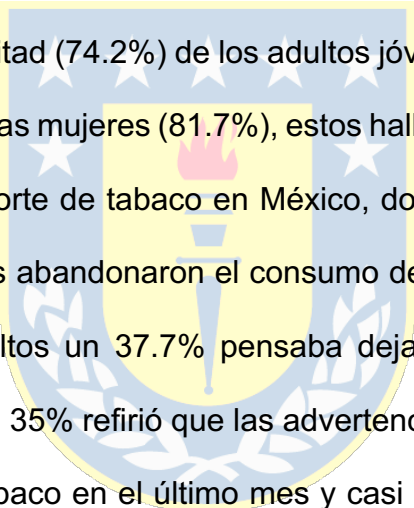
Los estudiantes casi en su totalidad (94.5%) realizaban actividades de descanso/ocio, desde a diario hasta semanalmente, las principales actividades fueron descansar/relajarse y compartir tiempo o actividades con familia/amigos/pareja. También en una investigación en España, los universitarios realizaban actividades de ocio en el tiempo libre, tales como realizar actividades no relacionadas al trabajo o estudio, brindarles libertad y no estar obligados a realizar nada en concreto, beneficiándolos de alguna manera para que se sintieran bien, pudieran aprender cosas nuevas o establecer relaciones afectivas²¹⁷. Las actividades agradables permite a los estudiantes sentirse contentos, positivos, aumenta su satisfacción y los motiva a ejecutar actividades saludables que favorezcan su salud física²¹⁸.

El tabaco es una de las drogas de consumo lícito que los estudiantes refirieron consumir alguna vez en la vida (63.3%) con mayor tendencia en los hombres. Estos resultados son similares a las reportadas en 2016 en México donde dos tercios (65.7%) de los hombres de 12 a 65 años reportó haber fumado tabaco alguna vez en la vida en comparación con las mujeres (37.4%)²¹⁹. En el mismo sentido la OMS reportó que el consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo conductuales, siendo más frecuente el consumo entre los hombres^{29, 46}.

Por otra parte un tercio de los adultos jóvenes nunca habían fumado tabaco, los cuales también presentan riesgo para su salud, al estar expuestos al humo de tabaco de segunda mano²²⁰, se ha identificado que “no existe un nivel inocuo de exposición al humo de tabaco”²²¹, el lugar donde se desenvuelven como el ámbito escolar universitario puede convertirse en un factor de riesgo o un factor protector en el consumo de tabaco²²².

La edad de inicio de consumo fue durante su adolescencia, en edades más tempranas los hombres en relación a las mujeres (16.7 vs 17.2 años). Los resultados obtenidos contrastan con el reporte de tabaco en Sonora, donde se identificó que la edad promedio de inicio de consumo diario fue 23.1 años en las mujeres y 18.4 años en los hombres²¹⁹.

Las principales razones para iniciar el consumo fueron tener compañeros y amigos que fumaban (hombres 17.1% vs mujeres 9.9%) y la curiosidad (hombres 35.7% vs mujeres 33.8%). Similares resultados se observados en estudiantes, también refirieron fumar por motivos de aceptación por el grupo de amigos y la curiosidad, además de adquirir un rol de autoridad personal en relación al de iguales, un paso a la madurez, sensación de control del peso y la influencia con los amigos del sexo opuesto²²³.



Actualmente más de la mitad (74.2%) de los adultos jóvenes no fumaban tabaco, con mayor frecuencia en las mujeres (81.7%), estos hallazgos son superiores con lo evidenciado por el reporte de tabaco en México, donde un porcentaje menor (16.2%) de los fumadores abandonaron el consumo de tabaco en el último año; entre los fumadores adultos un 37.7% pensaba dejar el tabaco debido a las advertencias en salud, un 35% refirió que las advertencias en salud evitaron que fumaran un cigarro de tabaco en el último mes y casi la mayoría reconoció que fumar tabaco causaba enfermedades graves²¹⁹.

Algunos universitarios habían intentado dejar de consumir tabaco, empleando su voluntad al dejar de fumar súbitamente y disminuir gradualmente el número de cigarros. En México se ha informado que más de la mitad de los fumadores habían intentado dejar de fumar apoyándose en la farmacoterapia y asesoría/consejería de un profesional de la salud²¹⁹. Estudios similares

observaron que los estudiantes habían expresado el deseo de dejar o se encontraban en proceso de dejar de consumir tabaco^{150, 224}. Se requiere de un gran esfuerzo por parte de los jóvenes para abandonar el hábito tabáquico porque “dejar de fumar no es fácil”²²⁵. Las estrategias empleadas a voluntad propia, no aseguran éxito en su intención, es necesario canalizar a aquellos estudiantes que realmente quieren dejar de consumir tabaco con profesionales de la salud para establecer un programa en base a sus necesidades. En general los jóvenes consumen tabaco a pesar de estar en un ambiente universitario, sin considerar los riesgos para su salud, los cuales indican que el humo del tabaco contiene al menos 250 sustancias químicas nocivas y más de 50 cancerígenas²²¹. Es importante promover los programas de prevención como el de “espacios 100% libres de humo de tabaco”⁵¹ en áreas comunes de convivencia, incentivando a los estudiantes al abandono del consumo, para disminuir el efecto nocivo a su salud por la exposición al humo de tabaco de segunda mano.

Los estudiantes refirieron mayor consumo, por la otra droga lícita que es el alcohol, presentaron un consumo alto de bebidas alcohólicas alguna vez en la vida (93.1%), tanto hombres como mujeres. En un estudio se observó que aquellos estudiantes con edades de 24 o más años tenían más motivos para beber de forma excesiva, mostraban falta de capacidad para medir las consecuencias y presentaban problemas interpersonales; Los estudiantes que trabajaban ingerían alcohol de forma más frecuente y excesiva; y los estudiantes

de primero a tercer semestre tomaban menos y consideraban más las consecuencias en comparación con los de cuarto o más semestres²²⁶.

Los adultos jóvenes en promedio comenzaron a beber a los 16.4 años, edades muy similares para hombres (16.0) y mujeres (16.7). Conductas similares de consumo de alcohol se observaron en estudiantes universitarios españoles donde más de la mitad habían consumido en algún momento de su vida²²⁷. El reporte de alcohol en Sonora, informó que el alcohol es la principal droga de inicio en la población estudiantil, independientemente de su nivel de estudio, los hombres comenzaron a beber a edades más tempranas que las mujeres, 16.6 años y 19 respectivamente²²⁸.

Más de un tercio de la población (39.4%) declaró beber una a tres veces o más al mes. El consumo promedio de copas/botes que tomaban en cada ocasión que consumían fue de 5.6 vasos/botes mayor consumo por parte de los hombres (7.4 copas/botes). El Capítulo México de Salud en las Américas, indicó que aproximadamente 27 millones de mexicanos consumían alcohol con poca frecuencia, pero en cantidades excesivas, constituyéndose en la principal causa de muerte en jóvenes³⁶. Un estudio identificó el consumo excesivo de alcohol (cinco o más copas en una sola ocasión en el último mes) en estudiantes desde su formación académica básica y media superior, con mayor consumo por parte de los varones y que cursaban el nivel bachillerato²²⁹; esta situación puede

contribuir a que el universitario muestre patrones de consumo elevado, afectando su integridad física, psicológica y académica. El consumo de alcohol en la población adulta está asociado a la mortalidad por accidentes de tránsito³⁶. Un estudio sobre estilo de vida en estudiantes de la salud, reportaron que tenían comportamientos pocos saludables al consumir alcohol y creían que el consumo era cuestión de voluntad¹⁴². Al estudiar el SOC y el consumo de alcohol en jóvenes universitarios se identificó que un nivel de SOC alto se asociaba a un menor consumo de alcohol, convirtiéndose en un factor protector al limitar el consumo de alcohol de riesgo y perjudicial¹²².

Las bebidas que consumieron más de la mitad de los adultos jóvenes fueron la cerveza (73.9%) y destilados. En diferentes estudios en universitarios se observó que la cerveza era de mayor consumo^{230, 231}. En México la cerveza es la bebida alcohólica preferida, cada mexicano consume en promedio 62 litros al año²³². Entre los efectos secundarios ocasionados por el consumo de bebidas alcohólicas se encuentra: el alcohol es un sedante/hipnótico con efectos parecidos a los de los barbitúricos; ocasiona efectos sociales por su consumo; la intoxicación alcohólica puede causar envenenamiento e incluso la muerte; el consumo intenso y prolongado puede originar dependencia o producir trastornos mentales, físicos y orgánicos²³³.

También, los estudiantes declararon combinar bebidas energéticas con bebidas alcohólicas, en proporciones similares tanto hombres como mujeres (30.4% vs 24.6%). Actualmente el consumo de bebidas energizantes se ha masificado fuertemente a nivel mundial, las edades de 19 a 34 años presentan las más altas prevalencias de consumo; el consumo en exceso ocasiona riesgos para la salud de las personas y cuando se mezcla con el alcohol enmascara los signos de intoxicación por alcohol. Implicando el riesgo de consumir mayor volumen de alcohol, con mayor presencia de deshidratación y efectos secundarios más severos y prolongados²³⁴. Algunos autores mencionan los factores protectores para evitar el consumo de alcohol en adultos jóvenes; incentivar su participación en actividades extraescolares, extracurriculares y complementarias ofrecidas por la institución educativa y realizar actividades comunitarias de participación social²³⁵, además se identificó que los estudiantes que platicaban con sus padres sobre el consumo de alcohol tenían menos probabilidad de consumir de manera frecuente¹⁵⁰.

En el caso de las drogas ilícitas, los estudiantes refirieron haberla consumido o probado alguna vez en su vida (46.3%), principalmente los varones. Situación preocupante si se considera el reporte de drogas en México (2016-2017) donde hubo un incremento en el consumo de drogas ilícitas en la población de 18 a 34 años (hombres 16.6% vs mujeres 12.5%)²³⁶. Resultados similares se identificaron en un estudio epidemiológico andino en universitarios colombianos²³⁷ y en

estudiantes de Guadalajara, México, poco más de un tercio (35.9%) había probado/consumido alguna droga ilícita, antes de los 21 años, el consumo mayor fue en hombres²³⁰.

Los adultos jóvenes señalaron iniciar el consumo de drogas ilícitas antes de los 20 años. Es importante destacar que los estudiantes postergaron el inicio de consumo con respecto a otros estudios; en universitarios andinos se mostró que el consumo de sustancias psicoactivas tuvo una edad promedio de 17 años, iniciando al final de la secundaria y el inicio de estudios universitarios²³⁸. Algunos autores mencionan que el inicio de consumo fue en edades tempranas en comparación con este estudio; una investigación en estudiantes mexicanos de nivel primaria hasta bachillerato identificó que la edad fue 13 años²²⁹. Este resultado va acorde con lo reportado en México donde se ha observado una tendencia a la disminución en la edad promedio de inicio de consumo de drogas a lo largo de los años, siendo 17.8 años en 2016²³⁶.

El ambiente universitario se convierte en un entorno de riesgo para el consumo de drogas, posiblemente atribuido a que los adultos jóvenes intentan ser parte integral de algún grupo; el grupo de pares se convierten en su nuevo referente de identidad, actitudes y conductas, iniciando el consumo por distanciamiento y oposición hacia los adultos²³⁹; las drogas reemplazan las habilidades y competencias sociales²⁴⁰, exponiéndolos a situaciones problemáticas con

repercusiones negativas en todos los aspectos de su vida personal y académica. En estudiantes costarricenses se registró que la edad y el sexo eran factores protectores, las mujeres y los mayores de 20 años tenían menos probabilidades de consumir drogas ilícitas²⁴¹. Por otro lado, cuando aumenta la edad aumenta el número de sustancias consumidas; los adultos jóvenes consumidores mayores de 25 años consumían más drogas y combinaban más sustancias que los menores de 20 años²³⁸.

Menos de un cuarto de los hombres (24.0%) consumía una droga y las mujeres consumían hasta tres drogas (0.6%). En universitarios de Girona, España se encontró una elevada relación entre el policonsumo de sustancias de los estudiantes y el de sus referentes más próximos (mejor amigo, padre, madre, algún hermano, pareja), de manera que si el referente es policonsumidor de sustancias, existe más probabilidad que el estudiante también lo sea²⁴². En Cuba más de la mitad de los estudiantes eran policonsumidores de sustancias adictivas y poseían limitados conocimientos sobre el consumo de sustancias adictivas, lo que no favorecía la autorregulación del comportamiento dirigido a la adopción de conductas saludables¹⁴⁶, se ha identificado que los universitarios que usaban drogas presentaron problemas escolares, económicos y emocionales²⁴³.

La droga de mayor consumo fue la marihuana (27.1%) y cocaína (2.7%). En México su consumo se ha incrementado a 12.8%²³⁶. En general se ha observado

que la marihuana es la sustancia psicoactiva de preferencia entre adolescentes y adultos jóvenes^{230, 244}, el uso se incrementa cuando se asocia al consumo de alcohol²⁴⁵. En Colombia el consumo de marihuana en universitarios se duplicó, los jóvenes no percibían riesgo en su consumo, la cocaína fue la tercera droga más consumida²³⁷.

También en los adultos jóvenes se identificó el consumo de alucinógenos y heroína, además una minoría alguna vez se inyectó drogas con una aguja o jeringa que alguien más había utilizado antes que él, aunque es bajo el consumo, existe riesgo, considerando las consecuencias que existen para la salud. El consumo de alucinógenos está asociado a producir alteraciones de la percepción, los pensamientos y los sentimientos de las personas, su consumo puede inducir tolerancia a otras drogas similares²⁴⁶. Se ha reportado que el uso repetido de heroína altera la estructura física y fisiología cerebral, ocasionando desequilibrios de larga evolución en los sistemas neuronales y hormonales que no son fáciles de revertir²⁴⁷. Cuando una persona se inyecta drogas y comparte agujas u otros elementos usados para el consumo, muestran conductas de alto riesgo asociados a contraer o transmitir infecciones virales²⁴⁸.

Los estudiantes refirieron que las principales razones porque empezaron a consumir drogas fueron: la curiosidad, la influencia de compañeros o amigos de la escuela o del trabajo y pocos la utilizaba para tranquilizarse. Al respecto se ha

identificado que son diversas las causas por las cuáles los jóvenes se muestran vulnerables a las drogas tanto lícitas o ilícitas²⁴¹, entre los principales motivos para el consumo de drogas expresado por jóvenes universitarios sobresalió la curiosidad, los problemas y la influencia de amigos^{230, 243}.

Por otro lado, más de la mitad (66.1%) de los adultos jóvenes nunca ha consumido drogas en su vida (mujeres 77.1% vs hombres 53.7%) y un 12.5% manifestó que actualmente no consumían drogas (hombres 16.1% vs mujeres 9.4%). Se identificó en estudiantes mexicanos un mayor rendimiento académico cuando no consumían sustancias adictivas²⁴⁴. Es relevante promover estrategias de promoción de la salud considerando la influencia del consumo de sustancias lícitas e ilícitas (prevención) en la población que ha estado expuesta al consumo de drogas y en los que nunca han consumido, se ha evidenciado una relación entre estar expuestos a la prevención de drogas con prevalencias menores de consumo. Las personas que no consumen drogas tienen mayor percepción de riesgo a la salud con respecto a los consumidores de drogas que manifiestan un riesgo menor al consumirlas²³⁶. Es importante promover los factores protectores para evitar el uso de sustancias ilícitas a través de fortalecer las relaciones interpersonales, la espiritualidad (baja espiritualidad tiene relación positiva con el consumo de drogas), las habilidades sociales y de autocontrol (establecen una base de conductas sociales y éticas), aumentar el sentido de coherencia (afrontar

situaciones complicadas con mayor habilidad) y la autoeficacia percibida (percibir que puede adaptarse y lograr lo que se proponga con éxito)²⁴⁰.

Otra conducta observada está relacionada con el sueño, los jóvenes dormían entre 6.2 a 8.0 horas diarias durante la semana de clases y de 5.0 a 10.0 horas durante el fin de semana. Estas cifras de dormir son levemente menores a las reportadas en la encuesta Sleep in America, realizada por la National Sleep Foundation, la cual indicó que en promedio las personas dormían 6.9 horas durante los días de la semana y un promedio de 7.5 horas los fines de semana²⁴⁹, la mayoría de los individuos requiere de siete a nueve horas de sueño cada noche para realizar bien sus actividades al día siguiente²⁵⁰. Los adultos jóvenes (de 18 a 25 años) necesitan de siete a nueve horas cada día para sentirse mejor y tan solo de seis y hasta 11 horas pueden ser apropiadas²⁵¹.

Las horas de descanso entre semana de los estudiantes estuvieron dentro del promedio establecido, un estudio identificó resultados muy similar en universitarios de Yucatán, México, donde el promedio fue 6.3 horas dormidas durante la semana de clase y 8.1 horas los fines de semana, declararon un calidad de sueño regular²⁵². En cambio otro estudio registró que los estudiantes dormían menos horas ocasionando somnolencia diurna, afectando su rendimiento académico y las actividades de la vida cotidiana²⁵³. La privación del sueño puede ocasionar graves problemas en la salud y el estilo de vida de los

universitarios²⁵². Una investigación en México reportó que los estudiantes universitarios dedicaban a dormir más horas durante los fines de semana, intentando recuperar las horas de sueño invertidas durante la semana²⁵⁴.

Los universitarios declararon que los principales motivos para dormir el tiempo que necesitaban fue descansar/relajarse y tener buen rendimiento físico/mental y los principales motivos para no dormir manifestaron tener mucha carga académica/laboral, les gustaba realizar actividades nocturnas y tenían responsabilidades distintas al estudio/trabajo. Al respecto situaciones semejantes fueron presentadas en jóvenes colombianos quienes expresaron que descansar promovía un mejor estado físico y psíquico, también algunos estudiantes reducían las horas de sueño para cumplir con las responsabilidades académicas y/o actividades extracurriculares, el trasnochar es una conducta muy frecuente entre los universitarios atribuido a la carga académica, generando un cambio de rutina que influye en su rendimiento personal²⁵⁵. Otro estudio mostró que algunos estudiantes tenían inadecuados hábitos de sueño-descanso presentando alteraciones en su estado de salud (ansiedad, desanimo, entre otras)¹⁴⁸.

Es importante que el adulto joven universitario adquiriera normas higiénicas de sueño y aprenda a administrar el tiempo de descanso-sueño para evitar el desgaste que se produce durante la vigilia, en condiciones óptimas y normales

ocurre diariamente en períodos nocturnos, el beneficio es que pueda desempeñarse bien durante el día, se mantenga alerta y sin fatiga para poder realizar todas las actividades demandadas por su entorno²⁵³.

En general, la percepción respecto a la vida de los estudiantes universitarios fue buena, consideraron que valía la pena vivir (78.4%) y casi la totalidad (97.8%) rechazaron haber intentado quitarse la vida; Esto corresponde con los hallazgos en una investigación en universitarios colombianos donde identificaron como factores comunes relacionados al sentido de vida en jóvenes de 18 a 24 años, alcanzar las metas y objetivos planeados, contar con apoyo, comprensión y afecto por parte de su familia, sentirse amados y aceptados por sus pares y saberse cuidados, queridos y respetados por sus profesores, además que el ámbito universitario era una fuente de riqueza y de sentido para su vida²⁵⁶.

Es importante mencionar que algunos jóvenes (21.6%) afirmaron haber experimentado la sensación de que no valía la pena vivir, con predominio en mujeres. Preocupante hallazgo pensando que es una población joven cursando una carrera universitaria, esta percepción de los estudiantes puede estar influenciada por múltiples factores como asumir responsabilidades personales, posibles cambios en la vida, actitudes ante situaciones límite, frustraciones personales, entre otras situaciones²⁵⁶. Para algunos autores los hombres muestran más arraigo al sentido de vida construido o inventado debido a que son

más pragmáticos, en cambio las mujeres también muestran un sentido de vida basado en valores objetivos, influenciado por el arraigo a su propia naturaleza humana²⁵⁶, lo cual las hace más susceptible para enfrentar situaciones de estrés en su vida.

Es alarmante que una minoría (2.2%) de los adultos jóvenes intentaron quitarse la vida, cifras similares fueron reportadas por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en Sonora (2013), un 2.0% de los jóvenes presentó intento de suicidio y en un 3.0% prevaleció la conducta de intento de suicidio⁴¹. En México en el año 2017, el suicidio se constituyó en la tercera causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años, esta problemática se ha incrementado en un 275% en la población joven, se estima que por cada persona que se suicida, hay otras 20 que lo intentan²⁵⁷. En estudiantes universitarios de Puerto Rico hubo cifras elevadas en el intento de suicidio durante su vida e ideación suicida en el último año, siendo más frecuente entre las mujeres, existiendo la presencia del espectro del suicidio (ideación, intento y suicidio) y comportamientos de riesgo en jóvenes universitarios²⁵⁸.

Algunos factores fuertemente relacionados con el intento de suicidio fueron la desintegración familiar, los trastornos alimentarios, el abuso de sustancias y la violencia²⁵⁷. También la percepción al mostrar falta de conocimiento de sí mismos y debilidad en la capacidad para reconocerse y proponerse cambios positivos en

su vida causando frustraciones que constituyen una gran posibilidad de diluirse en una vida vacía y sin sentido²⁵⁶, llevándolos a tomar decisiones erráticas para su vida futura.

Respecto a la violencia, una quinta parte (20.6%) de los adultos jóvenes se expresaban de manera violenta al manifestar su disgusto o desacuerdo ante alguna situación, y habían agredido alguna vez física o verbalmente a otras personas o compañeros, de predominio en hombres. Las principales reacciones ante una situación difícil o problemática en su entorno fue intentar resolverla si tenía solución para que no interfiera en su rutina e intentar comprender la situación antes de buscar una solución.

Además, más de una décima parte de los estudiantes habían sido víctima de algún tipo de violencia, destacando la psicológica (13.9%) principalmente en mujeres, una minoría sufrió violencia física y económica mayormente los hombres. Al respecto se ha argumentado que la violencia es un constructo social que traspasa diferentes ámbitos incluidos el escolar²⁵⁹. La violencia psicológica permea en el ámbito universitario como una forma de violencia encubierta que pasa desapercibida por los estudiantes en su contexto diario²⁶⁰. El maltrato entre pares universitarios en Ciudad de México, reportó que, para quienes a veces son víctimas de violencia destacan los ataques de índole verbal/psicológico (insultos, apodos, rumores, chismes) y la exclusión social para algunos. Los hombres

tienden a insultar más que las mujeres y las mujeres tienden a violentar mediante rumores y chismes en comparación con los hombres²⁵⁹.

Las mujeres reconocieron que quienes ejercían violencia hacia ellas fue uno de sus padres o su pareja, en cambio los hombres indicaron a compañeros de clase/trabajo u otros. Es lamentable que existan conductas de violencia en la población joven ocasionando consecuencias de tipo físicas y psicológicas, es reconocido que las mujeres entre 15 a 19 años sufrieron violencia por parte de sus parejas²⁷ y en el hogar en México no solo provenía de padres o tutores, sino también de otros integrantes del hogar²⁶¹, situación que es reportada en diversos estudios^{262, 263}. Las razones expuestas por la mujer que no denuncia/informa la violencia que sufre a manos de su pareja pueden ser por muchas y diversas causa, tanto de origen social como individual²⁶⁴.

Los efectos de la violencia en hombres y mujeres pueden ser los mismos, sin embargo, en mujeres puede ser más traumática, con mayores consecuencias futuras; Entre las secuelas en la salud mental de las mujeres, se han reportado menor autoconfianza y autoestima, pudiendo desarrollar psicopatologías como mecanismo de escape, ansiedad, malestar, sufrimientos y estrés, sensaciones que se traducen en angustia, disminución del interés y entusiasmo en los estudios²⁶³.

En los últimos años se ha identificado la violencia en el noviazgo, la cual es invisibilizada, esta situación debe ser abordada desde diferentes perspectivas en los programas académicos, para mejorar las relaciones interpersonales saludables fortaleciendo el empoderamiento, autoeficacia y el sentido de coherencia entre otros.

Más de la mitad de los adultos jóvenes señalaron que alguna vez habían buscado o buscaría apoyo en caso de ser violentado (a), principalmente las mujeres, quienes mencionaron con mayor frecuencia a padres, amigo cercano y profesionales. La violencia en muchos casos es invisibilizada, negada o minimizada para evitar daño a la propia víctima y su familia o para evitar el daño social y cultural, generalmente quien denuncia las situaciones de violencia a las cuales están expuestos son las víctimas y en la mayoría de los casos sus referentes principales son los padres o su entorno familiar más próximo²⁶⁵.

Con respecto a la vida sexual de los adultos jóvenes, se observó que la edad promedio de inicio de vida sexual activa fue 17.6 años. Más de la mitad (56.4%) tenía actualmente relaciones sexuales con personas del sexo opuesto y una minoría con el mismo sexo y con ambos sexos. Menos de la mitad tenía pareja actualmente. En el último semestre menos de la mitad los adultos jóvenes habían tenido relaciones sexuales con una persona (45.3%) (mujeres 47.0% vs hombres 43.4%), un cuarto de los hombres tuvo relaciones sexuales con dos y tres o más

personas. En diversas poblaciones de universitarios esta situación estaba presente, en estudiantes brasileños, se reportó que más de la mitad habían iniciado su vida sexual activa entre los 16 a 18 años, no tenían pareja, eran activos sexualmente y habían tenido más de una pareja sexual, casi un quinto tuvo más de diez parejas sexuales y más de la mitad de los hombres negaron relaciones sexuales con personas del mismo sexo²⁶⁶. En estudiantes españoles la edad promedio de inicio fue 16.2 años, edades muy similares para ambos sexos, más de la mitad habían tenido relaciones sexuales con su pareja, los hombres tuvieron tres parejas sexuales en relación con las mujeres²⁶⁷. Cifras ligeramente inferiores de inicio de vida sexual se reportaron en universitarios de Ciudad de México (16.9 años), más de la mitad había tenido entre una y cuatro parejas sexuales con un promedio de 2.6 (de 1 hasta 15), una minoría manifestó haber tenido contacto sexual con el mismo sexo y ambos sexos²⁶⁸.

Sobresale en este estudio que más de la mitad (53.8%) de los jóvenes no tenía pareja actualmente y casi un tercio declaró que no habían tenido relaciones sexuales con ninguna persona (mujeres 41.7% vs hombres 31.2%). La importancia para este grupo de estudiantes es incentivar o reforzar los programas de sexualidad y reproducción encaminados a una práctica de sexo seguro²⁶⁹ y responsable, con el objetivo de evitar riesgos para su salud: El universitario debe implementar acciones para su cuidado personal y sexual, debido a que tienen

una gran responsabilidad con su persona y con los otros, debe saber cómo protegerse y disponer de los medios para ello²⁷⁰.

Los adultos jóvenes señalaron como principales motivos para utilizar algún método de protección cuando tenían relaciones sexuales: el prevenir un embarazo y una ETS. Entre los principales motivos para no utilizar algún método de protección fue sentir menos placer/deseo, otros motivos no expresados y darle gusto a la pareja. En esta población de estudio hay que destacar que por un lado existe un grupo que muestra prácticas sexuales segura, en cambio otro grupo a pesar de toda la información que existe sobre el aumento de embarazo adolescente no deseado, el incremento exponencial del VIH y el contagio de ETS continúan exponiéndose a prácticas de riesgo sin tomar consciencia sobre su salud.

Conductas similares se han observado en jóvenes universitarios españoles, de la costa caribeña y colombianos posiblemente atribuido a que cursan por una etapa de experimentación sexual^{267, 271, 272}. Otro estudio mostró que más de un tercio de los hombres no siempre practicaba sexo seguro en las relaciones sexuales con pareja fija y las mujeres usaban de forma consistente el preservativo en los últimos 12 meses, posteriormente con pareja fija dejaban de usarlo y recurrían a la píldora evitando un embarazo²⁶⁶. Se observó una conducta de mayor riesgo en otro grupo de mujeres universitarias de Guadalajara, México,

quienes usaron en menor frecuencia el preservativo en comparación con los hombres¹⁴⁸. Jóvenes españoles siempre encontraban una excusa para no usar un método de protección, algunos motivos fueron el preservativo provocaba “cierto grado de incomodidad”, algunos perdían la erección al momento de colocárselo y era más placentero el sexo sino estaban acostumbrados a usarlo²⁷³.

Como se observó, los estudiantes eran activos sexualmente, iniciaron su vida sexual a una edad temprana, con prácticas sexuales de riesgo y no utilizar algún método de protección. Los resultados muestran que los adultos jóvenes universitarios son un grupo vulnerable en su salud sexual independientemente de la carrera universitaria que cursen hallazgo que coincide con otro estudio²⁷⁴, haciéndose necesario establecer estrategias de educación, promoción y prevención efectivas para crear conciencia sobre prácticas sexuales seguras y responsables con el fin de evitar enfermedades transmisibles y consecuencias futuras para su salud.

Sentido de Coherencia

Los adultos jóvenes universitarios, en poco más de la mitad (50.8%), mostraron un SOC global alto. La Unidad Académica Cajeme mostró mayor frecuencia de estudiantes (74.4%) con SOC alto y las Divisiones Académicas en su mayoría, los adultos jóvenes obtuvieron SOC alto excepto en Ciencias Administrativas,

Sociales y Agropecuarias, Ciencias Económico Administrativas y Humanidades y Bellas Artes donde hubo presencia de jóvenes con SOC bajo. Es decir, los adultos jóvenes mostraron una alta capacidad de comprender y valorar de forma individual situaciones y acontecimientos de su vida presente como comprensibles, manejables y significativos permitiéndoles comprender como está organizada su vida al utilizar sus recursos para afrontarla. Estudios similares en universitarios de España, India, Estambul, Japón y Perú reportaron promedios de SOC altos^{120,186, 275, 276, 277} y en estudiantes venezolanos el nivel de SOC fue de moderado a alto²⁷⁸. En cambio estudiantes chinos mostraron un nivel de SOC bajo²⁷⁹.

La etapa de estudiante universitario es un período significativo que permite hacer uso de recursos para afrontar situaciones de estrés y de relaciones interpersonales, fortaleciendo el desarrollo del SOC¹²⁰, existe evidencia que el SOC se incrementa con la edad²⁸⁰ y se desarrolla antes de los 30 años²⁷⁹. En universitarios de diferentes países se reportó que un SOC alto permitió al estudiante mayor probabilidad de tolerar situaciones de ansiedad y estrés ocasionadas por exigencias académicas¹¹⁸, mostraron menor tendencia al cansancio emocional¹²⁰, realizaban prácticas para cuidar su salud (cepillaban los dientes con mayor frecuencia, ingirieron azúcar con menor frecuencia entre las comidas, fumaban con menos frecuencia)²⁷⁶ y mostraron mejor estilo de vida saludable¹²¹. El SOC alto está fuertemente relacionado con la salud,

especialmente la salud mental¹⁵⁹, puede actuar como moderador de las fuentes de estrés inherentes al entorno donde se desenvuelve la persona y como factor protector ante sucesos negativos que acontecen en su vida²⁸¹.

Asimismo, se ha observado que los adultos jóvenes con niveles de SOC alto reportan menos niveles de estrés, alto apoyo social y mejor estado de salud autocalificada²⁷⁶. Es un factor protector frente a factores que provienen del entorno familiar⁶¹ y antes eventos negativos de la vida universitaria a los que puede estar expuesto⁶⁴. En otro estudio se identificó que la AEP era un factor que influyó fuertemente en el SOC de los universitarios²⁷⁷.

Por otro lado, un nivel de SOC bajo se asoció a depresión y contribuyó a definir algunas características de la personalidad⁹¹. En un estudio se observó que los estudiantes universitarios que provenían de una región de origen diferente a donde estudiaban (rural o no metropolitana) mostraron tendencia a nivel de SOC bajo al enfrentarse a un estrés social generado por mayor cantidad de información y numerosos recursos que podrían producir mayor nivel de estrés en comparación con las personas que viven en áreas urbanas desde la infancia o por períodos largo, se concluyó que posiblemente un factor que influyó en el nivel de SOC de los universitarios fue el contexto o país donde se desarrollaron²⁷⁷. Por otra parte, un estudio reportó que el lugar de procedencia de los universitarios no mostró asociación con el nivel de SOC²⁷³.

En las dimensiones del SOC, los estudiantes mostraron un nivel de comprensibilidad, manejabilidad y significatividad alta; en todas las dimensiones hubo más de la mitad de adultos jóvenes con promedio igual o superior a la media. La importancia de mantener un nivel de comprensibilidad alto recae en la capacidad del adulto joven de percibir que algo ocurre por alguna razón; el nivel de manejabilidad alta le permite al joven disponer de los recursos adecuados en lugar de sentirse abrumado e indefenso y por último un nivel de significatividad alta hace que la persona valore la necesidad de invertir energía y esfuerzo en las situaciones que lo afectan afrontando los desafíos, no percibiéndolos como amenazas¹⁶, estas dimensiones permiten al adulto joven comprender como está organizada su vida y como se sitúa el frente al mundo^{72, 76}.

Estudios en universitarios han obtenido resultados similares a este estudio en las dimensiones del SOC, en universitarios de India²⁷⁵, China²⁷⁷, España y Perú^{162, 186}, también en población de adultos jóvenes vulnerables reportaron niveles altos en las tres dimensiones^{64, 281}. Un estudio identificó que las dimensiones de comprensibilidad, manejabilidad y significatividad del SOC están relacionadas a mejor percepción de salud autoevaluada en universitarios, con un nivel de SOC alto reportaron mejor salud²⁷⁵. Un investigador sugiere que la escala SOC-13 debería ser empleada para evaluar de forma global el constructo SOC, más que la suma de las tres dimensiones evaluadas de forma separadas, ya que cada

dimensión de forma separada no muestra un sentido por sí mismas, las tres dimensiones brindan la orientación global del SOC¹⁸⁶.

En base a los resultados obtenidos, se puede apreciar que los adultos jóvenes tenían un buen nivel de afrontamiento en su entorno (social, familiar o académico). Los universitarios deben emplear los recursos personales que le permitan tener una orientación más clara hacia la vida⁸⁰ al hacer frente a las situaciones de su entorno habitual, por lo cual al contar con un nivel de SOC alto existe una mayor posibilidad de afrontar y tolerar situaciones de ansiedad y estrés que se le presentan como consecuencia de las exigencias académicas o de su entorno¹¹⁸. El obtener promedios altos en las dimensiones del SOC puede permitir al adulto joven desarrollar “la habilidad para elegir las diferentes estrategias para resolver problemas o para afrontar eventos de la vida”¹⁸⁶. Es necesario incentivar el desarrollo de habilidades para la vida en los adultos jóvenes, permitiéndoles adoptar conductas adaptativas y positivas para afrontar exigencias y desafíos de la vida cotidiana¹⁴, la finalidad es desarrollar y fortalecer un SOC alto. Un nivel alto de SOC actúa como factor protector al permitir que la persona afronte los estímulos externos e internos para poder darle una solución al percibirlos como predecible y explicables haciendo uso de los recursos disponible para ser superados.

Empoderamiento para la Salud

El EPS global fue alto en más de la mitad (59.6%) de los estudiantes universitarios. La Unidad Académica Nogales concentró la mayor cantidad de jóvenes empoderados para conservar la salud (74.0%) y las Divisiones Académicas de Ciencias Administrativas, Sociales y Agropecuarias y Ciencias Biológicas y de la Salud obtuvieron mayor porcentaje de estudiantes con EPS global alto, en cambio, Ciencias Exactas y Naturales mostró presencia (54.5%) de universitarios con EPS global bajo. Esto significa que los adultos jóvenes adquirieron control y dominio sobre su propia vida, adaptándose a los cambios que se generaron en los ámbitos donde se desarrollaban, mostrando participación y responsabilidad en las actividades que ejecutaban²⁸².

Al respecto algunos estudios identificaron resultados similares en diferentes entornos donde se desarrollaban los jóvenes; Un estudio en adolescentes y adultos jóvenes durante una experiencia de enfermedad presentaron niveles de empoderamiento alto¹²³, en universitarios se detectó que la ausencia de un modelo a seguir como fuente de motivación inspiracional e influencia, generó en el adulto joven un nivel de empoderamiento alto¹²⁴, estudiantes de enfermería lograron un empoderamiento alto al participar en una intervención pre y post aprendizaje de habilidades de resiliencia al estrés laboral y conflictos interpersonales¹²⁵. Por otro lado, el empoderamiento individual en las mujeres

fue limitado dentro del ámbito familiar¹²⁶ y en personas de una comunidad no existió empoderamiento individual y colectivo suficiente¹²⁷.

El empoderamiento individual es relevante, permite el desarrollo humano, la toma de control y la adquisición de responsabilidad de las acciones con la finalidad de alcanzar la totalidad de su capacidad²⁸³, brinda el poder a las personas para utilizarlo en su propia vida, comunidad y sociedad permitiéndoles desarrollar acciones específicas sobre temas prioritarios¹¹⁵; entre ellos su bienestar, mejorar su salud y su calidad de vida¹¹².

El empoderamiento tiene un efecto de gran impacto en los resultados de salud de las personas¹¹⁶, se ha establecido una relación con la agencia humana porque ambos promueven un óptimo funcionamiento en el ser humano, al mostrar mejor salud física, salud mental, desarrollo humano y bienestar en general¹²⁸. En adolescente y adulto jóvenes el empoderamiento alto permitió desarrollar mejor autonomía de conciencia, capacidad para manejar nuevas situaciones y apoyo social, mejor percepción de soporte social y calidad de vida relacionada a la salud total¹²³. Contar con una formación académica y tener autosuficiencia económica puede favorecer el desarrollo de un nivel de empoderamiento en los jóvenes¹²⁶.

En esta población de estudio se pudo evidenciar que los jóvenes al mostrar un empoderamiento alto, reflejó que a nivel individual los estudiantes debían ser

capaces de vencer situaciones a las cuáles se enfrentaba de forma cotidiana independientemente del entorno donde se desarrollaban, permitiéndoles definir las necesidades individuales y objetivos deseados focalizando su energía en las capacidades y recursos para lograrlo, estableciendo redes sociales de apoyo y sentido de pertenencia.

En las dimensiones del IPE más de la mitad de los adultos jóvenes mostraron un nivel de autonomía, participación y responsabilidad alta. Lo que representó que en autonomía los jóvenes demostraron que tenían la percepción de cierto nivel de libertad y control personal y eran capaces de desarrollarse con desempeño en su trabajo/casa/escuela; mostraron una mayor tendencia a percibir que participaban en decisiones importantes que producían cambios o efectos deseados en su persona o entorno, y declararon que tenían preocupación y compromiso para ejecutar actividades que implicaban el cumplimiento de la misma al desarrollar la responsabilidad para cumplir con lo establecido.

Los resultados dan muestra que algunos adultos jóvenes han desarrollado las habilidades para hacer sus elecciones, tomar sus propias decisiones y probablemente hacerse responsables de las mismas²⁸⁴. Estos resultados son similares a los reportados en estudiantes de enfermería quienes expresaron que empoderamiento es “ser parte del equipo” al ser incluidos a participar y adquirir responsabilidad en la atención de las personas; Un estudiante puede desarrollar

“más” o “menos” empoderamiento dependiendo de los antecedentes (fuerzas) que influyen en su experiencia personal (tutoría, continuidad y tiempo disponible); el empoderamiento tiene efectos positivos en los jóvenes como aumentar la autoestima, motivación para el aprendizaje y mostrar una actitud positiva, por el contrario puede ocasionar baja autoestima, desánimo y deseo de abandonar el programa cuando se experimenta desmotivación²⁸⁵. Un estudio propone identificar a los estudiantes universitarios que muestren empoderamiento bajo con la finalidad de establecer estrategias de intervención para mejorar su calidad de vida considerando su etapa del ciclo vital¹²³. El empoderamiento permite a las personas desarrollar sus capacidades, adquirir los medios necesarios para elegir y comenzar a establecer valores y preferencias personales que faciliten el desafío de las normas sociales tradicionales²⁸⁶.

Diversos autores hacen referencia a que la autonomía favorece el desarrollo de una característica que puede distinguir el profesionalismo de los universitarios, permite elegir entre deseos e inclinaciones en conflicto, requiere la toma de decisiones, autoridad y responsabilidad, conforme van desarrollándose en su programa de estudio²⁸⁷; la participación es vista como un medio para lograr metas o propósitos establecidos, involucra la contribución voluntaria de la persona en una u otra actividad, requiere de aunar esfuerzos y recursos para lograr lo planeado²⁸⁸, y la responsabilidad está asociada probablemente a las diferentes necesidades del joven en comparación con los adultos, considerando su etapa

de desarrollo y la adquisición de derechos y deberes en los diferentes contextos donde se desenvuelve²⁸⁹, permite al adulto joven lograr metas y objetivos en cualquier esfera de su vida²⁹⁰.

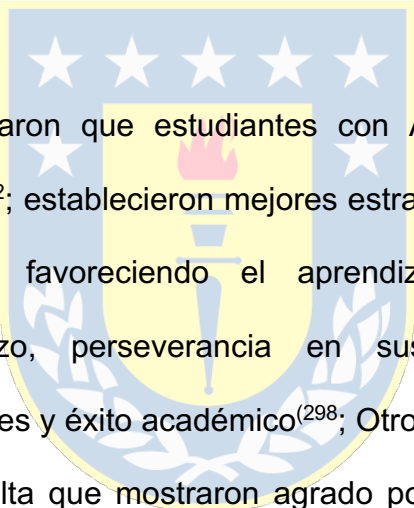
El nivel de formación universitaria permite a los jóvenes el desarrollo de capacidades para lograr la transformación de la conciencia al motivarlos a desarrollarse como agentes empoderados, un elemento que influye en esa transformación es la transición exitosa del nivel anterior de estudio hacia la universidad, por lo que la institución juega un rol importante al facilitar u obstaculizar los esfuerzos para alcanzar objetivos y el desarrollo de estrategias de afrontamiento de éxito²⁹¹. Investigadores sugieren que al empoderar a los jóvenes universitarios como futuros profesionistas, las instituciones educativas y los docentes deben mostrar un papel muy importante, no sólo desde la perspectiva disciplinar y didáctica, deben emplear modos de interacciones emocionales y relacionales que permitan al estudiante universitario el desarrollo de su autonomía y la capacidad de asumir el control de su aprendizaje al favorecer el desarrollo de las competencias personales y profesionales que cada profesión requiera²⁹², demostrándose con conductas que favorezcan su desarrollo personal, al ser personas proactivas, positivas y preventivas en todos los entornos donde se desempeñen¹¹².

Los adultos jóvenes al percibirse empoderados pueden mostrar comportamientos saludables al hacer uso de sus habilidades y capacidades focalizando sus esfuerzos personales y académicos hacia metas bien definidas, por lo cual es indispensable reforzar este proceso y aprovechar su capacidad para conservar y mantener un estado de salud óptimo que se verá reflejado en sus actitudes y conductas que proyectarán como futuros profesionales.

Autoeficacia percibida

La autoeficacia percibida fue alta en más de la mitad de los estudiantes universitarios. La Unidad Académica de Nogales presentó mayor porcentaje (68.0%) de universitarios con AEP alta; en cambio en las Divisiones de Humanidades y Bellas Artes (54.6%) y Ciencias Exactas y Naturales (56.8%) predominó la AEP baja. Los adultos jóvenes al obtener un nivel de AEP alta, mostraron ser capaces de creer en sus propias capacidades para organizar y realizar tareas o actividades necesarias al manejar situaciones que se presentaron en su vida, influyendo positivamente en su capacidad de pensar, sentir, motivarse y actuar facilitando sus logros humanos¹⁰⁴. Un nivel de AEP alta permite a la persona emplear de forma adecuada una amplia gama de estresores a los cuales se enfrenta en su vida cotidiana, siendo éste estado psicológico importante para que los adultos jóvenes enfrenten situaciones que viven en su ambiente educativo universitario y les brinde el desarrollo de habilidades para su vida cotidiana¹⁰².

En diferentes investigaciones se observaron resultados similares de AEP alta, en estudiantes universitarios japoneses²⁷², españoles²⁹³, argentinos²⁹⁴ y mexicanos²⁹⁵; también en población general^{145, 296} y en adolescentes chilenos²⁹⁷; en mujeres que se percibieron autoeficaces se observaron mejores conductas en su vida sexual¹²⁹. Si el adulto joven fortalece su sentido de AEP mostrará el uso de un recurso personal de gran alcance para hacer frente a los factores de estrés que está expuesto, pueden enfrentarse a situaciones difíciles o amenazadoras y mostrar un mejor funcionamiento psicosocial¹⁰⁹.



Diversos autores informaron que estudiantes con AEP alta tuvieron mejor rendimiento académico¹³²; establecieron mejores estrategias de estudio, menos dificultades personales, favoreciendo el aprendizaje al adquirir mayor responsabilidad, esfuerzo, perseverancia en sus actividades, tuvieron aspiraciones educacionales y éxito académico⁽²⁹⁸⁾; Otro estudio identificó que los universitarios con AEP alta que mostraron agrado por su carrera y no tenían dificultades económicas para mantener sus estudios tuvieron aspiraciones por estudiar algún postgrado²⁹⁹. En universitarios japoneses se reportó que es probable que las experiencias exitosas y las relaciones de apoyo podrían favorecer al desarrollo de un nivel de AEP alta contribuyendo a aumentar el SOC durante su formación universitaria²⁷². Una investigación identificó que vivir con los padres en la localidad donde se ubica la institución educativa no influyó en la

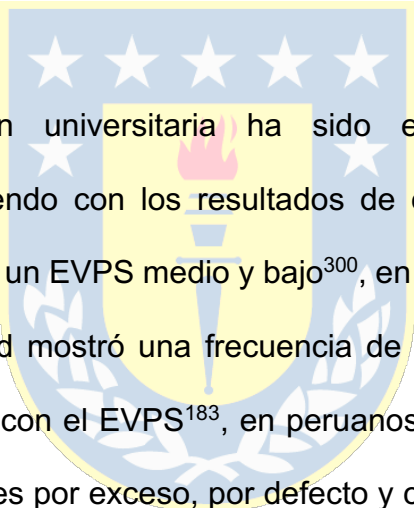
AEP a nivel académico²⁹⁹, en ese mismo sentido, no se reportó evidencia que relacione el área geográfica con la AEP de los estudiantes²⁷².

Asimismo, varias investigaciones han publicado que un nivel de AEP alta estaba relacionada con conductas de prevención, si una persona se siente capaz de afrontar de manera eficaz diferentes situaciones relacionadas con la salud, lo conducirá a la adopción de un EVPS¹³³; se encontró asociación con la satisfacción vital²⁹⁶, disposición al cambio y actividad física¹³⁷, al locus de control y al afrontamiento activo²⁹⁴ y a la estructura de capital social²⁷². Las personas adultas con AEP alta mostraron mejores conductas saludables en nutrición, ejercicio físico, responsabilidad de la salud, manejo del estrés¹³⁶ y con el EVPS global²⁹⁵, existió mejor percepción de apoyo social y calidad de vida¹³⁰. En contraparte, un nivel de AEP baja puede ocasionar mayores niveles de ansiedad¹³², desconfianza y disminución de la capacidad para afrontar con éxito situaciones difíciles o estresantes en la vida o en la salud de las personas¹³⁵, en mujeres estuvo asociado a situaciones de emociones, padecimientos y no disponer de tiempo para realizar actividad física¹³⁷.

Es importante conocer el entorno donde se desarrollan los estudiantes universitarios debido a que algunos factores psicológicos como el estrés, el deficiente estado físico, sentimientos emocionales negativos y algunas percepciones negativas de su estado orgánico pueden afectar su nivel de AEP¹⁰⁴.

Estilo de vida promotor de salud

En base a los resultados obtenidos se identificó que un poco más de la mitad (50.4%) de los estudiantes universitarios mostraron un EVPS global insuficiente. Esto representa que los adultos jóvenes aún no han desarrollado la capacidad de adquirir patrones de conductas y sentimientos individuales que les permita obtener resultados de salud positivos, estos comportamientos pueden afectar su bienestar, su desarrollo físico, psicosocial y probablemente su desempeño académico.



El EVPS en población universitaria ha sido explorado en diferentes investigaciones, coincidiendo con los resultados de este estudio, estudiantes colombianos presentaron un EVPS medio y bajo³⁰⁰, en españoles de ciencias de la salud, más de la mitad mostró una frecuencia de nunca y a veces realizar actividades relacionadas con el EVPS¹⁸³, en peruanos de postgrado reportaron conductas poco saludables por exceso, por defecto y con tendencia al riesgo en algunas de las dimensiones del EVPS¹³⁹; en estudiantes de Durango, México, se observó un comportamiento de regular a malo^{12, 301}, en adultos sanos fue bajo³⁰², en mujeres adolescentes embarazadas se mostraron estilos de vida no saludable¹⁵², y estudiantes adolescentes españoles hombres presentaron menos prácticas saludables¹⁴⁰.

Un factor que puede estar influyendo en el EVPS en los adultos jóvenes, es el ciclo de vida que actualmente estaban cursando, se ha documentado que la edad es una variable asociada con los cambios en las conductas de salud y de vida de las personas²⁷¹; En este sentido un grupo de investigadores obtuvieron que la edad era un predictor significativo del EVPS mostrando que a mayor edad mejor EVPS¹⁴⁵.

Algunos autores han informado que los estudiantes universitarios no realizaban cambios sustanciales en sus conductas, a pesar de contar con información y conocimientos suficientes que iban adquiriendo en el transcurso de su formación académica, probablemente a que sus decisiones pueden estar influenciadas o limitadas por factores de socialización como el entorno donde se desarrollaron^{138, 303}.

Reportes en salud e investigaciones han informado que la población universitaria es susceptible de presentar ENT o patologías cardiovasculares en la siguiente etapa de su vida futura como consecuencia del inadecuado estilo de vida que prevalece en su vida actual; la mayoría de las conductas perjudiciales para la salud se adoptan durante la adolescencia y la juventud^{7, 141}. Algunos componentes psicosociales que se han asociado significativamente con el EVPS son: mostrar una percepción de los problemas del entorno, estar satisfecho con aspectos de la vida, el apoyo afectivo, la confianza, la autoestima y la autoeficacia percibida¹⁴³. Es importante considerar las características particulares de los

adultos jóvenes, su potencial y preferencias, motivándolos a comprometerse en un plan de acción encaminado a modificar comportamientos¹³⁶, por lo que es necesario establecer programas de promoción a la salud a nivel de políticas educativas en salud para incentivar la adopción de un EVPS permanente en los jóvenes universitarios.

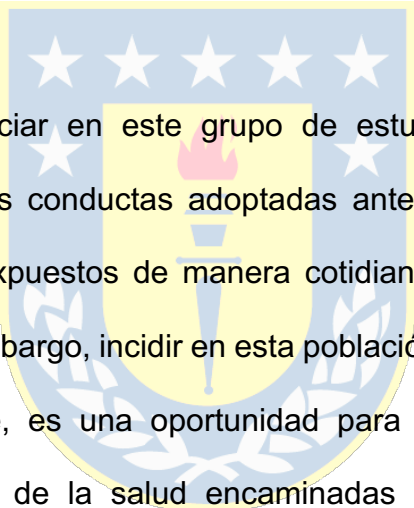
Por otra parte, en este estudio se identificó que menos de la mitad (49.6%) de los adultos jóvenes declararon un EVPS global suficiente; la Unidad Académica de Cajeme y la División Académica de Ciencias Biológicas y de la Salud obtuvieron el más alto porcentaje de estudiantes con EVPS suficiente (60.5% vs 58.7%). Lo que significó que algunos jóvenes realizaron el esfuerzo por desarrollar comportamientos encaminados a lograr metas en pro de su bienestar y salud, ejecutaban actividades saludables por lo que mostraron responsabilidad hacia su persona y el entorno que los rodeaba.

Algunos estudios identificaron comportamientos saludables, en estudiantes universitarios colombianos más de la mitad obtuvo un EVPS alto³⁰⁴, en españoles casi un quinto de los universitarios realizaban con frecuencia o siempre actividades relacionadas con EVPS¹⁸³, en estudiantes chinos con EVPS se observó que provenían de familia con ingreso mensual superior y con padres o madres que tenían título universitario³⁰⁵, poco más de la mitad de adultos chilenos tuvieron un EVPS suficiente¹⁴⁵ y sólo dos tercios de trabajadores mexicanos

mostraron conductas saludables¹⁵¹. Se ha reportado que la influencia del medio inmediato donde se desarrolla la persona y diferentes factores interactúan de forma positiva o negativa en el individuo y en todos los componentes del sistema social dando como resultado un patrón de conducta¹³; en una revisión de literatura sobre estilo de vida, los universitarios mencionaron que el apoyo del núcleo familiar era esencial para conservar un EVPS³⁰⁶.

Con respecto a la ubicación geográfica de la Unidad Académica donde se cursan los estudios, probablemente influya en las conductas con respecto a la salud de los jóvenes; según el Índice de las Ciudades Prósperas realizado en el año 2016, Cajeme es considerada una ciudad próspera al mostrar en calidad de vida y salud factores moderadamente sólidos que impactan positivamente en su población³⁰⁷; un estudio reportó que estudiantes que asistieron a una universidad localizada al este de China y que vivían en zonas urbanas antes de matricularse, presentaron un EVPS³⁰⁵. Otros factores que pueden influir en un mejor EVPS, según lo reportado por autores chilenos son, que las personas tengan autoestima alta, una percepción de su estado de salud y AEP alta¹⁴⁵; asimismo autores mencionaron que el ingreso económico¹⁴³ y el nivel de educación¹⁴⁴ de las personas influyó directamente en el EVPS.

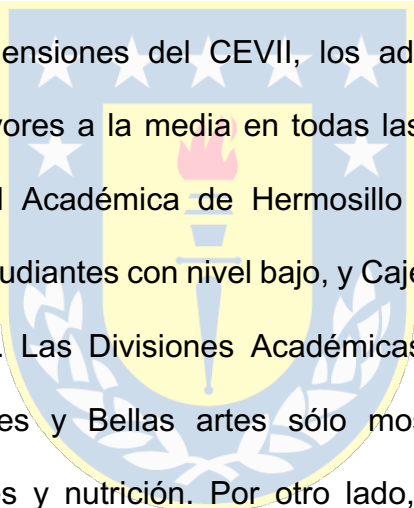
Con referencia a la carrera de los estudiantes, se ha encontrado que universitarios de medicina tuvieron mejor EVPS³⁰⁵, en estudiantes del área de la salud, la mayoría tenía un estilo de vida regular, fue bueno en enfermería y nutrición, deficiente en psicología y comunicación humana; se identificó que el EVPS de los jóvenes era diferente según el perfil profesional de la carrera que cursaban¹² y algunos universitarios realizaban mejores prácticas saludables de autocuidado y cuidado médico, tenían mejores relaciones interpersonales y estado emocional percibido¹⁴².



Como se puede evidenciar en este grupo de estudio predominó el EVPS insuficientes debido a las conductas adoptadas ante los determinantes de la salud a los que están expuestos de manera cotidiana en su entorno familiar, educativo o social, sin embargo, incidir en esta población considerada vulnerable o en riesgo permanente, es una oportunidad para establecer estrategia de promoción y prevención de la salud encaminadas a incentivar cambios de conductas positivas que se verán reflejados en su estado de salud en un futuro próximo.

En el análisis del EVPS de los estudiantes de este estudio predominaron levemente las conductas no saludables sobre las saludables, esta última puede repercutir en esta etapa de vida valiosa. Donde algunos adultos jóvenes al incursionar en el ámbito universitario exploran su libertad, se sienten mayores de

edad y toman decisiones que los puede exponer a realizar conductas perjudiciales para su salud y bienestar. Es importante promover en los estudiantes universitarios la adopción de un EVPS con enfoque salutogénico, incluyendo estrategias públicas y educativas dentro del concepto de universidades y ciudades saludables, con el fin de formar futuros profesionales responsables de su autocuidado y sean ejemplo de replicar esas conductas en su entorno familiar, social y laboral.



En referencia a las dimensiones del CEVII, los adultos jóvenes obtuvieron promedios iguales o mayores a la media en todas las dimensiones mostrando niveles altos. La Unidad Académica de Hermosillo obtuvo en la AF mayor frecuencia (50.2%) de estudiantes con nivel bajo, y Cajeme mostró que el ME fue baja en sus estudiantes. Las Divisiones Académicas de Ciencias Exactas y Naturales y Humanidades y Bellas artes sólo mostraron niveles altos en relaciones interpersonales y nutrición. Por otro lado, en Ciencias Económico Administrativas y Ciencias Sociales se observó nivel bajo en AF.

En general, entre un 50.4% hasta un 61.0% de la población estudiantil empleó recursos internos con la finalidad de maximizar su potencial humano en beneficio de su bienestar a través de encontrar un sentido de propósito y trabajar hacia las metas en su vida, al promover relaciones significativas con los demás, algunos mostraron conocimiento sobre el consumo de alimentos esenciales para su vida

y salud; tuvieron participación regular en actividades ligeras, moderadas y/o vigorosas para conservar su condición física, mostraron responsabilidad para prestar atención a su propia salud intentando mantener el propio bienestar y otros movilizaron recursos físicos y psicológicos para controlar o reducir la tensión.

El crecimiento espiritual de los jóvenes fue alto, este resultado coincidió con diversos estudios donde el CE fue una de las dimensiones con mejor promedio en diversos estudio^{138, 183, 300, 308}. Se ha documentado que practicar la espiritualidad permite a los jóvenes concebirla en términos de conductas, sentimientos y relaciones positivas que van a ir desarrollando en el transcurso de su vida, entre ellas se mencionan, contar con un propósito, mantener vínculos con un poder superior, con otras personas y con la naturaleza, poseer una base de bienestar personal, tener autoconfianza, entre otros aspectos³⁰⁹. Algunos autores informaron que la edad puede influir en el CE, se ha observado que las personas entre 20 a 39 años^{138, 302}, las mujeres³⁰⁷ y algunos universitarios de medicina, enfermería y fisioterapia de primero a tercero tuvieron CE alto¹⁸³. En otro estudio las mujeres mostraron mejor espiritualidad porque establecían buenas relaciones personales permitiéndoles trascender de lo individual a un pensamiento más colectivo³¹⁰. Un CE alto puede explicar que los adultos jóvenes han ido desarrollando la capacidad de saber que hay algo más de lo que ven, ser tolerantes y actuar en determinadas situaciones cuando se considere necesario, dándole a su vida un sentido más significativo³¹¹.

En relaciones interpersonales se observó un nivel alto, el desarrollar muy buenas RI, significativas en la vida de los adultos jóvenes universitarios, permitiéndoles la formación en valores con un gran impacto en su forma de vivir³¹². Una relación interpersonal calificada como positiva debe estar vinculada con la confianza en sí mismo, el respeto, la comprensión y el amor, entre otros aspectos que contribuyen al bienestar humano³¹³.

Investigaciones en diferentes contextos han reportado niveles altos de RI^{300, 302}, en colombianos¹³⁸, en mujeres chilenas³⁰⁷ y universitarios de Yucatán, México³⁰¹. Una investigación identificó que las mujeres que cursaban la carrera de medicina, enfermería y fisioterapia y el grupo de 20 a 25 años presentaron RI altas¹⁸³; otro estudio reportó que los jóvenes que tenían educación superior desarrollaban RI altas¹⁴³. Estudiantes de ciencias de la salud mostraron RI buenas con sus padres, familiares y compañeros, tuvieron buena percepción de sí mismos y capacidad para solucionar conflictos, no presentaron problemas en sus relaciones personales, se sentían capaces de dominar el medio ambiente y tener buenas RI³¹⁴.

Por otra parte autores colombianos identificaron que las mujeres universitarias tuvieron mayor insatisfacción con amigos y poseían dificultades para relacionarse con los demás, esta actitud fue atribuida a la personalidad que tiene cada persona, que al contar con elementos adecuados para interactuar con otros

logran relaciones satisfactorias y positivas, basados en la empatía que sienten con otros³¹⁵.

En este estudio se obtuvo un nivel de nutrición alto, sin embargo, existió un porcentaje importante de jóvenes con un nivel de NUT baja (40.9), esta dimensión ha reportado mayor deficiencia en la población universitaria, como lo muestran las investigaciones, algunos estudiantes tenían sobrepeso y obesidad mórbida, sus conductas no eran saludables^{138, 300}, universitarios chinos obtuvieron más bajo nivel en NUT³⁰⁵; estudiantes de algunas carreras de ciencias de la salud de Guadalajara, México, no cuidaban su salud mostrando hábitos alimenticios deficientes¹⁴⁸, estudiantes de Yucatán, México tenían un manejo regular de la NUT³⁰¹ y estudiantes de Sonora, México tuvieron una alimentación con hábitos malos de predominio en hombres¹⁴⁹.

Además, un estudio en ecuatorianos identificó el consumo de comidas rápidas que influyó en el incremento del índice cadera cintura asociado a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y el consumo de bebidas gaseosas lo que incrementó el peso corporal³¹⁶ y en colombianos hubo alto consumo de golosinas, declararon que las razones que impidieron una alimentación saludable fueron falta de tiempo, los horarios no les permitían el consumo adecuado de alimentos, hábitos y costumbres alimentarias y factores económicos³¹⁷. Los hombres mostraron mayor tendencia al riesgo de NUT deficiente ocasionada por

el consumo de alimentos poco saludables¹³⁹. Por otro lado, se ha reportado que estudiantes chilenos mostraron un nivel de NUT alta con predominio en hombres³⁰⁷, estudiantes de ciencias de la salud mostraron NUT más saludable¹⁸³ y adultos sanos tuvieron un nivel alto³⁰². Se puede pensar que el resultado obtenido de NUT alta en la población universitaria es bueno, se debe considerar que en las conductas relacionadas con los hábitos alimenticios de los estudiantes influyen múltiples factores entre los que se encuentra la sociedad, la cultura, la religión, la situación económica, la disponibilidad de alimentos entre otros; los hábitos alimenticios son adquiridos desde la infancia y se va desarrollando conforme el joven va transitando por su ciclo de vida, una inadecuada nutrición pueden influir en el origen de algunas enfermedades crónicas que afectaran la salud de los adultos jóvenes³¹⁸.

Se ha identificado que existe un consenso entre los estudiantes de percibir sus conductas de alimentación como inadecuadas, expresando que los motivos más frecuentes son la falta de disponibilidad de tiempo para cumplir horarios de alimentación en el centro educativo o la falta de hábitos en la incorporación de horarios de alimentación lo que imposibilita mantener conductas alimentarias saludables, otro factor que influye durante la etapa académica es el estado anímico o las situaciones de estrés³¹⁸.

Una población muy importante del 49.6% de los estudiantes mostraron un nivel de actividad física bajo. La AF está asociada a efectos psicológicos beneficiosos en los jóvenes permitiendo el control de la ansiedad y la depresión, contribuye al desarrollo social al brindar la oportunidad de expresarse y fomentar la autoconfianza, la interacción social y la integración. Se ha mencionado que las personas activas adoptan con más facilidad conductas saludables al evitar el consumo de sustancias lícitas e ilícitas y favorece un mejor rendimiento académico, además permite mejorar las funciones cardiorrespiratorias, musculares y salud ósea al reducir el riesgo de ENT³¹⁹.

Similares resultados obtuvieron otros investigadores; los estudiantes universitarios eran poco deportistas al no realizar ejercicio físico suficiente¹⁴⁸, algunos lo realizaron de forma regular³⁰¹, otros se declararon inactivos al no realizarla³²⁰, mostraron conductas no saludables con muy baja AF¹³⁸, un grupo de 20 a 39 años en ambos sexo hicieron menos AF³⁰². Las mujeres realizaban poca AF con conductas poco saludables y tendencia al riesgo¹³⁹. En universitarios de Sonora, México, casi un cuarto de las mujeres eran muy sedentarias¹⁴⁹. En otros estudios, adolescentes españoles realizaron menor práctica deportiva como AF¹⁴⁰, también se observó ausencia de la cultura del ejercicio físico, sin considerar la prevención de enfermedades y el mantenimiento de la salud integral¹⁴⁷. Por otro lado, resultados de otros estudios presentaron que los estudiantes universitarios varones eran más activos al realizar AF que las

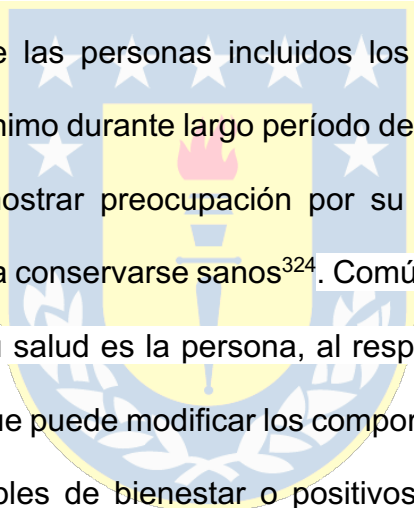
mujeres: estudiantes españoles¹⁸³, una mayoría de jóvenes chilenos³⁰⁷, universitarios colombianos³⁰⁰ y de Sonora, México¹⁴⁹. Algunos autores reportaron que estudiantes que practicaban algún deporte consumían menos drogas de manera frecuente y algunos consumidores frecuentes señalaron deseos de dejar de consumirlas¹⁵⁰; se identificó que la educación superior¹⁴³ y el perfil profesional de los estudiantes tenían influencia en la AF¹²; quienes realizaban AF percibían su salud de buena a muy buena en comparación con quienes no la realizaban³²⁰; quienes cursaban el turno diurno, no consumían tabaco, alcohol ni drogas, no trabajaban, no tenían hijos, no tenían pareja estable y poseían un nivel socio-económico medio mostraron un nivel de AF alto²¹⁵. Otro estudio en estudiantes ecuatorianos no hubo diferencia entre parámetros antropométricos (IMC, grasa corporal e índice cadera cintura) con la actividad física³¹⁶.

Los beneficios reportados al realizar AF y ejercicio físico en general son mayores que los posibles perjuicios, el riesgo de lesiones del sistema músculo esquelético en su mayoría leves, se minimizan si se establece un programa inicialmente moderado y de bajo impacto, que progrese gradualmente hasta lograr una mayor intensidad, la finalidad es mantener motivados y activos a los adultos jóvenes con la intención de mejorar la calidad de vida inmediata y futura y que adquieran un EVPS permanente³²¹. Al respecto es importante que las autoridades universitarias establezcan mecanismos de apoyo para incentivar la AF y el ejercicio físico en los centros educativos respaldados en las líneas estratégicas

promulgadas por la OMS, al establecer intervenciones eficaces para aumentar la conciencia sobre decisiones saludables y crear ambientes que promuevan la red de lugares públicos para caminar y andar en bicicleta con la finalidad de promover una vida activa y sana a fin de propiciar la salud y el bienestar al prevenir la obesidad y los factores de riesgo para las ENT³²².

La responsabilidad de la salud fue alta en el grupo de universitarios, es importante en nuestros días, mantener o elevar la cultura de la responsabilidad de la propia salud de los adultos jóvenes, quienes deben ser incentivados continuamente; las universidades deben influir de positivamente en las condiciones de vida y salud de todas las personas que allí estudian o trabajan³²³. Diversos estudios informaron que los estudiantes mostraron nivel de RS bajo, en enfermería¹³⁸ y ciencias de la salud hubo conductas no saludables¹⁸³; en argentinos existió nivel moderado en conductas preventivas y nivel bajo a la realización del chequeo médico²⁷⁸; el grupo más joven de edad tuvo nivel bajo en RS¹⁴³; en mujeres se observaron conductas poco saludables y con tendencia al riesgo al mostrar alteraciones en algunos aspectos de su vida¹³⁹; sólo un cuarto de los estudiantes tenía conocimiento sobre actividades de prevención de enfermedades y promoción de salud¹⁴⁶, y en estudiantes de Yucatán, México, un quinto presentó manejo regular en RS³⁰¹; estudiantes de Sonora, México, presentaron nivel de RS bajo al mostrar conductas de riesgo (sedentarismo, consumo abusivo de alcohol y conductas sexuales de riesgo)¹⁴⁹, se observó que prevalecía un estilo

de vida patógeno en su juventud¹⁴⁷ y otro estudio concluyó que los jóvenes no tenían miedo a enfermar y a su edad no les preocupaba realizar ninguna práctica para prevenir enfermedades¹⁴⁸. En contraparte, se reportó en estudiantes universitarios chinos mayor nivel en RS con predominio en las mujeres³⁰⁵, hubo nivel alto en universitarios colombianos³⁰⁰, en adultos sanos³⁰² y estudiantes de enfermería y nutrición presentaron mejor estilo de vida al mostrar conductas saludables, se identificó que el perfil de los estudiantes tenía influencia en la RS¹².



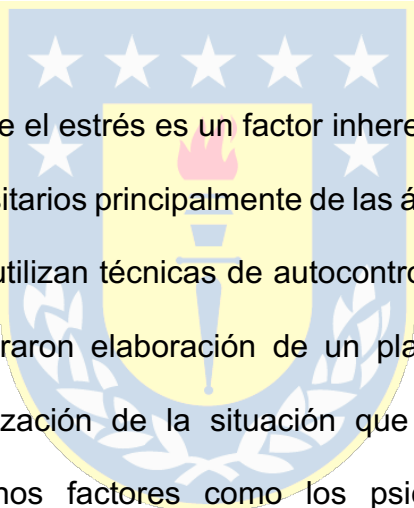
Se ha documentado que las personas incluidos los adultos jóvenes pueden sentirse bien y de buen ánimo durante largo período de tiempo, sin percatarse de su estado de salud y mostrar preocupación por su condición, al no realizar prácticas preventivas para conservarse sanos³²⁴. Comúnmente se ha establecido que el responsable de su salud es la persona, al respecto se ha publicado que “el único responsable y que puede modificar los comportamientos de riesgo hacia comportamientos saludables de bienestar o positivos es el propio individuo y nadie más”³²⁵, la persona toma la decisión de cómo cuidarse y si desea conservar su buena salud, por lo que es indispensable promover el empoderamiento de los adultos jóvenes universitarios con la finalidad de incentivar el desarrollo de habilidades para la vida y que lleven a cabo nuevas conductas en salud³²³. Las universidades en su rol social de formadores, líderes de futuros profesionistas y agentes de cambio, deben a través de la promoción de la salud orientar y apoyar la educación en salud para favorecer el autocuidado y la adquisición de un EVPS

de sus estudiantes por medio de estrategias costo-efectivas que puedan ser sostenidas en el tiempo, tomando en cuenta las necesidades del ciclo de vida de la población.

El manejo del estrés fue alto en los adultos jóvenes universitarios, es conocido que un inadecuado ME académico puede afectar de diferentes formas el estado emocional, la salud física o las relaciones interpersonales de los adultos jóvenes, pueden ser vivenciados de diversas maneras por diferentes personas³²⁷. Se han reportado resultados donde los estudiantes de ciertos programas académicos presentan mayor presencia de estrés en su proceso de aprendizaje, estudiantes de enfermería colombianos tuvieron conductas no saludables en ME¹³⁸, asimismo en chilenos de las carreras de medicina y enfermería con predominio en mujeres presentaron mayor nivel de estrés³²⁶.

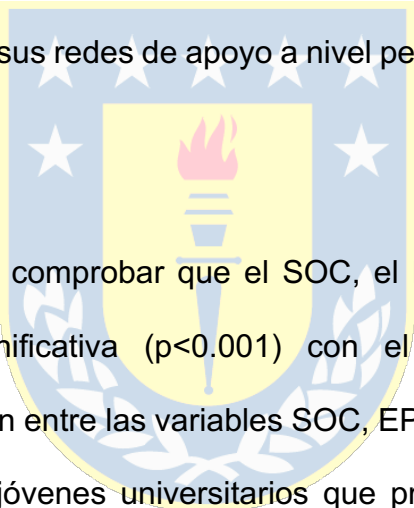
En algunas carreras de ciencias de la salud de Guadalajara, México, los universitarios presentaron problemas emocionales (ansiedad, depresión, irritabilidad, tristeza, desanimo) de forma moderada hasta intensa¹⁴⁸; estudiantes de Yucatán, México, mostraron regular ME³⁰¹, y un tercio de los adolescentes del Estado de México, presentaron sentimientos negativos como agresividad y preocupación¹⁴⁷. Sin embargo, se ha identificado que adultos sanos presentaron ME alto³⁰²; algunos estudios reportaron que los hombres en comparación con las mujeres³⁰⁵,³⁰⁷ y quienes cursaban segundo año en comparación con los de

primero mostraron mejor ME¹⁸³. En universitarios es común la presencia del estrés, actualmente se vive a un ritmo muy acelerado, aunado a las actividades académicas (tareas, trabajos, exámenes reuniones, compromisos, entre otros), lo cual genera una reacción de estrés cuando se inicia una sobrecarga de todos esos sucesos, lo importante es el afrontamiento a estas situaciones y las consecuencias que dicho fenómeno ocasiona en la vida de los estudiantes, además de las repercusiones en los diferentes ámbitos donde se desarrolla (académico, físico o psicológico)³²⁷.



También se considera que el estrés es un factor inherente en los estudiantes de ciertos programas universitarios principalmente de las áreas de la salud³²⁸. Pocos son los estudiantes que utilizan técnicas de autocontrol para disminuir el estrés entre las que se encontraron elaboración de un plan y ejecución de tareas académicas y la verbalización de la situación que les preocupa³²⁸. Se ha documentado que algunos factores como los psicosociales (patrones de conducta, apoyo social y las estrategias de afrontamiento), los psicoeducativos (autoconcepto académico, tipo de estudios y cursos) y socioeconómicos (lugar de residencia, apoyo económico entre otros) inciden en todo el proceso de estrés desde la aparición de los factores causales hasta las propias consecuencias, por lo que unas y otras pueden favorecer a que se afronte el estresor con mayores probabilidades de éxito³²⁷, fortaleciendo la conservación de un ME más alto en diferentes situaciones que afronte el estudiante. Es pertinente que las

autoridades universitarias identifiquen las medidas de afrontamiento más utilizadas por los estudiantes para poder apoyarlos en caso que se requiera, en estudiantes españoles identificaron que la mujeres recurren con mayor frecuencia a la búsqueda de apoyo como mecanismo de afrontamiento a situaciones estresantes académicas, mientras que los hombres prefieren la reevaluación positiva y la planificación³²⁹. Es importante establecer programas que permitan fortalecer las capacidades de afrontamiento de los estudiantes universitarios para que la experiencia de aprendizaje no sea vivenciada como negativa y se fortalezcan sus redes de apoyo a nivel personal, físico, psico-social y espiritual.



En este estudio se pudo comprobar que el SOC, el EPS y la AEP mostraron correlación positiva significativa ($p < 0.001$) con el EVPS, en base a la interpretación y asociación entre las variables SOC, EPS y AEP con el EVPS, se declara que los adultos jóvenes universitarios que presentan recursos/activos personales disponibles para afrontar con habilidad y capacidad situaciones estimulantes, estresantes y desafiantes en su vida cotidiana posiblemente manifiesten un EVPS suficiente que a su vez repercutirá en su estado de salud personal. Estos resultados coinciden con estudios en universitarios donde la AEP mostró correlación positiva significativa con EVPS³³⁰; otro estudio mostró que el SOC tuvo relación positiva y significativa con el EVPS²⁷⁸.

A través del análisis de las variables independientes se pudo llegar a la construcción de un modelo que permitió predecir la adopción de un EVPS en la población de adultos jóvenes. Se ajustaron en total siete modelos de regresión lineal múltiple considerando las variables independientes con mayor coeficiente de determinación con la finalidad de obtener la bondad de ajuste del modelo a la variable EVPS.

Se generó el modelo óptimo final con la combinación de los predictores; factores personales (realizar prácticas para cuidar la salud, realizar ejercicio físico, realizar actividades de descanso/ocio y percepción del estado de salud muy bueno) y las variables AEP alta, EPS alto y SOC alto explicando el 39.0% en la variabilidad del EVPS de los adultos jóvenes universitarios del noroeste de México, con una significancia estadística inferior al uno por diez mil ($p < 0.0001$). Diversos autores han informado de las variables significativas que influyeron en la adopción de un mejor EVPS, en estudiantes chinos se identificó que las variables sexo, grado académico, nivel de educación de los padres y tipo de institución educativa explicaron un 32.0% de la varianza³⁰⁵. En estudiantes de enfermería y medicina se comprobó que la variación de EVPS estaba explicada por el optimismo en un 13.7%¹⁸³. En universitarios colombianos el modelo óptimo estuvo constituido por las variables percepción del estado de salud, AEP y el tipo de relación familiar que se da en la vivienda de los estudiantes explicando en un 11.6% la variabilidad del EVPS³⁰⁴. En adultos sanos se obtuvo que las conductas del EVPS (NUT, AF,

RS y ME) fueron explicadas en un 5.1% por los factores personales biológicos (edad e IMC)³⁰². Otro estudio identificó que los factores psicológicos protectores y las creencias saludables predicen la ocurrencia del EVPS en un 63.0%³³⁰. En adultos chilenos se identificaron como predictores, sexo, edad, acceso a salud, ocupación, autoestima y AEP quienes explicaban en un 30.0% de la variación total del EVPS¹⁴⁵.

Un aspecto relevante del modelo final es que si bien las variables identificadas explican en un 39.0% la presencia de un EVPS, aun así, en un 61.0% se desconoce que otras variables predictoras pueden contribuir a obtener mejores resultados en el EVPS. De igual manera el modelo final debe ser contrastado a futuro en otras poblaciones de estudiantes para corroborar su validez predictiva, su estabilidad y ajuste, incluyendo variables no consideradas en la presente investigación. Este modelo nos confirma que es importante considerar el enfoque salutogénico para abordar realmente el promover la salud de la población adulto joven.

Por último, tomando en cuenta el análisis de los resultados de la presente investigación se dio respuesta a la formulación del problema de investigación inicial, al identificar que algunos factores personales como el sexo, la percepción del estado de salud, realizar prácticas para cuidar la salud, actividad física, ejercicio físico y actividades de descanso/ocio, no consumir tabaco, haber

experimentado la sensación que vale la pena vivir, no haber intentado quitarse la vida, no expresarse de manera violenta y tener relaciones sexuales seguras; además del factor cognitivo afectivo: AEP, influyeron en la adopción de un EVPS en los estudiantes universitarios. Asimismo, se pudo comprobar que existió relación entre el SOC y el EPS con el EVPS en los adultos jóvenes universitarios. Evaluando que las políticas actuales en salud no han impactado de forma positiva en la salud de los jóvenes, es indispensable considerar estas características de los estudiantes que conforman el modelo óptimo final para diseñar e implementar programas tanto educativos como sociales enfocados en esta población para lograr un cambio efectivo en su salud y calidad de vida.



VII. CONCLUSIONES

En base a los objetivos principales establecidos para la investigación, se puede concluir que:

La población estudiada se caracterizó por pertenecer en mayor proporción a la Unidad Académica de Hermosillo (91.0%), de las Divisiones de Ciencias Sociales (23.7%) y Ciencias Biológicas y de la Salud (23.3%). Distribuidos por años cursados en primero (25.9%), segundo (25.3%) y tercero año (23.2%). Más de la mitad de los adultos jóvenes eran mujeres, con edades entre 19 a 22 años, la mayoría estaban solteros, sin hijos, procedían del área urbana; más de la mitad de los estudiantes eran católicos, procedían de una familia nuclear y vivían con su familia.

Al evaluar el SOC global y por dimensiones de los adultos jóvenes, más de la mitad obtuvo un nivel alto. Por Unidad Académica, se observó SOC alto en Hermosillo y Cajeme; hubo diferencia estadísticamente significativa entre las unidades académicas. Por División Académica los estudiantes de Ciencias Biológicas y de la Salud, Ciencias Exactas y Naturales, Ciencias Sociales e Ingenierías obtuvieron promedio igual o superior a la media al mostrar SOC alto; no hubo diferencia estadísticamente significativa entre las divisiones académicas. Lo que representa que los estudiantes cuentan con un factor

protector que les permite comprender y valorar los acontecimientos de su vida como valiosos, comprensibles, manejables y significativos empleando sus recursos para afrontarla.

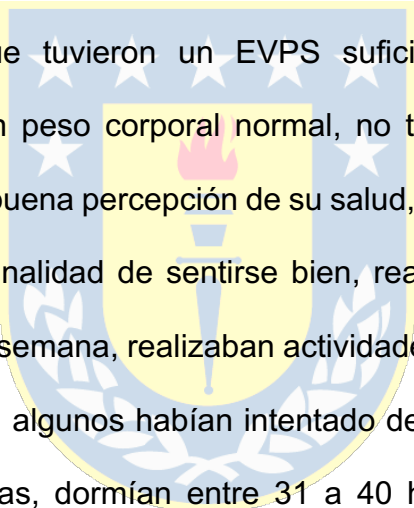
Al identificar el empoderamiento para la salud global y por dimensiones, más de la mitad de los adultos jóvenes obtuvieron un nivel alto. Las tres unidades académicas obtuvieron puntaje igual o superior a la media al obtener EPS alto; no existió diferencia estadísticamente significativa entre las unidades académicas. Por División Académica se observó un nivel de EPS alto en la mayoría de las divisiones, los más altos fueron en Ciencias Biológicas y de la Salud, Ciencias Administrativas, Sociales y Agropecuarias, Ingenierías y Ciencias Sociales; existió diferencia estadísticamente significativa entre las divisiones académicas y el EPS. Lo que representa que de alguna manera los adultos jóvenes han mostrado la capacidad de tomar el control y dominio en algunos aspectos de su vida, favoreciendo su desarrollo personal.

Con relación a la autoeficacia percibida más de la mitad de los adultos jóvenes obtuvieron un nivel alto. Todas las unidades académicas mostraron un promedio igual o superior a la media al obtener un nivel alto; no hubo diferencia estadísticamente significativa entre las unidades académicas. Por División Académica solo se observó que los estudiantes de Ciencias Exactas y Naturales y Humanidades y Bellas Artes obtuvieron porcentaje inferior a la media global al

mostrar un nivel de AEP baja; en la mayoría de las divisiones académicas los adultos jóvenes tuvieron un nivel alto; existió diferencia estadísticamente significativa entre las divisiones académicas. Los estudiantes que muestran ser autoeficaces tienen la creencia de ser capaces de realizar actividades que le permitan potencializarse en diversos aspectos de su vida, facilitándoles el éxito en los proyectos o conductas que emprendan.

Al identificar el EVPS global en la población estudiada, se pudo apreciar que un poco más de la mitad de los adultos jóvenes mostraron un EVPS insuficiente al obtener puntuación inferior a la media global; se evidenciaron conductas no saludables en su vida cotidiana como presencia de sobrepeso y obesidad, algunos trabajaban más de 30 horas a la semana, no tenían una razón específica para cuidarse, realizaban actividad física y ejercicio físico cada vez que se acordaban o nunca, algunos realizaban actividades de descanso/ocio cada vez que se acordaban o nunca, consumían tabaco y fumaban actualmente, consumían bebidas que contenían alcohol con una frecuencia de 1 a 3 veces o más al mes, tomaban casi 6 botes/copas en cada ocasión que bebían, habían consumido/probado drogas antes de los 20 años de forma ocasional, algunos dormían menos de 30 horas a la semana por tener mucha carga académica/laboral; pocos experimentaron la sensación que no valía la pena vivir e intentaron quitarse la vida; hubo expresiones de violencia al manifestar su disgusto o desacuerdo y agredieron física o verbalmente a otras personas o

compañeros; otros habían sido víctimas de algún tipo de violencia de predominio psicológica. Los jóvenes tenían vida sexual activa con personas del mismo sexo o de ambos sexos, algunos tuvieron desde una hasta 3 o más compañeras (os) sexuales, no utilizaban algún método de protección por sentir menos placer/deseo. Por Unidad Académica, solo Nogales tuvo un promedio inferior a la media al mostrar los adultos jóvenes un EVPS insuficiente. Por División Académica el EVPS fue insuficiente en casi todas las divisiones académicas.



Los adultos jóvenes que tuvieron un EVPS suficiente (49.6%) mostraron tendencia a mantener un peso corporal normal, no trabajaban, contaban con servicio de salud, tenían buena percepción de su salud, realizaban prácticas para cuidar su salud, con la finalidad de sentirse bien, realizaban actividad física y ejercicio físico durante la semana, realizaban actividades de descanso/ocio en el transcurso de la semana, algunos habían intentado dejar de fumar y no habían consumido/probado drogas, dormían entre 31 a 40 horas con la finalidad de descansar/relajarse y tener buen rendimiento físico/mental; señalaron que alguna vez habían buscado o buscarían apoyo en caso de ser violentado (a); algunos no tenían pareja actualmente y no habían tenido relaciones sexuales en el último semestre, utilizaban algún método de protección para evitar embarazos. Por Unidad Académica el EVPS fue suficiente en los adultos jóvenes de Hermosillo y Cajeme, no hubo relación estadísticamente significativa entre las unidades académicas. La División Académica donde se observó un nivel de EVPS

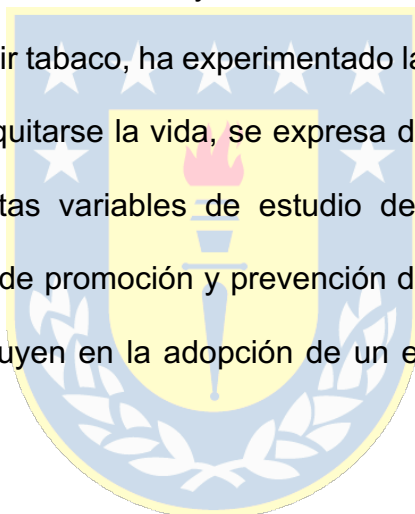
suficiente fue en Ciencias Biológicas y de la Salud; hubo diferencia estadísticamente significativa entre las divisiones académicas.

Con respecto a las dimensiones que conforman el EVPS se identificó que todas las unidades académicas (Hermosillo, Nogales y Cajeme) obtuvieron puntaje igual o superior a la media de cada dimensión, mostrando tendencia hacia un nivel alto por lo que, los estudiantes obtuvieron un nivel de crecimiento espiritual, relaciones interpersonales, nutrición, actividad física, responsabilidad de la salud y manejo del estrés alto. Solo existió diferencia estadísticamente significativa en responsabilidad de la salud por unidades académicas.

Por División Académica, el nivel de CE fue alto en Ciencias Biológicas y de la Salud, Ciencias Económico Administrativas, Ciencias Sociales e Ingenierías. En relaciones interpersonales se observó mayor proporción de nivel alto en Ciencias Biológicas y de la Salud, Ciencias Económico Administrativas y Ciencias Sociales. En nutrición menos de la mitad de los estudiantes de Ciencias Sociales e Ingenierías obtuvieron puntaje inferior a la media de la dimensión, mostrando un nivel bajo. En actividad física, más de la mitad de los adultos jóvenes de Ciencias Exactas y Naturales y Ciencias Económico Administrativas mostraron un nivel de AF baja. En responsabilidad de la salud más de la mitad de los estudiantes de Ciencias Exactas y Naturales y Humanidades y Bellas Artes obtuvieron un nivel bajo. En manejo del estrés más de la mitad de los adultos

jóvenes de Ciencias Sociales, Ciencias Biológicas y de la Salud e Ingenierías tuvieron un nivel alto. Solo se evidenció diferencia estadísticamente significativa en RS de los adultos jóvenes entre las divisiones académicas.

Al establecer la relación entre los factores personales y el EVPS se pudo identificar que el EVPS mostró relación estadísticamente significativa con las variables sexo, percepción del estado de salud, realizar prácticas para cuidar la salud, actividad física, ejercicio físico y actividades de descanso/ocio, además con las variables consumir tabaco, ha experimentado la sensación que no vale la pena vivir, ha intentado quitarse la vida, se expresa de manera violenta y tener relaciones sexuales. Estas variables de estudio deben ser consideradas al planificar intervenciones de promoción y prevención de la salud en la población adulto joven por que influyen en la adopción de un estilo de vida promotor de salud.



Al analizar la relación entre sentido de coherencia, empoderamiento para la salud y autoeficacia percibida con el estilo de vida promotor de salud, se evidenció una correlación positiva débil pero significativa con SOC global, EPS global y AEP.

El modelo óptimo final que explica en un 39.0% de la variabilidad del estilo de vida promotor de salud de los adultos jóvenes universitarios del noroeste de México, quedo constituido por las variables predictoras: realiza prácticas para

cuidar la salud, ejercicio físico y actividades de descanso/ocio, tener una percepción del estado de salud muy bueno, mostrar autoeficacia percibida empoderamiento para la salud y sentido de coherencia alto.

De acuerdo al análisis de los resultados obtenidos, los adultos jóvenes son un grupo etario susceptible que está expuesto a múltiples riesgos para su salud de forma cotidiana, debido a esto es prioritario realizar estrategias que permitan fortalecer las capacidades personales para que tomen decisiones asertivas con respecto a su salud, asegurando así una población con potencialidades para su desarrollo individual y colectivo.

Se concluye que los adultos jóvenes universitarios mostraron en general conductas insuficientes en salud, por lo que se hace necesario establecer estrategias que promuevan la salud con enfoque salutogénico, focalizando en los factores personales, el sentido de coherencia, el empoderamiento para la salud y la autoeficacia percibida, con la finalidad de incentivar un cambio de conducta que impacte en la adopción de un estilo de vida promotor de salud permanente que mejore la calidad de vida de los adultos jóvenes universitarios.

VIII. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El desarrollo de la presente investigación contó con el apoyo de la institución superior educativa en las tres Unidades Académicas. Sin embargo, se debe considerar que para la recolección de información fue necesario invertir un mayor tiempo del planificado por los horarios de clase establecidos por semestre, con el fin de no alterar el desarrollo académico de los estudiantes al realizar la recolección de información.

Con relación al tamaño muestral de la población de estudio, se identificó que a pesar que fue proporcional por Unidad Académica, a pesar de la diferencia en el tamaño muestral en Cajeme y Nogales, esto, no limitó la comparación de las poblaciones.

En correspondencia a la recolección de la información es importante mencionar en las Unidades Académicas de Cajeme y Nogales (una estaba localizada hacia el norte y la otra hacia el sur del Estado de Sonora) implicó inversión de tiempo en el traslado, asimismo para la programación de la población considerada para la muestra.

IX. SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

Desde la ciencia de Enfermería es importante continuar con la aplicación y desarrollo de las teorías de Enfermería como el modelo de promoción de la salud, con la finalidad de fortalecer su utilidad en el campo disciplinar.

El modelo de promoción de la salud fue de amplia utilidad al desarrollar algunos elementos del mismo, sin embargo se recomienda desarrollar otros conceptos que no se tomaron en cuenta en esta investigación como beneficios percibidos de la acción, barreras percibidas de la acción, influencias interpersonales e influencias situacionales entre otros, con la intención de fortalecer el desarrollo del modelo en Enfermería e identificar su influencia en la adopción de un estilo de vida promotor de salud.

Desde la mira de la promoción de la salud, continuar con el desarrollo de la teoría salutogénica, con el propósito de establecer su utilidad en las poblaciones de estudio y que sirva de base en la organización y planeación de programas y estrategias en salud encaminadas a fortalecer el sentido de coherencia y empoderamiento de las personas.

Desarrollar investigaciones con énfasis en los recursos generales de resistencia, elemento primordial que permiten el desarrollo del sentido de coherencia en diferentes poblaciones.

Continuar con estudios dirigidos a la línea de investigación de estilo de vida promotor de salud en diferentes poblaciones con el propósito de incentivar el cambio de comportamientos de las personas haciéndolas copartícipes de su propia salud a fin de mejorar su calidad de vida.

Los resultados de esta investigación servirán de base para poder replicar el estudio en diferentes poblaciones, con la intención de identificar las capacidades de afrontamiento que presentan las personas en la vida cotidiana.

En las próximas investigaciones es importante considerar la incorporación de otras variables independientes que permitan evaluar la influencia en el estilo de vida promotor de salud como son: apoyo social, autoestima, calidad de vida, bienestar, hacer frente a (coping), entre otros.

En base a los resultados que se obtuvieron, proponer el desarrollo de estrategias de enfermería y multidisciplinarias encaminadas a fortalecer los recursos/activos en salud de la población estudiantil universitaria basándose en el modelo predictor propuesto y la orientación salutogénica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en Ginebra. Organización Mundial de la Salud. El derecho a la salud. Derechos humanos. Folleto informativo N° 31 [Internet]. Ginebra, Suiza; 2008 [citado 04 agosto 2016]. Disponible en: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>
2. Frank J, Gómez-Dantés O. La globalización y la nueva salud pública. Salud pública [Internet]. México, D. F; 2007 [citado 27 abr 2016];49(2):156-164. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342007000200011&script=sci_arttext
3. Organización Mundial de la salud. 10 datos sobre las enfermedades no transmisibles. Reportajes [Internet]. 2013 [citado 20 ene 2016]. Disponible en: https://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/
4. Casamitjana N, Alonso PL. La situación de la salud en el mundo En: Fundación BBV (ed.). Libro de la salud del hospital clínic de Barcelona y de la fundación BBVA. Bilbao: Fundación BBVA; 2007. 21-30p.
5. Frank J. Transiciones: vidas, instituciones, ideas. Salud pública de México [Internet]. México, D. F; 1997 [citado 27 abr 2016];39(2):144-150. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341997000200009&lng=en
6. Kuri-Morales P. La transición en salud y su impacto en la demanda de servicios. Gaceta Médica [Internet]. México, D. F; 2011 [citado 30 abr 2016];147:451-454. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2011/gm116b.pdf>
7. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes 2010-2018. Oficina Regional de la OMS [Internet]. Washington, D. C; 2010 [citado 10 may 2016]. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Estrategia-y-Plan-de-Accion-Regional-sobre-los-Adolescentes-y-Jovenes.pdf>

-
8. Organización Mundial de la Salud. La salud de los jóvenes un desafío para la sociedad. Serie de informes técnicos [Internet]. Ginebra, Suiza; 2000 [citado 23 abr 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/36922/1/WHO_TRS_731_spa.pdf
9. Cockerham WC. Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of health and social behavior* [Internet]. 2005 [citado 18 ago 2017];46(1):51-67. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/002214650504600105>
10. Álvarez CL. Los estilos de vida en salud: Del individuo al contexto. *Rev Fac Nac salud pública* [Internet]. 2012 [citado 9 may 2016];30(1):95-101. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n1/v30n1a11.pdf>
11. Guerrero M, León SA. Estilo de vida y salud: Un problema socioeducativo, antecedentes. *Artículos arbitrados Universidad de los Andes* [Internet]. 2010 [citado 22 ene 2016];287-295. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35617102005>
12. Barragán LL, Hernández CE, Estrada MS, Hernández CY, González PM, Ríos VJ, et al. Explorar el estilo de vida prevaliente en estudiantes del área de la salud. *Rev electrónica medicina, salud y sociedad* [Internet]. 2015 [citado 26 ene 2016];6(1): Disponible en: <https://docplayer.es/29526720-Explorar-el-estilo-de-vida-prevaliente-en-estudiantes-del-area-de-la-salud-browse-lifestyle-in-students-of-health-area.html>
13. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud: Glosario. División de promoción, educación y comunicación para la salud [Internet]. Ginebra, Suiza; 1998 [citado 13 may 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67246/1/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf
14. Secretaria de Salud. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Programa Sectorial de Salud. Gobierno de la Republica de México. [Internet]. México, D. F; 2014 [citado 07 jun 2016]. Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/index/ps_2013_2018.pdf

15. Tenahua-Quitl I, Grajales-Alonso I, Ordaz-Zurita F, Cortés-Bohórquez E, Pinacho-Cortés H, Duque-Bautista H, et al. Estilos de vida y factores de riesgo cardiovascular en personas de 30 a 65 años de edad. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2014 [citado 24 ene 2016];22(2):101-106. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2014/eim142g.pdf>

16. Gómez ML. Salutogénesis ¿Qué es lo que mantiene al ser humano sano? reto para la promoción de la salud [Internet]. México, D. F; sf [citado 13 may 2016]. Disponible en: <http://apoyoemocional.univalle.edu.co/salutogenesis.pdf>

17. Consejo Internacional de Enfermeras. Reducir los riesgos para la salud relacionados con el medioambiente y el estilo de vida. Declaración de posición [Internet]. Ginebra, Suiza; 2011 [citado 25 agost 2017]. Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/E11_Riesgos_salud_medioambiente-Sp.pdf

18. Naciones Unidas. La juventud y las Naciones Unidas. Centro de Información de las Naciones Unidas [Internet]. 2016 [citado 06 may 2016]. Disponible en: http://www.cinu.mx/minisitio/UNjuventud/preguntas_frecuentes/

19. Romero SM. Programas y servicios de salud para adolescentes. Curso salud y desarrollo del adolescente. Departamento de salud pública Pontificia Universidad Católica de Chile. [Internet]. Chile; sf [citado 09 jun 2016]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/Leccion18/M4L18Leccion.html>

20. Becerra HS. Universidades saludables: Una apuesta a una formación integral del estudiante. *Rev Psicología* [Internet]. 2013 [citado 09 jun 2016];31(2):287-314. Disponible en <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/7621/7870>

21. Fondo de Población de las Naciones Unidas América Latina y el Caribe (UNFPA). 10 Cosas que no sabías acerca de la población de América Latina y el Caribe. Naciones Unidas [Internet]. 2015 [citado 08 may 2016]. Disponible en: <https://mexico.unfpa.org/es/noticias/10-cosas-que-no-sab%C3%ADas-acerca-de-la-poblaci%C3%B3n-de-am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe>

22. Organización Mundial de la Salud. Riesgos para la salud mundial: Progresos y desafíos. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Departamento de datos y estadísticas sanitarias [Internet]. Ginebra, Suiza; 2009 [citado 09 may 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/9/09-070565/es/>

23. United Nations Children's Fund. Adolescents are the outliers in the AIDS response. HIV/AIDS. Adolescents and young people [internet]. 2016 [citado 06 jun 2016]. Disponible en: <http://data.unicef.org/hiv-aids/adolescents-young-people.html>

24. Organización Mundial de la Salud. La OMS hace un llamamiento a la adopción de medidas mundiales para detener el aumento de la diabetes y mejorar la atención de quienes la padecen. Centro de prensa [Internet]. 2016 [citado 21 abr 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/world-health-day/es/>

25. Organización Mundial de la Salud. Resumen de orientación, informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014. OMS. Oficina de las naciones Unidas contra la droga y el delito y al servicio de las personas y las naciones [Internet]. 2014 [citado 22 abr 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145089/1/WHO_NMH_NVI_14.2_spa.pdf

26. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio un imperativo global. Resumen ejecutivo. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2014 [citado 23 abr 2016]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1

27. Organización Mundial de la Salud. Adolescentes: Riesgos para la salud y soluciones. Centro de prensa [Internet]. 2014 [citado 21 abr 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>

28. Conferencia Mundial sobre la Juventud 2014. Declaración de Colombo sobre la juventud. Proyecto del documento final de la Conferencia Mundial de la juventud 2014 [Internet]. Sri Lanka; 2014 [citado 06 may 2016]. Disponible en: <http://wcy2014.com/pdf/zero-draft-spanish>

29. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación [Internet]. Ginebra, Suiza; 2011 [citado 05 may 2016]. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf

30. United Nations Children's Fund (UNICEF). Patterns of mortality change as children enter adolescence. Adolescents. Mortality [Internet]. 2016 [citado 06 jun 2016]. Disponible en: <http://data.unicef.org/adolescents/mortality.html>

31. Di Cesare M. El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: Desafíos, límites y acciones. Naciones Unidas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Internet]. 2010 [citado 08 may 2016]. Disponible en: <http://archivo.cepal.org/pdfs/2011/S2011938.pdf>

32. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud en México. Enfermedades crónicas no transmisibles [Internet]. 2015 [citado 20 ene 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=category&id=815

33. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015. Estados Unidos Mexicanos. [Internet]. México, D. F; 2015 [citado 28 abr 2016]. Disponible en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825078966.pdf

34. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Número de habitantes. Cuéntame población [Internet]. México, D. F; 2015 [citado 25 abr 2016]. Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/habitantes.aspx?tema=P>

35. Organización Panamericana de la salud. Organización mundial de la Salud oficina Regional de las Américas. En México se mueren aproximadamente 24 mil personas al año, ocupa el séptimo lugar en el mundo por muertos por accidentes de tránsito y mueren 55 personas. Salud en cifras [Internet]. México, D. F; 2013 [citado 06 ago 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=552

mexico-ocupa-septimo-lugar-nivel-mundial-muertes-accidentes-transito-ops&catid=859:imesevi6-noticias.

36. Organización Panamericana de la salud. Organización Mundial de la Salud oficina Regional de las Américas. La Salud en las Américas, Capítulo México [Internet]. México, D. F; 2012 [citado 06 agos 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=203&=313

37. Gobierno Federal de México. Encuesta Nacional de Juventud 2010. Resultados generales. Instituto Mexicano de la Juventud [Internet]. México, D. F; 2011 [citado 07 jun 2016]. Disponible en: http://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/Presentacion_ENJ_2010_Dr_Tuiran_V4am.pdf

38. Instituto Nacional de Salud Pública de México. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Informe final de resultados. Gobierno Federal de México [Internet]. México, D. F; 2016 [citado 20 nov 2018]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>

39. Gobierno Federal de México. Encuesta nacional de valores en juventud 2012. Instituto Mexicano de la Juventud. Secretaria de Educación Pública [Internet]. México, D. F; 2013 [citado 06 jun 2016]. Disponible en: https://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/ENVAJ_2012.pdf

40. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Encuesta Intercensal 2015 [Internet]. México, D. F; 2015 [citado 25 abr 2016]. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/tabuladosbasicos/default.aspx?c=33725&s=est>

41. Instituto Nacional de Salud Pública de México. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa Sonora [Internet]. Cuernavaca, México; 2013 [citado 07 jun 2016]. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/Sonora-OCT.pdf>

42. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. Centro de prensa [Internet]. 2015 [citado 25 abr 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

43. Rosabal GE, Romero MN, Gaquín RK, Hernández MR. Conductas de riesgo en los adolescentes. Rev Cubana Med Mil [Internet]. 2015 [citado 05 may 2016];44(2):218-229. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol44_2_15/mil10215.htm

44. The Open University United Kingdom. Factors that influence health: An introduction. Health. United Kingdom. [Internet]. 2016 [citado 04 ago 2016]. Disponible en: <http://www.open.edu/openlearn/health-sports-psychology/health/factors-influence-health-introduction/content-section-3>

45. Sanabria-Ferrand P, González QL, Urrego MD. Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. Rev Med [Internet]. 2007 [citado 10 may 2016];15(2):207-217. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v15n2/V15n2a08.pdf>

46. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 [Internet]. 2013 [citado 06 jun 2016]. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf?ua=1

47. Naciones Unidas. Estrategia del PNUD para la Juventud 2014-2017. Juventud empoderada, futuro sostenible. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [Internet]. Nueva York; 2014 [citado 10 may 2016]. Disponible en: <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/Democratic%20Governance/Youth/UNDP-Youth-Strategy-2014-2017-SP.pdf>

48. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria. Gastos en salud propuestas 2017. Análisis de 2006-2017 [Internet]. 2016 [citado 16 abr 2019]. Disponible en: https://ciep.mx/gasto-en-salud-propuesta-2017/#_ftn2

49. Expansión. México-Gasto público en salud. Datosmacro.com [Internet]. 2017 [citado 16 abr 2019]. Disponible en: <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/mexico>

50. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. ¿Cómo compara México?. Health at a Glance 2015. OECD Indicators [Internet]. 2015 [citado 10 may 2016]. Disponible en: http://www.oecd.org/centrodemexico/medios/Health-at-a-Glance-2015-Country-Note-MEXICO_Espa%C3%B1ol-final.pdf

51. Secretaria de Salud de México. Segundo informe de labores 2013-2014. Gobierno Federal de México [Internet]. México, D. F; 2014 [citado 07 jun 2016]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/transparencia/informes/Segundo_Informe_de_Labores_de_la_Secretaria_de_Salud_2013-2014.pdf

52. Gobierno de la República de México. Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Presidencia de la República de México. [Internet]. México, D. F; 2019 [citado 07 jun 2018]. Disponible en: <https://lopezobrador.org.mx/wp-content/uploads/2019/05/PLAN-NACIONAL-DE-DESARROLLO-2019-2024.pdf>

53. Secretaria de Salud de México. Proyecto Plan Nacional de Salud 2019-2024. Presidencia de la República de México. [Internet]. México, D. F; 2019 [citado 24 jul 2019]. Disponible en: http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/Plan_Nacional_Salud_2019_2024.pdf

54. Fondo de Naciones Unidas para la Población (UNFPA). Evaluación transversal: Políticas y programas para el desarrollo de la juventud. Fundación Idea-Instituto Mexicano de la Juventud [Internet]. 2012 [citado 08 jun 2016]. Disponible en: http://www.cinu.mx/minisitio/unfpa_juventud/Evaluaci%C3%B3n_TRansversal_Final.pdf

55. Gobierno de la República de México. Seguro popular. Salud seguro popular. [Internet]. México, D. F; 2016 [citado 07 jun 2016]. Disponible en <http://www.seguropopular.org/>

56. Secretaria de Salud de México. Cartillas nacionales de salud. Dirección General de Promoción de la Salud [Internet]. México, D. F; 2015 [citado 07 jun

2016]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/cartillas-nacionales-de-salud-12270>

57. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia. Programa conduce sin alcohol reduce hasta 30% muertes por accidentes viales. Gobierno de México [Internet]. México, D. F; 2017 [citado 07 jul 2019]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud%7Ccensia/prensa/317-programa-conduce-sin-alcohol-reduce-hasta-30-muertes-por-accidentes-viales>

58. Secretaria de Desarrollo Social México. Programa nacional de juventud 2014-2018 Projuventud. Marco conceptual y diagnóstico inicial. Instituto Mexicano de la Juventud [Internet]. México, D. F; 2014 [citado 06 jun 2016]. Disponible en: http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/projuventud_2014-2018.pdf

59. World Health organization. The Helsinki statement on health in all policies. The 8th global conference on health promotion [Internet]. Helsinki, Finland; 2013 [citado 06 agos 2016]. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf?ua=1

60. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Salud y Bienestar Social Canadá; Asociación Canadiense de Salud Pública [Internet]. 1986 [citado 13 may 2016]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

61. Hernán M, Morgan A, Mena Á, (Eds). Formación en salutogénesis y activos para la salud. Escuela Andaluza de salud pública [Internet]. 2010 [citado 15 may 2016]. Disponible en: <http://www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-la-salud/>

62. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health promotion international [Internet]. 1996 [citado 13 may 2016];11(1):1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>

63. Rivera de los Santos F, Ramos VP, Moreno RC, Hernán GM. Análisis del modelo salutogénico en España: Aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. Rev Española de Salud Pública [Internet]. 2011

[citado 25 ene 2016];85(2):129-139. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/revista_cdrom/vol85/vol85_2/RS852C_129.pdf

64. Paredes-Carbonell J, Agulló-Cantos J, Vera-Remartínez E, Hernán-García M. Sentido de coherencia y activos para la salud en jóvenes internos en centros de menores. *Rev esp sanid penit* [Internet]. 2013 [citado 14 may 2016];15(3):87-97. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202013000300002

65. Restrepo HE. Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable [Internet]. *sf* [citado 14 may 2016]. Disponible en: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-005.pdf>

66. Ministerio de Salud de Chile. Construyendo comunidades educativas saludables. Guía para la autoevaluación y reconocimiento de instituciones de educación superior promotoras de la salud. Red Nacional de Universidades Promotoras de la Salud [Internet]. 2013 [citado 26 may 2016]. Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/GUIA_SALUDABLE_IEMSPS_2013_baja.pdf

67. Mercado VH, Palmerín CM, Sesento GL. La tutoría grupal en la educación. *Rev académica semestral Cuadernos de Educación y Desarrollo*. Universidad de Málaga [Internet]. 2011 [citado 25 may 2016];3(31). Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/ced/31/vcg.html>

68. Muñoz M, Cabieses B. Universidades y promoción de la salud: ¿Cómo alcanzar el punto de encuentro? *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2008 [citado 25 may 2016];24(2):139–46. Disponible en: <http://75.102.22.228/uploads/1221234704.pdf>

69. eVirtual. Programas institucionales de tutorial. Una propuesta de la AUNIES para su organización y funcionamiento en las instituciones de educación superior. Universidad Autónoma de San Luis Potosí [Internet]. San Luis Potosí, México; *sf* [citado 25 may 2016]. Disponible en: http://evirtual.uaslp.mx/FCQ/tutorias/Documentos%20compartidos/INTRODUCCION/PROGRAMAS%20INSTITUCIONALES%20DE%20TUTORIA_ANUIES.pdf

70. García F, Trejo MR, Flores L, Rabadán R. La tutoría: una estrategia educativa que potencia la formación de profesionales. México: Limusa; 2007.

71. Torres A. La educación para el empoderamiento y sus desafíos. Sapiens [Internet]. 2009 [citado 21 may 2016];10(1):89-108. Disponible en: http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1317-58152009000100005&lng=es&nrm=i

72. Pérez AS. Promoción de estrategias para el desarrollo de estilos de vida saludable y sostenible. Enfoque Rev Científica de Enfermería [Internet]. 2012 [citado 21 may 2016];12(7):54-64.

73. Giraldo OA, Toro RM, Macías LA, Valencia GC, Palacio RS. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Hacia la promoción de la salud [Internet]. 2010 [citado 25 may 2016];15(1):128-143. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3091/309126693010.pdf>

74. Consejo Internacional de Enfermeras. Las enfermeras, una fuerza para el cambio: Eficaces en cuidados, eficientes en costos [Internet]. Ginebra, Suiza; 2015 [citado 05 jun 2016]. Disponible en: http://www.sep.org.pt/files/2015/04/IND_2015_Sp.pdf

75. Da Silva AL. Enfermería en la era de la globalización: Retos para el siglo XXI. Rev Latino-am Enfermagem [Internet]. 2008 [citado 10 jun 2016];6(4):1-4. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/salud-publica-y-atencion-primaria-de-salud/otros-recursos-1/lecturas/bloque-i/Enfermeria%20y%20globalizacion.pdf>

76. Aristizábal HG, Blanco, BD, Sánchez RA, Ostiguín MR. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enferm Univ [Internet]. 2011 [citado 10 jun 2016];8(4):16-23. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003

77. Rodríguez M, Couto MD, Díaz N. Modelo salutogénico: enfoque positivo de la salud. Una revisión de la literatura. Acta Odontológica Venezolana [Internet]. 2016 [citado 10 jun 2016];8(4):16-23. Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2015/3/art-19/>

78. Antonovsky A. Salutogénesis. Studying health vs studying disease. Lecture at the congress for clinical psychology and psychotherapy [Internet]. Berlin; 1990 [citado 12 nov 2016]. Disponible en: <http://www.angelfire.com/ok/soc/aberlim.html>

79. Lindström B. Salutogenesis – an introduction. Folkhälsan health promotion research [Internet]. Helsinki, Finland; 2010 [citado 12 nov 2016]. Disponible en: http://www.centrelearoack.org/assets/PDF/04_activites/clr-GCPB121122-Lindstrom_pub_introsalutogenesis.pdf

80. Lindström B, Eriksson M. Guía del autoestopista salutogénico: Camino salutogénico hacia la promoción de la salud. Documenta Universitaria. Universitat de Girona [Internet]. 2011 [citado 14 abr 2017].

81. Torres AR, Patiño DC, Landgrave GC, Casado LR. De la enfermología a la salutogénesis: Conceptos teóricos en la búsqueda de la salud como derecho universal. Rev Médica de la Universidad de Costa Rica [Internet]. 2015 [citado 25 agos 2017];9(2):1-8. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/medica/article/view/21988>

82. Juvinya-Canal D. Salutogénesis nuevas perspectivas para promover la salud. Enfermería Clínica [Internet]. 2013 [citado 25 ene 2016];23(3):87-88. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.03.004>

83. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. The Jossey-Bass social and behavioral science series. American Psychological Association [Internet]. 1987 [Abstract]. [citado 12 nov 2016]. Disponible en: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1987-97506-000>

84. Moreno B, Alonso M, Álvarez E. Sentido de coherencia, personalidad resistente, autoestima y salud. Rev de Psicología de la Salud [Internet]. 1997 [citado 18 nov 2016];13(2):185-207. Disponible en: <http://revistas.innovacionumh.es/index.php?journal=psicologiasalud&page=articulo&op=view&path%5B%5D=1206&path%5B%5D=305>

85. Morgan A, Hernán M. Promoción de la salud y del bienestar a través del modelo de activos. Rev esp sanid penit [Internet]. 2013 [citado 12 nov 2016];15(3):78-86. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202013003300001&lng=es.

86. Eriksson M, Mittelmark M. The sense of coherence and its measurement. En: Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, et al, editors. The handbook of salutogenesis. ed.Switzerland: Springer International; 2017. p. 99-106

87. Morgan A, Davies M. The asset model. Glasgow Caledonian University [Internet]. 2010 [citado 20 nov 2016]. Disponible en: http://hehp.kums.ac.ir/kums_content/media/image/2015/05/58000_orig.pdf

88. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: An assets model. Promotion & Education [Internet]. 2007 [citado 20 nov 2016];14(2):17-22. Disponible en: http://ped.sagepub.com/content/14/2_suppl/17.full.pdf+html.

89. Rivera F, Moreno C, García I, Ramos P, et al. El sentido de coherencia en los adolescentes: una revisión sistemática. Avanzamos caminando Wordpress [Internet]. sf [citado 05 jun 2016]. Disponible en: <https://avanzamoscaminando.files.wordpress.com/2012/11/sentido-coherencia-en-adolescentes-c-moreno.pdf>

90. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. Soc Sci Med [Internet]. 1993 [citado 20 jun 2016];36(6):725-733. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90033-Z](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90033-Z)

91. Malagón-Aguilera M, Fuentes-Pumarola C, Suñer-Soler R, Bonmatí-Tomás A, Fernández-Peña R, Bosch-Farré C. El sentido de coherencia en el colectivo enfermero. Enferm Clin [Internet]. 2012 [citado 25 ene 2016];22(4):214-218. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-el-sentido-coherencia-el-colectivo-S1130862112000800>

92. Canadian Public Health Association. History book. Una nueva perspectiva sobre la salud pública [Internet]. sf [citado 11 may 2016]. Disponible en: http://www.cpha.ca/uploads/history/book/history-book-chapter8_s.pdf

93. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud [Internet]. Alma-Ata, URSS; 1978

[citado 10 may 2016]. Disponible en:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39244/1/9243541358.pdf>

94. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 7th ed. United State of America: Pearson;2015.

95. Raile AM. Modelo de promoción de la salud. En: Raile AM. Modelos y teorías en enfermería. 8a ed. España: Elsevier;2015. P. 385-403.

96. Pender NJ. Heath promotion model manual. University of Michigan [Internet]. Michigan; 2011 [citado 13 jun 2016]. Disponible en:
https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y

97. Nawas MM. El estilo de vida. Rev Latinoamericana de Psicología [Internet]. 1971 [citado 09 may 2016];3(1):91-107. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/805/80503105.pdf>

98. Martínez GJ. El habitus. Una revisión analítica. Revista Internacional de Sociología [Internet]. 2017 [citado 09 may 2018];75(3):1-14. Disponible en:
<http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/viewFile/680/870>

99. Guerra ME. Las teorías sociológicas de Pierre Bourdieu y Norbert Elias: Los conceptos de campo social y habitus. Estudios Sociológicos [Internet]. 2010 [citado 09 may 2016];28(83):383-409. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59820673003>.

100. Oblitas GL, Becoñas IE. La conducta de salud y sus determinantes. En: Psicología de la salud [Internet]. 2000 [citado 22 may 2016]. Disponible en:
https://books.google.cl/books?id=Blc6XLCFcVsC&pg=PA74&lpg=PA74&dq=Bishop,+1994+determinantes+de+conductas+saludables&source=bl&ots=dHdaksDpth&sig=AFy0aPpB_CytURWDof-K2MWfrEs&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwi2toDWnu7MAhXMk5AKHRmxBkwQ6AEIIDAB#v=onepage&q&f=true

101. Aprendiendo a vivir. Conductas saludables. Escuela Cántabra de Salud [Internet]. España; 2015 [citado 22 may 2016]. Disponible en: <http://www.escuelacantabradesalud.es/conductas-saludables>

102. Velásquez FA. Revisión histórico-conceptual del concepto de autoeficacia. Rev Pequeñ [Internet]. 2012 [citado 18 may 2016];2(1):148-160. Disponible en: <http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/265/8%20REVISI%C3%93N%20HIST%C3%93RICO-CONCEPTUAL%20DEL%20CONCEPTO%20DE%20AUTOEFICACIA.pdf>

103. Universidad Rafael Landivar. Aprendizaje cognoscitivo social. Red de Bibliotecas [Internet]. Guatemala; sf [citado 18 may 2016]:101-143. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2012/Teo-Apra/4.pdf>

104. Bandura A. Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. Asian journal of Psychology [Internet]. 1999 [citado 18 may 2016];2:21-41. Disponible en: <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1999AJSP.pdf>

105. Prieto NL. La autoeficacia en el contexto académico. University of Kentucky. [Internet]. 2003 [citado 21 may 2016]:1-14. Disponible en: <http://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/prieto.PDF>

106. Bandura A. Auto-eficacia: Como afrontamos los cambios de la sociedad actual. Biblioteca de psicología. España: Desclée de brouwer; 1999.

107. Rozalén CM. Creencias de autoeficacia y coaching. Como mejorar la productividad de las personas. Innovación educativa. Universidad Politécnica de Madrid [Internet]. España; sf [citado 21 may 2016]: 22-46. Disponible en: http://innovacioneducativa.upm.es/jimcuc_09/comunicaciones/02_22-45_Coaching_Creencias.pdf

108. Olaz FO. La teoría social cognitiva de la autoeficacia. Contribuciones a la explicación del comportamiento vocacional. [Trabajo final de grado de licenciatura en Internet]. [Argentina]: Universidad de Argentina; 2001 [citado 20 may 2016]. Disponible en: <http://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/olaz.pdf>

109. Schwarzer R, Renner B. Health-Specific Self-Efficacy Scales. Gesundheitspsychologie Freie Universität Berlin [Internet]. Berlin; 2009 [citado 20

may 2016];14:1-21. Disponible en: <http://userpage.fu-berlin.de/~health/healsself.pdf>

110. Palacios DJ. Estimación psicométrica de la escala de autoeficacia ante conductas de riesgo para adolescentes en México. *Psychosocial Intervention* [Internet]. 2015 [citado 25 agos 2017];24(1):1-7. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113205591500006X>

111. Real Academia Española. Empoderar. *Diccionario de la lengua española* [Internet]. 2016 [citado 15 may 2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=ErreFb4|Ers1PZE>

112. Buelgas S. El empowerment: La potenciación del bienestar desde la psicología comunitaria. Facultad de Psicología, Universidad de Valencia [Internet]. España; 2007 [citado 21 may 2016]:154-173. Disponible en: https://www.uv.es/lisis/sofia/sofia_empower.pdf

113. Chiavola C, Cendrós PP, Sánchez FD. El empoderamiento desde una perspectiva del sistema educativo. *Omnia* [Internet]. 2008 [citado 21 may 2016];14(3):130-143. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73711121007>.

114. Rappaport J. In Praise of Paradox: A Social Policy of Empowerment Over Prevention. *American Journal of Community Psychology* [Internet]. 1981 [citado 21 may 2016];9(1):1-25. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1007/BF00896357/abstract>

115. Page N, Czuba CE. Empowerment: What is it?. *The journal of extension* [Internet]. 1999 [citado 25 abr 2016]. Disponible en: http://www.joe.org/joe/1999october/comm1.php/site_urlfor-authors.php

116. Camerini L, Schulz PJ, Nakamoto K. Differential effects of health knowledge and health empowerment over patients' self-management and health outcomes: A cross-sectional evaluation. *Patient Education and Counseling* [Internet]. 2012 [citado 22 may 2016];89:337-344. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2012.08.005>

-
117. De Vos P, Malaise G, De Ceukelaire W, Perez D, Lefèvre P, Van der SP. Participación y empoderamiento en la atención primaria en salud: Desde Alma Ata hasta la era de la globalización. *Medicina Social* [Internet]. 2009 [citado 22 may 2016];4(2):127-134. Disponible en: <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/314/651>
118. Barraza MM. Estrés académico y sentido de coherencia en un grupo de estudiantes universitarios. [Trabajo final de grado de licenciatura en Internet]. [Perú]: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2014 [citado 05 jun 2016]. Disponible en: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/6103>
119. Fernández MM, Mayo CL, García MM, Liébana PC, Fernández GD, Vázquez CA. Sentido de coherencia y salud percibida en alumnos universitarios de ciencias de la salud. *Asociación de Enfermería en Salud Mental* [Internet]. 2014 [citado 05 jun 2016]. Disponible en: <http://www.anesm.org/anesm/sentido-de-coherencia-y-salud-percibida-en-alumnos-universitarios-de-ciencias-de-la-salud/>
120. Fernández-Martínez E, Liébana-Presa C, Morán AC. Sentido de coherencia y cansancio emocional en estudiantes. *Psychology, Society & Education* [Internet]. 2017 [citado 05 jun 2018];9(3): 393-403. Disponible en: <http://ojs.ual.es/ojs/index.php/psyse/article/view/861>
121. Vega MM, Frías OA, Del Pino CR. Validez y confiabilidad de la escala de sentido de coherencia en estudiantes de grado de enfermería de una universidad española. *Gaceta Sanitaria* [Internet]. 2017 [citado 05 jun 2018]. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es-validez-confiabilidad-escala-sentido-coherencia-avance-S0213911118300888>
122. Alonso-Castillo MM, Un-Aragón LT, Armendáriz-García NA, Navarro-Oliva EI, López-Cisneros MA. Sentido de coherencia y consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Investigación y Ciencia de la Universidad Autónoma de Aguascalientes* [Internet]. 2018 [citado 15 feb 2019];26(75):66-72. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6579487>
123. Kaal SE, Husson O, Van Duivenboden S, Jansen R, Manten-Horst E, Servaes P, et al. Empowerment in adolescents and young adults with cancer: Relationship with health-related quality of life. *Cancer* [Internet]. 2017 [citado 25

nov 2017];123(20):4039-4047. Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cncr.30827>

124. Silva PY, Gandoy F, Jara C, Pacenza M. Liderazgo del docente y niveles de empoderamiento de los estudiantes en un seminario de prácticas comunitarias de una universidad pública Argentina. Cuadernos de Administración. Universidad del Valle [Internet]. 2015 [citado 05 jun 2016];31(5):68-79. Disponible en: <http://sy.e.univalle.edu.co/revistasunivalle/index.php/cuadernosadmin/article/view/3500>

125. Pines EW, Cook JD, Richardson C. Enhancing resilience, empowerment and conflict management among baccalaureate students outcomes of a pilot study. nurse educator [Internet]. 2014 [citado 15 jun 2016];39(2):85-90. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2648.2011.05875.x>

126. Vázquez-Luna D, Mortera PD, Rodríguez-Orozco N, Martínez MM, Velázquez SM. Organización comunitaria de mujeres: Del empoderamiento al éxito del desarrollo rural sustentable. La Ventana [Internet]. 2013 [citado 15 jun 2016];37:262-289. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/laven/v4n37/v4n37a11.pdf>

127. Cáceres-Manrique F, Vesga-Gómez C, Angulo-Silva M. Empoderamiento para la prevención y control del dengue. Rev Salud Pública [Internet]. 2010 [citado 15 jun 2016];12(5):798-806. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/422/42219911010/>

128. Banda CA, Morales ZM, Flores VR, Vanegas LA. Promoción de salud mental mediante el desarrollo de agencia humana y empoderamiento: Enfoque intrapersonal. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2014 [citado 18 jun 2016];32(1):161-169. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/19742/18484>

129. Villegas RN, Ferrer LL, Cianelli AR, Miner S, Lara CL, Peragallo N. Conocimientos y autoeficacia asociados a la prevención del VIH y SIDA en mujeres chilenas. Invest Educ Enferm [Internet]. 2011 [citado 15 jun 2016];29(2):222-229. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4183347/pdf/nihms412908.pdf>

130. Avendaño MM, Barra AE. Autoeficacia, apoyo social y calidad de vida en adolescentes con enfermedades crónicas. *Terapia psicológica* [Internet]. 2008 [citado 25 jun 2016];26(2):165-172. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Enrique_Barra_Almagia/publication/237479301_Self-efficacy_social_support_and_quality_of_life_of_adolescents_with_chronic_illnesses_Autoeficacia_Apoyo_Social_y_Calidad_de_Vida_en_Adolescentes_con_Enfermedades_Cronicas/links/0c96051c5f6a44b0cd000000.pdf

131. Noboa OP, Serrano-García I. Autoeficacia en la negociación sexual: Retos para la prevención de VIH/SIDA en mujeres puertorriqueñas. *Rev Latinoamericana de Psicología* [Internet]. 2006 [citado 25 jun 2016];38(1):21-43. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Patricia_Noboa_Ortega/publication/26508096_Autoeficacia_en_la_negociacion_sexual_retos_para_la_prevenccion_de_VIH_SIDA_en_mujeres_puertorriquenas/links/00b7d531bbbbeede8a000000/Autoeficacia-en-la-negociacion-sexual-retos-para-la-prevencion-de-VIH-SIDA-en-mujeres-puertorriquenas.pdf

132. Contreras F, Espinosa J, Esguerra G, Haikal A, Polanía A, Rodríguez A. Autoeficacia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes. *Perspectivas en psicología* [Internet]. 2005 [citado 25 jun 2016];1(2):183-194. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982005000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=es

133. Rueda LM, Pérez-García A. Personalidad y percepción de autoeficacia: Influencia sobre el bienestar y el afrontamiento de los problemas de salud. *Rev Psicopatología y Psicología Clínica* [Internet]. 2004 [citado 15 jun 2016];9(3):205-219. Disponible en: [http://aepcp.net/arc/02.2004\(3\).Rueda-Perez.pdf](http://aepcp.net/arc/02.2004(3).Rueda-Perez.pdf)

134. Aguirre J, Blanco J, Rodríguez-Villalobos J, Ornelas M. Autoeficacia general percibida en universitarios mexicanos, diferencias entre hombres y mujeres. *Formación universitaria* [Internet]. 2015 [citado 04 dic 2018];8(5):97-102. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-50062015000500011

-
135. Hernández RS, Hernández RR, Moreno DS. El papel de la autoeficacia percibida y la planificación en la adherencia al tratamiento médico-nutricional de la obesidad en adultos mexicanos. *Rev Mexicana de Psicología* [Internet]. 2015 [citado 25 jun 2016];32(1):37-47. Disponible en: <http://www.ehu.eus/echeburua/pdfs/Revista%20Mexicana%20de%20Psicolog%C3%ADa.pdf#page=37>
136. Galicia AR, Nájera GG, Morales NA, Villegas VA. Promoción de conductas saludables en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Desarrollo Cientif Enferm* [Internet]. 2009 [citado 22 ene 2016];17(8):355-357. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/17pdf/17-355.pdf>
137. Astudillo-García C, Rojas-Russell M. Autoeficacia y disposición al cambio para la realización de actividad física en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología* [Internet]. 2006 [citado 22 ene 2016];9(1):41-49. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v9n1/v9n1a04.pdf>
138. Laguado JE, Gómez DM. Estilos de vida saludable en estudiantes de enfermería en la Universidad Cooperativa de Colombia. *Hacia promoc. Salud* [Internet]. 2014 [citado 23 may 2016];19(1):68-83. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v19n1/v19n1a06.pdf>
139. Grimaldo MM. Estilo de vida saludable en estudiantes de posgrado de ciencias de la Salud. *Psicología y Salud* [Internet]. 2012 [citado 23 may 2016];22(1):75-87.
140. Hernando A, Oliva A, Pertegal M. Diferencias de género en los estilos de vida de los adolescentes. *Psychosocial Intervention* [Internet]. 2013 [citado 27 may 2016];22:15-23. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v22n1/03.pdf>
141. Ledo-Varela M, De Luis RD, González-Sagrado M, Izaola JO, Conde VR, Aller de la Fuente R. Características nutricionales y estilo de vida en universitarios. *Nutr. Hosp* [Internet]. 2011 [citado 28 may 2016];26(4):814-818. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000400022&lng=es

142. Arguello M, Bautista Y, Carvajal J, De Castro K, Díaz D, Escobar M, et al. Estilos de vida en estudiantes del área de la salud de Bucaramanga. Rev. psicol. Univ [Internet]. Antioquia; 2009 [citado 25 may 2016];1(2):27-41. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922009000100003&lng=pt&tlng=es.

143. Vidal GD, Chamblas GI, Zavala GM, Müller GR, Rodríguez TM, Chávez MA. Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de Concepción Chile. Cienc enferm [Internet]. 2014 [citado 25 may 2016];20(1):61-74. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000100006&lng=es

144. Chávez MA, Gutiérrez VD, Merino EJ. Determinantes sociales de la salud y conductas vinculadas a salud. Comuna de coronel, Región del Bío Bío, Chile. Cuad Méd Soc Chile [Internet]. 2010 [citado 25 may 2016];50(1):39-48. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/es/revista/cuadernos-medico-sociales-santiago/>

145. Cid HP, Merino EJ, Stiepovich BJ. Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. Rev méd Chile [Internet]. 2006 [citado 23 may 2016];134(12):1491-1499. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v134n12/art01.pdf>

146. Martínez-Navarro S, Hernández-Verdecia I. La promoción de comportamientos saludables en la comunidad universitaria respecto al consumo de sustancias adictivas. Educación y Sociedad [Internet]. 2018 [citado 26 dic 2018];16(3):105-114. Disponible en: <http://revistas.unica.cu/index.php/edusoc/article/view/1138/pdf>

147. Solórzano MC, Arellano A, Cruz B, Flores J, Mejía A, Nava M, et al. Estilos de vida en adolescentes de nivel medio superior de una comunidad semiurbana. Eureka Asunción [Internet]. 2013 [citado 23 may 2016];10(1):77-85. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2220-90262013000100009&lng=pt&tlng=es.

148. Meda LR, De Santos AF, Lara GB, Verdugo LJ, Palomera CA, Valadez SM. Evaluación de la percepción de calidad de vida y el estilo de vida en estudiantes desde el contexto de las universidades promotoras de la salud. Rev Educación y

Desarrollo [Internet]. 2008 [citado 23 may 2016];8:5-16. Disponible en: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/8/008_Meda.pdf

149. Reguera-Torres M, Sotelo-Cruz N, Barraza-Bustamante A, Cortez-Laurean M. Estilo de vida y factores de riesgo en estudiantes de la universidad de sonora: Un estudio exploratorio. Bol Clin Hosp Infant Edo Son [Internet]. 2015 [citado 26 may 2016];32(2):63-68. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2015/bis152b.pdf>

150. Lumbreras DI, Moctezuma AM, Dosamantes CL, Medina HM, Cervantes RM, López LM, et al. Estilo de vida y riesgos para la salud en estudiantes universitarios: Hallazgos para la prevención. Rev Digital Universitaria [Internet]. 2009 [citado 24 may 2016];10(2):1-14. Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.10/num2/art12/art12.pdf>

151. Contreras QC. Estilos de vida promotores de la salud en trabajadores de una plataforma marina en el golfo de México. Cienc Trab [Internet]. 2011 [citado 23 may 2016];13(41):181-186. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/236334394_Estilos_de_Vida_Promotores_de_la_Salud_en_Trabajadores_de_una_Plataforma_Marina_en_el_Golfo_de_Mexico_HEALTH-PROMOTING_LIFESTYLES_IN_WORKERS_OF_A_MARINE_PLATFORM_IN_THE_GULF_OF_MEXICO

152. Blázquez-Morales M, Torres-Férman I, Pavón-León P, Gogeochea-Trejo M, Blázquez-Domínguez C. Estilos de vida en embarazadas adolescentes. Salud en Tabasco [Internet]. 2010 [citado 23 may 2016];16(1):883-890. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/487/48719442005.pdf>

153. Muro LJ, Herrera-Paredes J, Ruiz PM. Factores psicológicos que influyen en conductas promotoras de salud del adulto mayor hipertenso. Desarrollo Cientif Enferm [Internet]. 2011 [citado 24 ene 2016];19(10):334-338. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-334.pdf>

154. Hernández SR, Fernández CC, Baptista LM. Metodología de la investigación. 6ta ed. México D.F: McGraw-Hill-Interamericana; 2014.

155. Universidad de Sonora en México. Lugares ofertados por campus. Admisión Unison [Internet]. Sonora, México; 2016 [citado 25 jun 2016]. Disponible en: http://www.admision.uson.mx/lugares_ofertados.php

156. Universidad de Sonora en México. Oferta educativa de licenciatura. Consulta licenciatura por campus [Internet]. Sonora, México; 2017 [citado 25 feb 2017]. Disponible en: <http://www.ofertaeducativa.uson.mx/>

157. Salazar-Torres I, Varela-Arévalo M, Lema-Soto L, Tamayo-Cardona J, Duarte-Alarcón C. Evaluación de las conductas de salud en jóvenes universitarios. Rev salud pública [Internet]. 2010 [citado 22 ene 2016];12(4):599-611. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n4/v12n4a07.pdf>

158. Secretaría de salud de México. Encuesta nacional de adicciones 2011. Comisión Nacional Contra las Adicciones [Internet]. México, D. F; 2012 [citado 12 jun 2016]. Disponible en: http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/ENA%202011/Cuestionarios/Cuestionario%20ENA%20Individual.pdf

159. Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: A systematic review. J Epidemiol Community Health [Internet]. 2005 [citado 12 jun 2016];59:460-466. Disponible en: <http://jech.bmj.com/content/59/6/460.full.pdf+html>

160. Jiménez OJ. Depresión y desesperanza en personas con encefalomiелitis miálgica/síndrome de fatiga crónica: Factores de riesgo y de protección. [tesis doctoral en Internet]. [Valladolid]: Universidad de Valladolid; 2015 [citado 22 jun 2016]. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/13868>

161. Mantas JS. Sentido de coherencia, resiliencia y salud mental en los profesionales del Sistema de emergencias médicas. [tesis doctoral en Internet]. [Girona]: Universidad de Girona; 2017 [citado 14 jun 2018] Disponible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/406045>

162. Saravia J, Iberico AC, Yearwood TK. Validación de la escala sentido de coherencia (SOC) 13-item en una muestra peruana. Journal of Behavior, Health & Social Issues [Internet]. 2014 [citado 04 jun 2018]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007078015300031>

163. Velázquez JH, Cárdenas RV, Chávez FA, Montes de Oca V, Hernández SP, Pulido RM. Comparación de dos formas de una escala de sentido de coherencia. *Rev Intercontinental de Psicología y Educación* [Internet]. 2014 [citado 08 sept 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/802/80231541004/>

164. Roller WK. Measuring empowerment: The perception of empowerment instrument (PEI). *The Pfeiffer Annual* [Internet]. 1998 [citado 20 jun 2016]:2-15. Disponible en: <https://www.nhqualitycampaign.org/files/PEI.pdf>

165. Schwarzer R. The general self-efficacy scale (GSE). Freie Universität Berlin [Internet]. Berlín; sf [citado 20 jun 2016]. Disponible en: <http://userpage.fu-berlin.de/health/engscal.htm>

166. Lani J. General Self-Efficacy-Schwarzer (GSES). *Statistics solutions* [Internet]. 2010 [citado 20 jun 2016]. Disponible en: <http://www.statisticssolutions.com/general-self-efficacy-schwarzer-gses/>

167. Schwarzer R. General Perceived Self-Efficacy in 14 Cultures. Freie Universität Berlin [Internet]. Berlin; 1999 [citado 22 jun 2016]. Disponible en: http://userpage.fu-berlin.de/~gesund/publicat/ehps_cd/health/world14.htm

168. Padilla J, Acosta B, Guevara M, Gómez J, González A. Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de autoeficacia general aplicada en México y España. *Rev Mexicana de Psicología* [Internet]. 2006 [citado 08 sep 2017];23(2):245-252. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243020649010>.

169. Walker SN, Kerr M, Pender NJ, Sechrist K. A spanish language version of the health-promoting lifestyle profile. [Abstract]. *Nursing Research* [Internet]. 1990 [citado 13 jun 2016];39(5):259-318. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2399130>

170. Teng HL, Yen M, Fetzer S. Health promotion lifestyle profile-II: Chinese version short form. *Journal of advanced nursing* [Internet]. 2010 [citado 13 jun 2016];66(8):1864-1873. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2010.05353.x/epdf>

171. Oviedo HC, Campo-Arias A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. Rev Colombiana de Psiquiatría [Internet]. 2005 [citado 11 jun 2018]; 34(4):572-580. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n4/v34n4a09.pdf>

172. García BR, González SJ, Jornet JM. Spss: Análisis de fiabilidad. Innomide. Universidad de Valencia [Internet]. España; 2010 [citado 10 nov 2018]. Disponible en: <https://www.uv.es/innomide/spss/fiabilidad.wiki>

173. De la Fuente FS. Componentes principales. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. UNAM [Internet]. México, D. F; 2011 [citado 17 marz 2019]. Disponible en: <http://www.fuenterrebollo.com/Economicas/ECONOMETRIA/MULTIVARIANTE/ACP/ACP.pdf>

174. Emanuel E. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? siete requisitos éticos. Pellegrino Filho A, Macklin R. Investigación en sujetos humanos: Experiencia internacional. Programa Regional de Bioética OPS/OMS [Internet]. Santiago, Chile; 1999 [citado 11 jul 2016];39:83-95. Disponible en: http://www.bioetica.edu.uy/actividades/cbcc6/requisitos_eticos_para_la_investigacion.pdf

175. Suárez OF. Un marco ético amplio para la investigación científica en seres humanos: más allá de los códigos y las declaraciones. La propuesta de Ezekiel J. Emanuel. pers.bioét [Internet]. 2015. [citado 24 jul 2019];19(2):182-197. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-31222015000200002&script=sci_abstract&tIng=es

176. Secretaria de Salud de México. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Gobierno de México [Internet]. México, D. F; 1986 [citado 17 jun 2016]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

177. Hospital universitario Ramón y Cajal. Variables indicadoras (“dummy”). Material docente de la unidad de bioestadística clínica [Internet]. Madrid, España; sf [citado 20 sept 2018]. Disponible en: http://www.hrc.es/bioest/M_docente.html#tema4

178. UNICEF. Una aproximación a la situación de adolescentes y jóvenes en américa latina y el caribe a partir de evidencia cuantitativa reciente. UNICEF Oficina Regional para América Latina y el Caribe [Internet]. 2015 [citado 05 oct 2018]. Disponible en: https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org.lac/files/2018-04/UNICEF_Situacion_de_Adolescentes_y_Jovenes_en_LAC_junio2105.pdf

179. Villar AM. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta méd peruana [Internet]. 2011 [citado 6 oct 2018];28(4):237-241. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011

180. Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior. Anuario educación superior-Licenciatura 2017-2018. Universidad de Sonora. Información estadística de educación superior. ANUIES [Internet]. México, D. F; 2018 [citado 16 nov 2018]. Disponible en: <http://www.anuies.mx/iinformacion-y-servicios/informacion-estadistica-de-educacion-superior/anuario-estadistico-de-educacion-superior>

181. Proyecto impulsa. Unison, carreras, facultades, campus y carreras, Uson [Internet]. México, D. F; 2018 [citado 16 nov 2018]. Disponible en: <https://proyectoimpulsa.mx/unison-carreras-campus-licenciaturas/>

182. González LM, López SM, Ayala RD. La elección universitaria de estudiantes en transición del bachillerato. XIV Congreso nacional de investigación educativa. Temática general: Sujetos de la educación [Internet]. San Luis Potosí, México; 2017 [citado 06 nov 2018]. Disponible en: <http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v14/doc/1804.pdf>

183. Moya SL. Optimismo disposicional y estilos de vida promotores de salud en estudiantes de Ciencias de la Salud. Rev Española de Enfermería de Salud Mental [Internet]. 2017 [citado 05 ene 2019];3:4-23. Disponible en: <http://www3.uah.es/revenfermeriasaludmental/index.php/REESM-AEESME/article/view/8>

184. Callejas de Burgoa E. Estilos de vida Universitaria de los estudiantes de la Universidad Mayor de San Andrés. Edu Sup Rev Cient CEPIES [Internet]. La Paz; 2016 [citado 16 nov 2018];1(1):31-41. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/escepies/v1n1/v1n1_a04.pdf

185. Páez CM, Castaño CJ. Estilos de vida y salud en estudiantes de una facultad de psicología. *Psicología desde el Caribe* [Internet]. 2010 [citado 16 nov 2018];25:155-178. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/213/21315106008.pdf>

186. Lizarbe-Chocarro M, Guillén-Grima F, Aguinaga-Ontoso I, Canga AN. Validación del Cuestionario de Orientación a la Vida (OLQ-13) de Antonovsky en una muestra de estudiantes universitarios en Navarra. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* [Internet]. 2016 [citado 04 dic 2018];39(2):237-248. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272016000200006

187. Reig FA, Cagreró GJ, Ferre CR, Martínez M. La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios. *Biblioteca virtual universal* [Internet]. 2003 [citado 05 ene 2019]. Disponible en: <http://www.biblioteca.org.ar/libros/88711.pdf>

188. Observatorio laboral. Estadística de carreras profesionales por área. *Estudios y publicaciones* [Internet]. México, D. F.; 2018 [citado 06 nov 2018]. Disponible en: <http://www.observatoriolaboral.gob.mx/static/estudios-publicaciones/Biologia.html>

189. Jiménez. E. El género todavía condiciona la elección de estudios y profesión. *Educaweb* [Internet]. España; 2017 [citado 07 nov 2018]. Disponible en: <https://www.educaweb.com/noticia/2017/11/29/genero-todavia-condiciona-eleccion-estudios-profesion-16215/>

190. Vargas I. Conoce cuáles son las carreras más estresantes en el país. *Expansion en alianza con CNN* [Internet]. 2016 [citado 14 dic 2018]. Disponible en: <https://expansion.mx/mi-carrera/2016/02/02/las-carreras-mas-estresantes-en-el-pais>

191. Velázquez NY, González MM. Factores asociados a la permanencia de estudiantes universitarios: caso UAMM-UAT. *Revista de la educación superior* [Internet]. Tamaulipas, México; 2017 [citado 07 ene 2019];46(184):117-138. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-27602017000400117&script=sci_arttext

192. Padilla GL, Figueroa RA, Rodríguez-Figueroa H. La incorporación a la universidad de los estudiantes en Aguascalientes. La perspectiva del orientador educativo. Sinéctica [Internet]. 2017 [citado 07 ene 2019];(48):1-19. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-109X2017000100012&lng=es&tlng=es.

193. Gracia HM. Deserción universitaria en México. La economía del tunel. Milenio [Internet]. 2015 [citado 18 nov 2018]. Disponible en: <http://www.milenio.com/opinion/maximiliano-gracia-hernandez/la-economia-del-tunel/desercion-universitaria-en-mexico>

194. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud (15 a 29 años), 12 de agosto. Datos nacionales [Internet]. Aguascalientes, México; 2016 [citado 28 oct 2018]. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/juventud2016_0.pdf

195. Varela-Arévalo MT, Ochoa-Muñoz AF, Tovar-Cuevas JR. Tipologías de estilos de vida en jóvenes universitarios. Rev Univ Salud [Internet]. 2016 [citado 16 nov 2018];18(2):246-256. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n2/v18n2a06.pdf>

196. Iglesias LM, Cuestas SE. Estudio comparativo de hábitos entre estudiantes universitarios y preuniversitarios de la zona noroeste de Madrid. Nutr Hosp [Internet]. 2015 [citado 16 nov 2018];31(2):966-97. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v31n2/57originalotros04.pdf>

197. Islas L. Mujeres en la universidad: ¿Cuántas hay en México?. Educación. Unión Yucatán [Internet]. Yucatán, México; 2017 [citado 29 oct 2018]. Disponible en: <http://www.unionyucatan.mx/articulo/2017/03/08/educacion/mujeres-en-la-universidad-cuantas-hay-en-mexico>

198. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Estadísticas a propósito del día internacional de la mujer. Datos nacionales [Internet]. Aguascalientes, México; 2017 [citado 29 oct 2018]. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/mujer2017_Nal.pdf

199. Naciones Unidas. Objetivo 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. [Internet]. 2019 [citado 20 abr 2019]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/>

200. Mier VI, Romeo PZ, Canto CA, Mier VR. Interpretando el cuidado. Por qué cuidan sólo las mujeres y qué podemos hacer para evitarlo. Abendua. Fundación EDE [Internet]. Bilbao; 2007 [citado 29 ene 2019]. Disponible en: <https://www.sis.net/documentos/zerbitzuan/Interpretando%20el%20cuidado.pdf>

201. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Distribución de la población de 12 y más años según situación conyugal y sexo por entidad federativa, sexo y situación conyugal. Nupcialidad [Internet]. México; 2017 [citado 25 abr 2019]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/pxweb/inicio.html?rxid=ad37962e-7df7-44f6-9ade-bbbddab01d4b&db=Nupcialidad&px=Nupcialidad_01

202. Silva-Gutiérrez B, De la Cruz-Guzmán U. Autopercepción del estado de salud mental en estudiantes universitarios y propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud General (GHQ28). Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa [Internet]. Guadalajara, México; 2017 [citado 07 ene 2019];4(8):1-26. Disponible en: <http://www.pag.org.mx/index.php/PAG/article/view/676>

203. De Vries W, León AP, Romero MJ, Hernández SI. ¿Desertores o decepcionados? Distintas causas para abandonar los estudios universitarios. Revista de la Educación Superior [Internet]. 2011 [citado 17 abr 2019];40(4):29-50. Disponible en: http://publicaciones.anuies.mx/pdfs/revista/Revista160_S1A3ES.pdf

204. Tinoco AJ, González NM, Arciga BS. Religiosidad y preferencia política en universitarios de la ciudad de México. Liberabit [Internet]. México, D.F; 2006 [citado 07 ene 2019];12(12):123-134. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272006000100013

205. Parada RD, Correa SL, Cárdenas GY. Factores relacionados con la permanencia estudiantil en programas de pregrado de una universidad pública.

Investig Enferm. Imagen Desarr [Internet]. 2017 [citado 07 ene 2019];19(1):155-170. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie19-1.frpe>

206. Busso M, Pérez P. Combinar trabajo y estudios superiores ¿Un privilegio de jóvenes de sectores de altos ingresos?. Población & Sociedad [Internet]. 2013 [citado 17 abr 2019];22(1):5-29. Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/4986>

207. Univeridad de Sonora. Afiliacion al IMSS. Dirección de servicios estudiantiles. Programa de salud estudiantil [Internet]. Sonora, México; 2019 [citado 10 ene 2019]. Disponible en: <https://dise.unison.mx/afiliacion.html>

208. Secretaria de Gobernación de México. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Título Primero Capítulo I de los derechos humanos y sus garantías [Internet]. México, D.F; 2014 [citado 07 feb 2019]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/constitucion/marzo_2014_constitucion.pdf

209. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. Centro de prensa. Notas descriptivas [Internet]. 2018. [citado 17 nov 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

210. Becerra-Bulla F, Vargas-Zarate M. Estado nutricional y consumo de alimentos de estudiantes universitarios admitidos a nutrición y dietética en la Universidad Nacional de Colombia. Rev. salud pública [Internet]. 2015 [citado 07 feb 2019];17(5):762-775. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v17n5/v17n5a10.pdf>

211. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. ENSE Encuesta Nacional de Salud España 2017. Principales resultados [Internet]. Madrid, España; 2018 [citado 18 nov 2018]. Disponible en: http://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_pres_web.pdf

212. Ministerio de salud. Control joven sano. Gobierno de Chile [Internet]. Chile; 2012 [citado 21 nov 2018]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/control-joven-sano/>

213. Escobar PM, Pico MM. Autocuidado de la salud en jóvenes universitarios, Manizales, 2010-2011. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2013 [citado 07 marz 2019];31(2):178-186. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31n2/v31n2a03.pdf>

214. Becerra S. Descripción de las conductas de salud en un grupo de estudiantes universitarios de Lima. Revista de Psicología [Internet]. 2016 [citado 21 nov 2018];34(2):239-260. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472016000200002

215. Pérez UG, Lanío FA, Zelarayán J, Márquez S. Actividad física y hábitos de salud en estudiantes universitarios argentinos. Nutrición Hospitalaria [Internet]. 2014 [citado 21 nov 2018];30(4):896-904. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112014001100026&lng=es. <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2014.30.4.7641>.

216. Castañeda C, Zagalaz ML, Arufe V, Campos-Mesa MC. Motivos hacia la práctica de actividad física de los estudiantes universitarios sevillanos. Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte [Internet]. 2018 [citado 25 nov 2018];13(1):79-89. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=311153534008>

217. Expósito J, García ML, Sanhuesa C, Angulo MT. Análisis de las actividades de ocio en estudiantes de primer curso de la facultad de educación: Relación con el alcohol. Revista Complutense de Educación [Internet]. 2009 [citado 06 dic 2018];20(1):165-192. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/viewFile/RCED0909120165A/15419>

218. Pascucci M. Los jóvenes universitarios y el ocio. European Scientific Journal [Internet]. 2015 [citado 06 dic 2018];1:116-127. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.877.5782&rep=rep1&type=pdf>

219. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Mujeres y hombres en México 2018. Instituto Nacional de las Mujeres [Internet]. Aguascalientes, México; 2018

[citado 14 dic 2018]. Disponible en:
http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/MHM_2018.pdf

220. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de tabaco. Reynales-Shigematsu LM, Zavala-Arciniega L, Paz-Ballesteros WC, Gutiérrez-Torres DS, García-Buendía JC, Rodríguez-Andrade MA, Gutiérrez-Reyes J, Franco-Núñez A, Romero-Martínez M, Mendoza-Alvarado L [Internet]. Ciudad de México, México: INPRFM; 2017 [citado 02 dic 2018]. Disponible en:
<https://drive.google.com/file/d/11ktptvdu2nsrSpMBMT4FdqBlk8gikz7q/view>

221. Organización Mundial de la Salud. Diez datos sobre el tabaquismo pasivo. Datos y Cifras [Internet]. sf [citado 14 dic 2018]. Disponible en:
https://www.who.int/features/factfiles/tobacco/tobacco_facts/es/

222. Sánchez-Hernández CM, Pillón SC. Tabaquismo entre universitarios: caracterización del uso en la visión de los estudiantes. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2011 [citado 13 dic 2018];19:730-737. Disponible en:
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19nspe/10.pdf>

223. Pérez-Milena A, Martínez-Fernández M, Redondo-Olmedilla M, Álvarez NC, Jiménez PI, Mesa GI. Motivaciones para el consumo de tabaco entre los adolescentes de un instituto urbano. Gac Sanit [Internet]. 2012 [citado 08 dic 2018];26(1):1-57. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000100009

224. Barreto NA, Bonilla RP, Calderón BJ, Cantillo AM, Viña LJ, Quitián-Reyes H. Factores asociados al inicio del hábito de fumar en estudiantes universitarios en Bogotá, Colombia. Universitas Médica [Internet]. 2018 [citado 13 dic 2018];59(2): 1-10. Disponible en: [http://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UMED/59-2%20\(2018-II\)/231054933006/](http://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UMED/59-2%20(2018-II)/231054933006/)

225. Universia España. Diez consejos para dejar de fumar. Noticias [Internet]. España; 2012 [citado 14 dic 2018]. Disponible en: <http://noticias.universia.es/en-portada/noticia/2012/02/20/912702/diez-consejos-dejar-fumar.html>

226. Alonso del Pino A, Correa AB. Alcoholismo en jóvenes universitarios de diferentes carreras. Revista Psicología Científica. com [Internet]. México D.F.;2016 [citado 06 nov 2018]. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/alcoholismo-jovenes-universitarios/>

227. Castaño PG, García del Castillo J, Marzo CJ. Consumo de alcohol y factores intervinientes en estudiantes universitarios. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2014 [citado 06 dic 2018];40(1):47-54. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000100006

228. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de alcohol. Villatoro-Velázquez JA, Resendiz Escobar E, Mujica Salazar A, Bretón-Cirett M, Cañas-Martínez V, Soto-Hernández I, Fregoso-Ito D, Fleiz-Bautista C, Medina-Mora ME, Gutiérrez-Reyes J, Franco-Nuñez A, Romero-Martínez M, Mendoza-Alvarado L [Internet]. Ciudad de México, México: INPRFM; 2017 [citado 04 dic 2018]. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1rMIKaWy34GR51sEnBK2-u2q_BDK9LA0e/view

229. Villatoro VJ, Medina-Mora IM, Campo SR, Fregoso ID, Bustos G, M, Resendiz EE et al. El consumo de drogas en estudiantes de México: tendencias y magnitud del problema. Salud Ment [Internet]. México D.F; 2016 [citado 26 dic 2018];39(4):193-203. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252016000400193&lng=es.

230. Gómez CZ, Landeros RP, Noa PM, Patricio MS. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en jóvenes universitarios. Revista de Salud Pública y Nutrición [Internet]. 2017 [citado 26 dic 2018];16(4):1-9. Disponible en: <http://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/338/310>

231. Zaragoza-Martí A, Norte-Navarro A, Fernández-Sáez J, Hurtado-Sánchez J, Ortiz-Moncada R. Tipo de bebidas consumidas por los estudiantes universitarios. Rev Esp Nutr Comunitaria [Internet]. 2013 [citado 26 dic 2018];19(2):114-119.

Disponible en: <https://web.ua.es/es/actualidad-universitaria/documentos/septiembre2013/bebidas-universitarios.pdf>

232. Codice México. Revela INEGI datos sobre la producción y el consumo de cerveza en México. [Internet]. México, D. F; 2017 [citado 26 dic 2018]. Disponible en: <http://www.codicemexico.com.mx/mexico/revela-inegi-datos-sobre-produccion-y-consumo-cerveza-mexico>

233. Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos de alcohol y drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo [Internet]. España; 1994 [citado 16 mar 2019]. Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

234. SENDA Ministerio del Interior y Seguridad Pública de Chile. Duodécimo estudio nacional de drogas en población general de Chile, 2016. Consumo de bebidas energéticas. Observatorio Chileno de Drogas. [Internet]. Chile; 2017 [citado 28 dic 2018];14:1-7. Disponible en: <http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2017/12/InformeENPG2016.pdf>

235. Tirado MR, Aguaded GJ, Marín GI. Factores de protección y de riesgo del consumo de alcohol en alumnos de la universidad de Huelva. Health and Addictions / Salud y Drogas [Internet]. 2009 [citado 06 nov 2018];9(2):165-184. Disponible en http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/6304/Factores_de_proteccion.pdf?sequence=2

236. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de drogas. Villatoro-Velázquez JA, Resendiz Escobar E, Mujica Salazar A, Bretón-Cirett M, Cañas-Martínez V, Soto-Hernández I, Fregoso-Ito D, Fleiz-Bautista C, Medina-Mora ME, Gutiérrez-Reyes J, Franco-Nuñez A, Romero-Martínez M, Mendoza-Alvarado L [Internet]. Ciudad de México, México: INPRFM; 2017 [citado 26 dic 2018]. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1zIPBiYB3625GBGIW5BX0TT_YQN73eWhR/view

237. United Nations Office on Drugs and Crime. Tercer estudio epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria de Colombia 2016. UNODC [Internet]. Colombia; 2018 [citado 26 dic 2018]. Disponible en: <https://www.unodc.org/colombia/es/press/2017/octubre/estudio-consumo-de-drogas-en-poblacion-universitaria.html>

238. Espinosa-Herrera G, Castellanos-Obregón J, Osorio-García D. Condición juvenil y drogas en universitarios: El caso de una universidad regional. *Rev Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* [Internet]. 2016 [citado 26 dic 2018];14(2):1451-1468. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v14n2/v14n2a39.pdf>

239. Cazenave A, Saavedra W, Huerta P, Mendoza C, Aguirre C. Consumo de marihuana en jóvenes universitarios: Percepción de los pares. *Ciencia y Enfermería* [Internet]. 2017 [citado 26 abr 2019]; 23(1):15-24. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v23n1/0717-9553-cienf-23-01-00015.pdf>

240. Muñoz PC, Sandstede RM, Klimenko O. Factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en los estudiantes del Instituto de Filosofía de la Universidad de Antioquia 2016. *Revista Psicoespacios* [Internet]. 2017 [citado 26 abr 2019];11(18):149-170. Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/revistas/iue/index.php/Psicoespacios/article/view/899>

241. Caravaca MJ, Noh S, Hamilton H, Brands B, Gastaldo D, Miotto WG, et al. Factores socioculturales y consumo de drogas entre estudiantes universitarios costarricenses. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*. 2015;24:145-53.

242. Hernández-Serrano O, Font-Mayolas S, Gras ME. Policonsumo de drogas y su relación con el contexto familiar y social en jóvenes universitarios. *Adicciones* [Internet]. 2015 [citado 26 dic 2018];27(3):205-213. Disponible en: <http://m.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/707/703>

243. Fuentes AE. Prevalencia de consumo de drogas en alumnos del último semestre de la carrera de medicina y su repercusión académica. *RIDE Rev Iberoam Investig Desarro Educ* [Internet]. 2016 [citado 27 dic 2018];7(13): 423-434. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74672016000200423&lng=es.

244. Beverido-Sustaeta P, Salas-García B, De san Jorge-Cárdenas X, Cruz-Juárez A. Bajo rendimiento académico: ¿resultado de un consumo de drogas precoz?. Rev de Investigación y Desarrollo [Internet]. 2015 [citado 26 dic 2018];1(1):56-66. Disponible en: http://www.ecorfan.org/spain/researchjournals/Investigacion_y_Desarrollo/vol1num1/Investigaci%C3%B3n%20y%20Desarrollo-7.pdf

245. Díaz-Castela M, Anguiano-Garrido B, Muela-Martínez J. El consumo de drogas en el alumnado de la Universidad de Jaén. Acción psicol [Internet]. 2016 [citado 26 dic 2018];13(1):53-66. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2016000100053&lng=es.

246. National Institute on Drug Abuse. Los alucinógenos ¿qué son los alucinógenos?. NIDA Advancing Addiction Science [Internet]. 2016 [citado 26 dic 2018]. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/los-alucinogenos>

247. National Institute on Drug Abuse. La heroína ¿cuáles son los efectos a largo plazo del consumo de heroína?. NIDA Advancing Addiction Science [Internet]. 2018 [citado 26 dic 2018]. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/la-heroina/cuales-son-los-efectos-largo-plazo-del-consumo-de-heroina>

248. National Institute on Drug Abuse. El consumo de drogas y las infecciones virales (VIH, hepatitis). ¿Cuál es la relación entre el consumo de drogas y las infecciones virales?. Advancing Addiction Science [Internet]. 2018 [citado 27 dic 2018]. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/el-consumo-de-drogas-y-las-infecciones-virales-vih-hepatitis>

249. National Sleep Foundation. Hábitos de sueño para adultos 2002. Resumen de resultados [Internet]. 2002 [citado 29 dic 2018]. Disponible en: https://translate.googleusercontent.com/translate_c?client=tmpg&depth=1&hl=en&langpair=en%7Ces&rurl=translate.google.com&sp=nmt4&u=https://www.sleepfoundation.org/sleep-polls-data/sleep-in-america-poll/2002-adult-sleep-habits&xid=17259,15700022,15700124,15700186,15700190,15700201,15700237,15700240,15700248&usg=ALkJrhiCokRYa1c5YgRU7-IJ0MCdvTxqAw

250. Sleep. Org. Las mujeres y el sueño. Las experiencias unicas del sueño de las mujeres. National Sleep Foundation [Internet]. 2018 [citado 29 dic 2018]. Disponible en: https://translate.googleusercontent.com/translate_c?anno=2&depth=1&hl=en&rurl=translate.google.com&sl=en&sp=nmt4&tl=es&u=https://www.sleepfoundation.org/las-mujeres-y-el-sue%C3%B1o&id=17259,15700022,15700124,15700186,15700190,15700201,15700237,15700240,15700248&usg=ALkJrhirYgzRPc8Q0yxuS5yRWsr8e1Qwg

251. Sleep. Org. Buenas noches. Salud del sueño. National Sleep Foundation [Internet]. 2018 [citado 29 dic 2018]. Disponible en: https://translate.googleusercontent.com/translate_c?client=tmpg&depth=1&hl=en&langpair=en%7Ces&rurl=translate.google.com&sp=nmt4&u=https://www.sleep.org/&id=17259,15700022,15700124,15700186,15700190,15700201,15700237,15700240,15700248&usg=ALkJrhhnu6Ou8hVCgkqF2ZGxRt8Q1gbfdQ

252. Puerto M, Rivero D, Sansores L, Gamboa L, Sarabia L. Somnolencia, hábitos de sueño y uso de redes sociales en estudiantes universitarios. Enseñanza e Investigación en Psicología [Internet]. 2015 [citado 29 dic 2018];20(2):189-195. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/292/29242799009.pdf>

253. Urra HP, Barros GM. Relación entre el descanso y sueño y el desempeño ocupacional de estudiantes universitarios. Rev de Estudiantes de Terapia Ocupacional [Internet]. 2017 [citado 29 dic 2018];4(1):73-90. Disponible en: <http://www.reto.ubo.cl/index.php/reto/article/view/55/48>

254. Valencia M.. Hábitos de sueño en jóvenes. Direccion General de Comunicación Social Universidad Nacional Autónoma de México [Internet]. México, D.F; 2016 [citado 20 dic 2018]. Disponible en: http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2016_190.html

255. Claros GG, Rodríguez VA, Forero D, Camargo SA, Niño CC. Influencia familiar en el hábito del sueño en una muestra de estudiantes universitarios sanos en Bogotá, Colombia-2012. Rev Cuid [Internet]. 2013 [citado 29 dic

2018];4(1):437-443. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v4n1/v4n1a02.pdf>

256. Cadavid-Claussen MV, Díaz-Soto VM. Sentidos de vida de los universitarios. Educación y Educadores [Internet]. 2015 [citado 29 dic 2018];18(3):371-390. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83443150001>

257. Instituto Nacional de Salud Pública de México. Intento suicida en adolescentes en México. Avisos. INSP [Internet]. Ciudad de México, México: 2017 [citado 30 dic 2018]. Disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/4588-intento-suicida-adolescentes-mx.html>

258. Vélez-Pérez D, Maldonado-Santiago N, Rivera-Lugo CI. Espectro del suicidio en jóvenes universitarios en Puerto Rico. Rev Puertorriqueña de Psicología [Internet]. 2017 [citado 30 dic 2018];28(1):34-44. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233255999003>

259. Torres-Mora MT. Algunas expresiones de la violencia entre estudiantes en el ámbito de la Universidad Simón Bolívar. Investigación universitaria multidisciplinaria [Internet]. 2011 [citado 30 dic 2018];10(10):47-62.

260. Tlalolin MB. ¿Violencia o violencias en la universidad pública? una aproximación desde una perspectiva sistémica. El Cotidiano [Internet]. 2017 [citado 30 dic 2018];206:39-50. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/325/32553518005.pdf>

261. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Violencia contra niñas, niños y adolescentes: consideraciones conceptuales, metodológicas y empíricas para el caso de México. En números, Documentos de análisis y estadísticas. [Internet]. Aguascalientes, México: 2016 [citado 30 dic 2018];1(6). Disponible en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825088927.pdf

262. Sin Violencia. Violencia. Salud por mi. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente [Internet]. sf [citado 30 dic 2018]. Disponible en: <http://saludxmi.cnpss.gob.mx/inpsiquiatria/sinviolencia/index.php/bienvenida>

263. Moreno TL. Discriminación y violencia contra las jóvenes universitarias. Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México [Internet]. Ciudad de México, México: 2013 [citado 30 dic 2018]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/249316/Discriminacionyviolenciacontralas_.pdf

264. Ferrer PV, Bosch FE, Ramis PM. La formación de los/as profesionales de la salud para afrontar la violencia contra las mujeres en la pareja. Clínica y Salud [Internet]. 2008 [citado 03 ene 2019];19(1):59-81. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000100003

265. Houdin GC. Violencia en las instituciones educativas. Un problema complejo. Rev Integra Educativa [Internet]. 2013 [citado 30 dic 2018];6(2):85-99. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1997-40432013000200006

266. Da Silva NB, Spindola T, Araujo RR, De Almeida RR, Santos CR, SampaioTR. El comportamiento sexual de jóvenes universitarios y el cuidado de la salud sexual y reproductiva. Enferm glob [Internet]. 2018 [citado 06 ene 2019];17(49):237-269. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000100237

267. Rodríguez MM, Muñoz CR, Sánchez MI. Conocimientos y actitudes sobre sexualidad en adolescentes de primer curso de grado en educación infantil y primaria de la Universidad de Jaén. Enferm glob [Internet]. 2016 [citado 06 ene 2019];15(1):164-173. Disponible en: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/47434/1/210801-862301-1-PB.pdf>

268. González-Serrano A, Hurtado de Mendoza ZM. Prácticas y satisfacción sexual en jóvenes universitarios. ReLAMS [Internet]. 2013 [citado 06 ene 2019];2(2):22-28. Disponible en: https://www.slamsnet.org/relams/pdf/relams-2013-2-22_es.pdf

269. Castaño PG, Arango TE, Morales MS, Rodríguez BA, Montoya MC. Riesgos y consecuencias de las prácticas sexuales en adolescentes bajo los efectos de alcohol y otras drogas. *Revista Cubana Pediatría* [Internet]. 2013 [citado 15 abr 2019];85(1):36-50. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312013000100005

270. Organización Mundial de la Salud. Adolescentes: Riesgos para la salud y soluciones. Centro de prensa [Internet]. Washington, DC; 2019 [citado 04 marz 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

271. Camacho RD, Pabón VY. Percepciones que afectan negativamente el uso del condón en universitarios de la Costa Caribe colombiana. *Hacia promoció salud* [Internet]. 2014 [citado 06 ene 2019];19(1):54-67. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v19n1/v19n1a05.pdf>

272. Campo Y, Pombo LM, Teherán A. Estilos de vida saludable y conductas de riesgo en estudiantes de medicina. *Rev Univ Ind Santander* [Internet]. 2016 [citado 29 dic 2018];48(3):301-309. Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/3438/343846574005/>

273. Gallardo R. ¿Por qué se ponen excusas para no usar preservativo?. *EFE: Salud* [Internet]. Madrid, España: 2014 [citado 06 ene 2019]. Disponible en: <https://www.efesalud.com/usar-preservativo-falta-educacion-sexual/>

274. Saeteros HR, Pérez PJ, Sanabria RG. Conducta de riesgo y problemas sexuales y reproductivos de estudiantes universitarios ecuatorianos. *Revista Humanidades de Medicina* [Internet]. 2015 [citado 19 abr 2019];15(3):421-439. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202015000300003

275. Rai A, Sindhu AM, Dudeja P, Sirohi YS, Mukherji S. Sense of coherence and self reported health amongst medical students: A cross sectional study. *Medical Journal Armed Forces India* [Internet]. 2018 [citado 04 marz 2019];74(2):158-161. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0377123717311358?via%3Dihub>

276. Peker K, Bermek G, Uysal O. Factors related to sense of coherence among dental students at Istanbul University. *Journal of Dental Education* [Internet]. 2012 [citado 06 marz 2019];76(6):774-782. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Factors-related-to-sense-of-coherence-among-dental-Peker-Bermek/4aeaf47cfba6cc2fc27337619fbef709e6a7050b>

277. Mato M, Tsukasaki K. Factors promoting sense of coherence among university students in urban areas of Japan: individual-level social capital, self-efficacy, and mental health. *Global Health Promotion* [Internet]. 2017 [citado 25 feb 2019];0(0): 1-9. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1757975917691925>

278. Guerrero A J. Sentido de coherencia y estilos de vida saludables en estudiantes de una universidad pública venezolana. *Salud, Arte y Cuidado* [Internet]. 2018 [citado 20 marz 2019];11(1):21-31. Disponible en: <https://revistas.ucla.edu.ve/index.php/sac/article/view/2067>

279. Junqing CJ, Hossain KM, Jahn HJ, Kraemer A. Sense of coherence and associated factors among university students in China: cross-sectional evidence. *Bio Med Central Public Health* [Internet]. 2016 [citado 04 dic 2018];16:3-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4833908/>

280. Malagón AM, Juvinyña CD, Bonmatí TA, Fernández PR, Bosch FC, Bertran NC, et al. Sentido de coherencia de las enfermeras y validación del cuestionario SOC-13. *Metas de Enfermería* [Internet]. 2012 [citado 25 feb 2019];15(9):27-31. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4188904>

281. Vera-Remartínez E, Paredes-Carbonell J, Juan-Ulpiano D, Jiménez-Pérez M, Araujo PR, Agulló-Cantos J, et al. Sentido de coherencia y mapa de activos para la salud en jóvenes presos de la Comunidad Valenciana en España. *Global Health Promotion* [Internet]. 2017 [citado 04 dic 2018];24(3):112–121. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1757975915614229>

282. Martínez GP. Empoderamiento y promoción de la salud. *Revista El Farmaceutico Joven* [Internet]. 2015 [citado 24 feb 2019]. Disponible en: <http://elfarmaceutico.es/index.php/revista-el-farmaceutico-el-farmaceutico-joven/item/6142-empoderamiento-y-promocion-de-la-salud#.XKkQ2-tKgWo>

283. Oficina Regional para Europa de la OMS. Empoderamiento del usuario de salud mental – declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS. Ministerio de Sanidad y Política Social [Internet]. 2010 [citado 24 ene 2019]. Disponible en: <http://www.ascane.org/docs/Empoderamientosaludmental.pdf>

284. Martínez T. Concepto de autonomía y dependencia. Atención Centrada en la Persona [Internet]. 2013 [citado 04 dic 2018]. Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/acp/decalogodocs/laautonomia.htm>

285 . Brandbury-Jones C, Sambrook S, Irvine F. The meaning of empowerment for nursing students: a critical incident study. Journal Advance nursing [Internet]. 2017 [citado 24 feb 2019];59(4):342-351. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2648.2007.04331.x>

286. Pick S, Sirkin J, Ortega I, Osorio P, Martínez R, Xocolotzin U, et al. Escala para medir agencia personal y empoderamiento (ESAGE). Interamerican Journal of Psychology [Internet]. 2007 [citado 04 dic 2018];41(3):295-304. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902007000300004

287. Karagözoglu S. Nursing students' level of autonomy: A study from Turkey. Nurse Education Today [Internet]. 2009 [citado 24 marz 2019];29:176-187. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691708001044>

288. Allah NH, Redzuan M. Participation as a Medium of Empowerment in Community Development. European Journal of Social Sciences [Internet]. 2009 [citado 24 marz 2019];11(1):170-176. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Hedayat_Nikkhah/publication/281604206_Participation_as_a_medium_of_empowerment_in_community_development/links/56a7722508aeded22e36d333.pdf

289. Wong NT, Zimmerman MA, Parker EA. A Typology of youth participation and empowerment for child and adolescent health promotion. American Journal of Community Psychology [Internet]. 2010 [citado 24 feb 2019];46(1-2):100-114. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1007/s10464-010-9330-0>

290 . Bermejo HJ. Empoderar, promover la responsabilidad. [Internet]. 2014 [citado 04 dic 2018]. Disponible en: <https://www.josecarlosbermejo.es/empoderar-promover-la-responsabilidad/>

291. Stanton-Salazar R. A Social capital framework for the study of institutional agents and their role in the empowerment of low-status students and youth. *Youth & Society* [Internet]. 2011 [citado 24 marz 2019];43(3):1066-1109. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0044118x10382877>

292. Gómez BI, Lledó CA, Perandones GT, Herrera TL, El empoderamiento como estrategia de éxito en la formación inicial del profesorado. *International Journal of Developmental and Educational Psychology* [Internet]. 2014 [citado 02 abr 2019] Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/3498/349851791016/>

293. Blanco BA. Creencias de autoeficacia de estudiantes universitarios: un estudio empírico sobre la especificidad del constructo. *Revista Electrónica de Investigación Evaluación Educativa* [Internet]. 2010 [citado 20 marz 2019];16(1):1-28. Disponible en: https://www.uv.es/RELIEVE/v16n1/RELIEVEv16n1_2.pdf

294. Brenlla ME, Aranguren M, Rossaro MF, Vázquez N. Adaptación para Buenos Aires de la escala de autoeficacia general. *Interdisciplinaria* [internet]. 2010 [citado 25 marz 2019];27(1):77-94. Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/180/18014748006/>

295. Terrazas MM, Hernández RL, Arizmendi JE, Tapia DM, Ortega CA. Perfil de estilo de vida en estudiantes universitarios de psicología y comunicación humana en el estado de Morelos. *Memorias Convención Internacional de Salud* [Internet]. Cuba: 2015 [citado 06 ene 2019]. Disponible en: <http://www.convencionsalud2015.sld.cu/index.php/convencionsalud/2015/paper/viewPaper/763>

296. Cid HP, Orellana YA, Barriga O. Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Revista Medicina Chile* [Internet]. 2010 [citado 20 marz 2019];138(5):551-557. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872010000500004&script=sci_arttext&tlng=en

297. Chavarría MP, Barra E. Satisfacción vital en adolescentes: Relación con la autoeficacia y el apoyo social percibido. *Terapia Psicológica* [Internet]. 2014 [citado 20 marz 2019];32(1):41-46. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082014000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=en

298. Borzone VM. Autoeficacia y vivencias académicas en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología* [Internet]. 2017 [citado 26 marz 2019];20(1):266-274. Disponible en: https://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas_ucatolica/index.php/acta-colombiana-psicologia/article/view/1081/1240

299. Hernández JL. Perfil sociodemográfico y académico en estudiantes universitarios respecto a su autoeficacia académica percibida. *Psicogente* [Internet]. 2018 [citado 15 marz 2019];21(39). Disponible en: <http://www.redalyc.org/jatsRepo/4975/497555219005/html/index.html>

300. Chaparro DL, Vargas L, Blanco JP, Carreño SP, Martínez PE. Universidad saludable a partir del análisis de los estilos de vida de la comunidad universitaria de la sede orinoquia. Universidad Nacional de Colombia [Internet]. 2014 [citado 03 ene 2019]. Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/45933/1/UNIVERSIDAD%20SALUDABLE%20A%20PARTIR%20DEL%20AN%C3%81LISIS%20DE%20LOS%20ESTILOS%20DE%20VIDA.pdf>

301. Jiménez DO, Ojeda LR. Estudiantes universitarios y el estilo de vida. *Rev Iberoamericana Académica y Gestión Educativa* [Internet]. 2017 [citado 05 ene 2019];4(8):1-15. Disponible en: <http://www.pag.org.mx/index.php/PAG/article/view/723>

302. Mellado-Sampedro M, Pérez-Noriega E, Árcega-Domínguez A, Soriano-Sotomayor M, Arrijoja-Morales G. Estilo de vida: Precursor de factores de riesgo cardiovascular en adultos sanos. *Rev Mexicana de Enfermería Cardiológica* [Internet]. 2011 [citado 06 ene 2019];19(2):56-61. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2011/en112b.pdf>

303. Montero BA, Úbeda MN, García GA. Evaluación de los hábitos alimentarios de una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales. *Nutrición Hospitalaria* [Internet]. 2006 [citado 05 dic 2018];21(4):466-473. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000700004

304. Triviño-Vargas Z. Conductas promotoras de salud en estudiantes de una institución de educación superior. *Aquichan* [Internet]. 2012 [citado 06 ene 2019];12(3):275-285. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n3/v12n3a07.pdf>

305. Wang D, Xing X-H, Wu X-B. Healthy Lifestyles of University Students in China and Influential Factors. *The Scientific World Journal* [Internet]. 2013 [citado 06 ene 2019];10:1-10. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/c870/66c1944bea775c3f324115c1bb50973f7c3e.pdf>

306. Bastías AE, Stieповich BJ. Una revisión de los estilos de vida de estudiantes universitarios iberoamericanos. *Ciencia y enfermería* [Internet]. 2014. [citado 04 dic 2018];20(2):93-101. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000200010

307. Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (ONU-Habitat) para México. 2016 informe final municipal. Cajeme, Sonora, Mexico. Secretaria de Desarrollo Agrario Territorial y Urbano [Internet]. 2016 [citado 07 ene 2019]. Disponible en: http://cpi.unhabitat.org/sites/default/files/resources/SON_Cajeme.pdf

308. Jara CV, Riquelme PN. Estilo de vida promotor de salud y factores de riesgo en estudiantes universitarios. *Rev Iberoam Educ Investi Enferm.* [Internet]. 2018 [citado 07 ene 2019]; 8(2):7-16. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/276/estilo-de-vida-promotor-de-salud-y-factores-de-riesgo-en-estudiantes-universitarios/>

309. Tendencias de las religiones. Los jóvenes relaciona la espiritualidad con comportamientos positivos. *Revista electrónica de ciencia, tecnología, sociedad*

y cultura [Internet]. 2019 [citado 07 ene 2019]. Disponible en: https://www.tendencias21.net/Los-jovenes-relacionan-la-espiritualidad-con-comportamientos-positivos_a4639.html

310. Salamanca-Ramos E. Estilos de vida promotores de salud en mujeres de los programas sociales de Villavicencio-Colombia. Orinoquia [Internet]. 2015 [citado 07 ene 2019];19(2):213-219. Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/896/89645829008/>

311. Botello J. ¿Qué es el crecimiento espiritual?. Positivalia. Escuela de crecimiento personal [Internet]. 2019 [citado 05 dic 2018]. Disponible en: <https://positivalia.com/que-es-el-crecimiento-espiritual/>

312. Rouzaut N. El contexto de desarrollo de los adolescentes influye más en los problemas de carácter que las nuevas tecnologías. Vida universitaria. Universidad de Navarra [Internet]. 2017 [citado 28 dic 2018]. Disponible en: <https://www.unav.edu/web/vida-universitaria/detallenoticiapestania/2017/03/08/el-contexto-de-desarrollo-de-los-adolescentes-influye-m%C3%A1s-en-los-problemas-de-car%C3%A1cter-que-las-nuevas-tecnolog%C3%ADas?articleId=13046060>

313. Lacunza B, Contini E. Relaciones interpersonales positivas: los adolescentes como protagonistas. Psicodebate [Internet]. 2016 [citado 8 ene 2019];16(2):73-93. Disponible en: <https://dspace.palermo.edu/ojs/index.php/psicodebate/article/view/598>

314. Alonso PL, Murcia GG, Murcia GJ, Herrera PD, Gómez GD, Comas VM, et al. Autoestima y relaciones interpersonales en jóvenes estudiantes de primer semestre de la división salud de la Universidad del Norte, Barranquilla (Colombia). Salud Uninorte [Internet]. 2007 [citado 10 ene 2019];23(1):32-42. Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/817/81723105/>

315. Vilchez BV, Ramírez EN. Influencia de género en relaciones interpersonales de estudiantes de primer ingreso: Universidad de Costa Rica. Enfermería en Costa Rica [Internet]. 2011 [citado 10 ene 2019];32(2):59-66. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n2/art3.pdf>

316. Yaguachi AR, Reyes LM, Poveda LC. Influencia de estilos de vida en el estado nutricional de estudiantes universitarios. *Perspectivas en Nutrición Humana* [Internet]. 2018 [citado 14 marz 2019];20(2):145-56. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/nutricion/article/view/33512>

317. Becerra-Bulla F, Pinzón-Villate G, Vargas-Zárate M. Prácticas alimentarias de un grupo de estudiantes universitarios y las dificultades percibidas para realizar una alimentación saludable. *Revista de la Facultad de Medicina* [Internet]. 2015 [citado 24 marz 2019];63(3):457-63. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/48516>

318. Troncoso PC, Amaya PJ. Factores sociales en las conductas alimentarias de estudiantes universitarios. *Revista Chilena de Nutrición* [Internet]. 2009 [citado 14 marz 2019];36(4):1090-1097. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182009000400005

319. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. *La actividad física en los jóvenes. Temas de salud* [Internet]. Washington, DC; 2019 [citado 4 marz 2019]. Disponible en: https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/es/

320. Castañeda-Vázquez C, Campos-Mesa M, Del Castillo-Andrés O. Actividad física y percepción de salud de los estudiantes universitarios. *Revista de la Facultad de Medicina* [Internet]. 2016 [citado 28 marz 2019];64(2):277-84. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v64n2/v64n2a13.pdf>

321. Crespo-Salgado J, Delgado-Martín J, Blanco-Iglesias O, Aldecoa-Landesa S. Guía básica de detección del sedentarismo y recomendaciones de actividad física en atención primaria. *Atención Primaria* [Internet]. 2015 [citado 18 marz 2019];47(3):75-183. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0212656714002911.pdf?locale=es_ES

322. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019. [Internet]. Washington, DC; 2014 [citado 04 abr 2019]. Disponible en:

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf>

323. Bravo-Valenzuela P, Cabieses B, Zuzulich M, Muñoz M, Ojeda M. Glosario para universidades promotoras de la salud. *Revista de Salud Pública* [Internet]. 2013 [citado 08 abr 2019];15(3):465-477 Disponible en: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsap/v15n3/v15n3a13.pdf

324. González P. La salud, la enfermedad, la responsabilidad y la calidad de la vida. *Revista Cubana de Salud Pública* [Internet]. 2010. [citado 08 abr 2019];36(3):277-279. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000300016

325. Limia LM. Cambio de mentalidad: Responsabilidad de salud. *Index Enferm* [Internet]. 2010 [citado 15 abr 2019];19(1):42-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100009

326. Meyer KA, Ramírez FL, Pérez VC. Percepción de estrés en estudiantes chilenos de medicina y enfermería. *Rev Educ Cienc Salud* [Internet]. 2013 [citado 24 marz 2019];10(2):79-85. Disponible en: <http://www2.udec.cl/ofem/recs/anteriores/vol1022013/artinv10213a.pdf>

327. Sarubbi De Rearte E, Castaldo RI. Factores causales del estrés en los estudiantes universitarios. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, Argentina [Internet]. 2013 [citado 28 marz 2019]. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-054/466.pdf>

328. Mendoza L, Cabrera OE, González QD, Martínez MR, Pérez AE, Saucedo HR. Factores que ocasionan estrés en estudiantes universitarios. *ENE Revista de Enfermería* [Internet]. 2010 [citado 24 marz 2019];4(3):35-45. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/96/80>

329. Cabanach R, Fariña F, Freire C, González P, Ferradás M. Diferencias en el afrontamiento del estrés en estudiantes universitarios hombres y mujeres. *European Journal of Education and Psychology* [Internet]. 2013 [citado 28 marz

2019];6(1):19-32.

Disponible

en:

<https://formacionasunivep.com/ejep/index.php/journal/article/view/89/114>

330. Gómez-Acosta C. Factores psicológicos predictores de estilos de vida saludable. Rev Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 24 abr 2019];20(2):155-162. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v20n2/0124-0064-rsap-20-02-155.pdf>

331. Cvonline. La familia: Conceptos, tipos y evolución. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo [Internet]. Hidalgo, México; 2009 [citado 19 abr 2017]. Disponible en: http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/BV/S0103/Unidad%204/lec_42_LaFam_ConcTip&Evo.pdf



ANEXOS

A. DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLE DEPENDIENTE Y VARIABLES INDEPENDIENTES DEL ESTUDIO

DEFINICIÓN DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

Estilo de vida promotor de salud

Definición Nominal (DN): Es el resultado de la acción dirigida a los resultados de salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva (Pender, 2006).

Definición Operacional (DO): La variable fue medida con el CEVII. Este cuestionario está conformado de 52 preguntas, las cuales miden seis dimensiones: CE, RI, NUT, AF, RS, ME.

La puntuación de cada dimensión se obtiene al calcular la puntuación media de las respuestas individuales por dimensión. La suma total de las respuestas individuales permite calcular la puntuación media para obtener el resultado del EVPS.

La puntuación oscila de un valor mínimo de 52 puntos a un valor máximo de 208 puntos. Se consideró el puntaje medio obtenido en el CEVII, mientras más alto fue el puntaje obtenido por el encuestado mejor EVPS.

La variable se categorizó según el puntaje obtenido en:

1. EVPS saludable: Cuando el puntaje total es igual o mayor al valor de la media obtenida en el CEVII.
2. EVPS no saludable: Cuando el puntaje total es menor al valor de la media obtenida en el CEVII.

Dimensiones:

Crecimiento espiritual

DN: Permite el desarrollo de los recursos internos, a través de la trascendencia, la conexión y el desarrollo. La trascendencia pone a la persona en contacto con su yo más equilibrado, proporciona paz interior y abre las posibilidades de crear nuevas opciones para convertirse en algo más, ir por más allá de quién es y qué es. La conexión es el sentimiento de armonía, integridad y conexión con el universo. El desarrollo implica maximizar el potencial humano para el bienestar a través de la búsqueda del significado, encontrar un sentido de propósito y trabajar hacia las metas en la vida.

DO: La dimensión es operacionalizada considerando la suma de 9 ítems (6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52) de la dimensión CE del CEVII. Los puntajes de la dimensión oscilan entre 9 a 36 puntos.

La variable se categorizó según el puntaje obtenido en:

1. Alto: Cuando el puntaje total es igual o mayor al valor de la media obtenida en la dimensión CE del CEVII.
2. Bajo: Cuando el puntaje total es menor al valor de la media obtenida en la dimensión CE del CEVII.

Relaciones interpersonales

DN: Es el uso de la comunicación para lograr un sentido de intimidad y cercanía, promoviendo relaciones significativas con los demás. La comunicación implica compartir pensamientos y sentimientos a través de mensajes verbales y no verbales.

DO: La dimensión es operacionalizada considerando la suma de 9 ítems (1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49) de la dimensión RI del CEVII. Los puntajes de la dimensión oscilan entre 9 a 36 puntos.

La dimensión de la variable se categorizó según el puntaje obtenido en:

1. Altas: Cuando el puntaje total es igual o mayor al valor de la media obtenida en la dimensión RI del CEVII.
2. Bajas: Cuando el puntaje total es menor al valor de la media obtenida en

la dimensión RI del CEVII.

Nutrición

DN: Es la selección de conocimientos y el consumo de alimentos esencial para la vida, la salud y el bienestar, incluye elegir una dieta diaria saludable consistente con las pautas proporcionadas por la guía de la pirámide de la alimentación.

DO: La dimensión es operacionalizada considerando la suma de los 9 ítems (2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50) de la dimensión NUT del CEVII. Los puntajes de la dimensión oscilan entre 9 a 36 puntos.

La dimensión de la variable se categorizó según el puntaje obtenido en:

1. Alta: Cuando el puntaje total es igual o mayor al valor de la media obtenida en la dimensión NUT del CEVII.
2. Baja: Cuando el puntaje total es menor al valor de la media obtenida en la dimensión NUT del CEVII.

Actividad física

DN: Es la participación regular en actividades ligeras, moderadas y/o vigorosas, dentro de un programa planeado y monitorizado para el bienestar de la condición física y la salud o incidentalmente como parte de la vida cotidiana o actividades de ocio.

DO: La dimensión es operacionalizada considerando la suma de los 8 ítems (4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46) de la dimensión AF del CEVII. Los puntajes de la dimensión oscilan entre 8 a 32 puntos.

La dimensión de la variable se categorizó según el puntaje obtenido en:

1. Alta: Cuando el puntaje total es igual o mayor al valor de la media obtenida en la dimensión AF del CEVII.
2. Baja: Cuando el puntaje total es menor al valor de la media obtenida en

la dimensión AF del CEVII.

Responsabilidad de la salud

DN: Es un sentido activo de la responsabilidad para el propio bienestar, incluye prestar atención a la propia salud, educarse sobre la salud y ejercer el consumismo informado cuando se busca asistencia profesional.

DO: La dimensión es operacionalizada considerando la suma de los 9 ítems (3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51) de la dimensión RS del CEVII. Los puntajes de la dimensión oscilan entre 9 a 36 puntos.

La dimensión de la variable se categorizó según el puntaje obtenido en:

1. Alta: Cuando el puntaje total es igual o mayor al valor de la media obtenida en la dimensión RS del CEVII.
2. Baja: Cuando el puntaje total es menor al valor de la media obtenida en la dimensión RS del CEVII.

Manejo del estrés

DN: Es la identificación y movilización de recursos físicos y psicológicos para controlar o reducir la tensión

DO: La dimensión es operacionalizada considerando la suma de los 8 ítems (5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47) de la dimensión ME del CEVII. Los puntajes de la subescala oscilan entre 8 a 32 puntos.

La dimensión de la variable se categorizó según el puntaje obtenido en:

1. Alto: Cuando el puntaje total es igual o mayor al valor de la media obtenida en la dimensión ME del CEVII.
2. Bajo: Cuando el puntaje total es menor al valor de la media obtenida en la dimensión ME del CEVII.

Para el análisis final del CEVII, las puntuaciones de la escala de 1 punto (nunca) hasta 4 puntos (rutinariamente), se categorizaron en las siguientes:

- a). N° 1 Nunca + A veces (N+AV) considera la suma de las frecuencias de los puntos 1 (nunca) + 2 (algunas veces) muestran tendencia hacia aspectos negativos en la vida de las personas
- b). N° 2 Frecuentemente + Rutinariamente (Fe+R) considera la suma de las frecuencias de los puntos 3 (frecuentemente) + 4 (rutinariamente) muestran tendencia hacia aspectos positivos en la vida de las personas

VARIABLES INDEPENDIENTES DEL ESTUDIO

Unidad Académica

DN: Sede universitaria que pertenece a una Institución educativa de enseñanza superior, que fomenta la creación de la cultura científica y humanística, con localización geográfica específica para el estudio.

DO: Se consideró la respuesta del encuestado, través de una pregunta cerrada en relación con la localización de la sede universitaria, empleando las categorías: 1. Hermosillo, 2. Nogales y 3. Cajeme

División Académica

DN: Conjunto de carreras profesionales ofertadas por las sedes educativas universitarias seleccionadas.

DO: Se consideró a través de una pregunta cerrada donde la persona encuestada selecciona la División Académica a la cual pertenece su carrera, considerando las opciones de:

1. Ciencias Administrativas, Sociales y Agropecuarias
2. Ciencias Biológicas y de la Salud de Hermosillo y Cajeme
3. Ciencias Económico Administrativas
4. Ciencias Exactas y Naturales

-
5. Ciencias Sociales
 6. Humanidades y Bellas Artes
 7. Ingenierías

Carrera profesional

DN: Conjunto de cursos académicos que una persona debe completar para poder obtener un título profesional.

DO: Se midió a través de una pregunta abierta, donde la persona encuestada declaró que carrera cursaba al momento del estudio.

Semestre escolar

DN: Es el periodo académico escolar que actualmente cursa el estudiante universitario al momento de la entrevista.

DO: Se midió a través de una pregunta abierta donde la persona encuestada declaró el semestre escolar que actualmente cursaba de su carrera al momento de la entrevista. Se categorizó considerando los semestres del I al X.

Características y experiencias individuales de las personas

Factores personales biológicos

Edad

DN: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la aplicación del instrumento, medido en años.

DO: Se consideró la edad declarada por la persona encuestada. Posteriormente se categorizó en grupos de edad: 1). 19 a 22, 2). 23 a 26 y 3). 27 o más años

Sexo

DN: Características específicas (físicas y biológicas) que definen a hombres y mujeres

DO: Se consideró a través de una pregunta cerrada con las categorías:

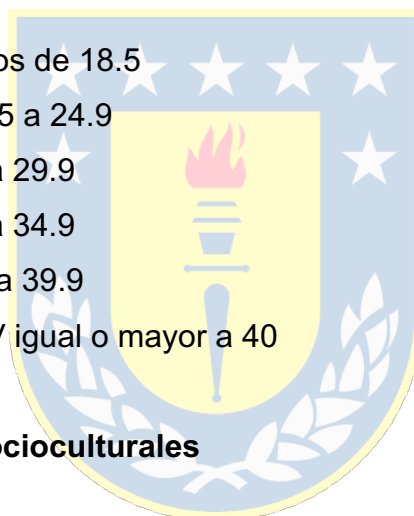
- 1). Mujer y 2). Hombre

Índice de Masa Corporal

DN: Es el peso corporal en kilogramos referido por la persona encuestada dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m²).

DO: Se midió a través de la respuesta que la persona expresó sobre su peso corporal actual y estatura. En base al peso corporal y estatura expresado por los adultos jóvenes, se procedió a categorizar el IMC según clasificación de OMS:

1. Bajo peso: menos de 18.5
2. Normopeso: 18.5 a 24.9
3. Sobrepeso: 25 a 29.9
4. Obesidad I: 30 a 34.9
5. Obesidad II: 35 a 39.9
6. Obesidad III y IV igual o mayor a 40



Factores personales socioculturales

Estado civil

DN: Es la condición de convivencia legal, determinada por el vínculo matrimonial o lazo afectivo declarado por la persona encuestada.

DO: Se midió a través de una pregunta cerrada con las categorías:

1. Soltero (a)
2. Casado (a)
3. Unión libre
4. Divorciado (a)
5. Separado (o)

Religión

DN: Conjunto de creencias basados en la fe, que profesa la persona encuestada.

DO: Se midió a través de una pregunta cerrada con las categorías:

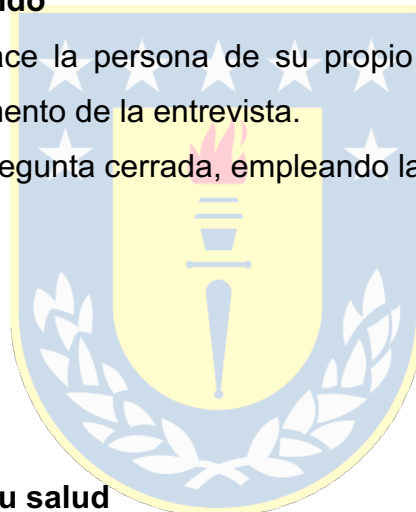
1. Católica
2. Protestante
3. Evangélica
4. Cristiana
5. Testigo de Jehová
6. Ninguna

Estado de salud percibido

DN: Apreciación que hace la persona de su propio estado de salud físico y psicológico, al momento de la entrevista.

DO: Se midió con una pregunta cerrada, empleando las categorías:

1. Muy bueno
2. Bueno
3. Regular
4. Deficiente



Prácticas para cuidar su salud

DN: Son las actividades encaminadas a conservar la salud, que realiza la persona encuestada.

DO: Se midió realizando una pregunta cerrada, empleando las categorías:

1. Si y 2. No

Además de la pregunta ¿Cuándo se siente en buenas condiciones de salud, con qué frecuencia acude a su servicio de salud?, con opciones de respuesta:

1. Al mes
2. 6 meses
3. Cada año

4. Nunca

Se agregaron tres preguntas de selección donde se enlistan las principales actividades que realiza actualmente para cuidar su salud, así como el principal motivo para cuidarse a sí mismo y para no cuidarse.

Trabaja

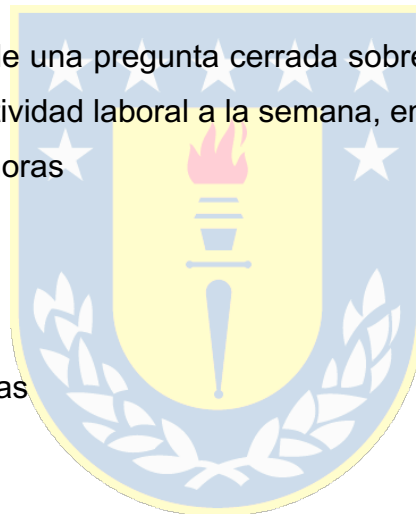
DN: Actividad laboral legal remunerada que realiza la persona encuestada actualmente.

DO: Se consideró a través de una pregunta cerrada, con las categorías:

1. Si y 2. No

Además, a través de una pregunta cerrada sobre el número total de horas que dedica a su actividad laboral a la semana, empleando las categorías:

1. Menos de 15 horas
2. 16 a 20 horas
3. 21 a 25 horas
4. 26 a 30 horas
5. Más de 30 horas
6. No trabaja



Servicio de salud actual

DN: Es un aseguramiento médico o de servicios de salud con el cual cuenta el estudiante actualmente.

DO: Se midió a través de una pregunta cerrada con las categorías:

1. Si y 2. No

Además de una pregunta de selección con opciones de respuesta:

1. IMSS
2. ISSSTE
3. ISSSTESON
4. PEMEX

-
5. SEDENA
 6. Marina
 7. Seguro popular
 8. Seguro privado
 9. No sabe
 10. Ninguno

Lugar de procedencia

DN: Es la localidad geográfica de donde procede la persona encuestada.

DO: Se midió con una pregunta cerrada, empleando las categorías:

1. Rural y 2. Urbano

Tipo de familia

DN: Es la procedencia de un grupo de personas con parentesco de consanguinidad o no entre sí que viven juntas.

DO: Se consideró la clasificación descrita por la enciclopedia británica en español³³¹, se midió con una pregunta cerrada, empleando las categorías de:

1. Familia nuclear, integrada por padres y hermanos (as)
2. Familia monoparental, Hijo (a) que vive sólo con uno de los padres
3. Familia extensa, integrada por padres, hijos, abuelos, tíos, primos y otros parientes.
4. Sin parentesco de consanguinidad, relación únicamente de hermanos (as) y amigos

Con quién vive

DN: Es la relación que existe entre las personas con quien habitualmente reside el estudiante

DO: Se midió con una pregunta cerrada, empleando las categorías:

-
1. Familia (padres/hermanos [as])
 2. Familiar directo (Abuelos, tíos, primos y otros parientes)
 3. Amigos (sin parentesco de consanguinidad)
 4. Otros

Actividad física

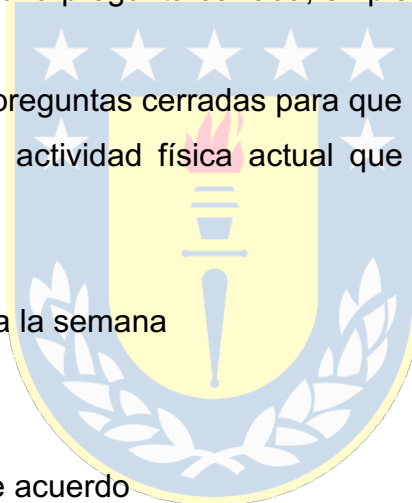
DN: Es todo movimiento del cuerpo que hace trabajar a los músculos y requiere más energía que estar en reposo, como caminar, correr, bailar, nadar, practicar yoga, entre otras.

DO: Se midió realizando una pregunta cerrada, empleando las categorías:

1. Si y 2. No

Además, se realizaron preguntas cerradas para que la persona seleccionará la frecuencia y el tipo de actividad física actual que realizó, con opciones de respuesta:

1. A diario
2. Al menos 3 días a la semana
3. Cada semana
4. Cada mes
5. Cada vez que me acuerdo
6. Nunca



Ejercicio físico

DN: Es la realización de movimientos corporales planificados, repetitivos y en ocasiones supervisados por un instructor, con el objetivo de estar en forma física y gozar de buena salud.

DO: Se midió con una pregunta cerrada, empleando las categorías:

1. Si y 2. No

Además, se realizaron preguntas cerradas para que la persona seleccionará la frecuencia y el tipo de ejercicio físico que realizó, con opciones de respuesta:

1. A diario
2. Al menos 3 días a la semana
3. Cada semana
4. Cada mes
5. Cada vez que me acuerdo

Actividades de descanso/ocio

DN: Son las acciones, ocupaciones o tareas que realiza una persona con fines de recreatividad en su tiempo libre, de forma voluntaria.

DO: Se medirá realizando una pregunta cerrada empleando las categorías:

1. Si y 2. No

Además, se realizaron preguntas cerradas para que la persona seleccionará la frecuencia y el tipo de actividades de descanso/ocio que realizó, con opciones de respuesta:

1. A diario
2. Al menos 3 días a la semana
3. Cada semana
4. Cada mes
5. Cada vez que me acuerdo

Consumo de tabaco

DN: Es el uso de cigarrillos de tabaco que fuma la persona encuestada en algún momento de su vida.

DO: Se midió a través de preguntas cerradas que se solicitaron a la persona encuestada sobre el consumo de tabaco: edad de inicio, consumo actual, intentos de dejar de fumar, con opciones de respuesta:

1. Si y 2. No

Además, de preguntas de selección acerca de: razón principal por la que empezó a fumar, frecuencia del consumo, última vez que fumó tabaco y métodos para dejar el tabaco.

Consumo de alcohol

DN: Es la cantidad o ingesta de bebidas alcohólicas que consume una persona en una semana, pudiendo ocasionar efectos nocivos para su salud.

DO: Se midió a través de preguntas cerradas que se solicitaron a la persona encuestada sobre el consumo de alcohol alguna vez en su vida, ingesta de bebidas energéticas combinadas con bebidas que contengan alcohol, la opción de respuesta:

1. Si y 2. No

Además, de preguntas abiertas sobre edad de la primera vez que consumió bebidas con contenido de alcohol y cantidad de bebidas que consumió.

Así como preguntas de selección acerca de: razón para no consumir bebidas con contenido de alcohol, edad que tenía la última vez que consumió bebidas con contenido de alcohol, frecuencia del consumo y tipo de bebidas con contenido de alcohol que ha consumido en los últimos seis meses.

Consumo de drogas

DN: Es el consumo de sustancias psicoactivas ilegales que pueden ocasionar dependencia y efectos nocivos para la salud de la persona.

DO: Se midió a través de preguntas cerradas que se solicitaron a la persona encuestada sobre el consumo de drogas alguna vez en su vida y uso de drogas inyectables, con opción de respuesta:

1. Si y 2. No

Además de preguntas de selección sobre edad de la primera vez que consumió/probo alguna droga, frecuencia y tipo de drogas de consumo actual, última vez que consumió alguna droga, razón principal para iniciar el consumo de drogas.

Sueño/descanso

DN: Estado fisiológico de autorregulación y reposo uniforme que debe presentar una persona diariamente.

DO: Se midió a través de las preguntas cerradas, sobre el número de horas de sueño entre semana, con las categorías:

1. 20 horas o menos
2. 21 a 30 horas
3. 31 a 40 horas
4. 41 a más horas

Horas de sueño que dedica a dormir en fin de semana, con las categorías:

1. 10 horas o menos
2. 11 a 20 horas
3. 21 a más horas

Además de preguntas de selección sobre el principal motivo para dormir y no dormir el tiempo necesario.

Percepción de valor hacia la vida

DN: Es una respuesta, en relación a como la persona percibe su interacción con el entorno y la importancia que el demuestra al realizar sus actividades de forma cotidiana.

DO: Se medirá realizando dos preguntas cerradas, empleando las categorías:

1. Si y 2. No

Reacción hacia la violencia

DN: Es una respuesta, conducta o situaciones desencadenadas ante un tipo de interacción entre sujetos, que se manifiesta de forma deliberada, aprendida o imitada, ante una provocación o amenaza de daño hacia una persona o un colectivo.

DO: Se midió a través de preguntas cerradas acerca de cómo la persona reacciona ante un disgusto o desacuerdo, si ha sido agredido de forma física o verbal a otras personas, si ha sido víctima de algún tipo de violencia en el último semestre y si ha solicitado apoyo en caso de ser violentado (a), empleando las categorías:

1. Si y 2. No

Además de preguntas de selección acerca de principal reacción ante una situación difícil o problemática en la escuela/casa/trabajo, tipo de violencia que ha sufrido en el último semestre, quien era la persona que ejercía la violencia en su persona y a quien ha solicitado apoyo en caso de enfrentar alguna situación difícil o problemática en su vida.

Relaciones sexuales

DN: Es una serie de conductas o prácticas de tipo sexual que realiza una persona durante su vida.

DO: Se midió a través de preguntas cerradas que se solicitaron a la persona encuestada: sobre sus conductas sexuales con personas del mismo sexo, opuestas o ambas y si cuenta con pareja actualmente, con categorías:

1. Si y 2. No

Se solicitó en una pregunta abierta que registró la edad de inicio de vida sexual. Además de preguntas de selección, acerca del principal motivo para utilizar o no utilizar algún método de protección cuando tenía relaciones sexuales.

Factor cognitivo y afectivo específico de la conducta

Autoeficacia percibida

DN: Son las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras (Bandura, 1986).

DO: La variable fue medida con la EAG. La cual está compuesta de 10 reactivos. El resultado final tiene un rango de 10 a 40 puntos.

Esta variable se categorizó según el puntaje obtenido en:

1. Alta: Cuando el puntaje total es igual o mayor al valor de la media obtenida en la EAG
2. Baja: Cuando el puntaje total es menor al valor de la media obtenida en la EAG

Para el análisis final de la escala Autoeficacia General, las puntuaciones de la escala de 1 punto (incorrecto) hasta 4 puntos (cierto), se categorizarán en las siguientes:

- a). N° 1 Apenas cierto+Incorrecto: La suma de las frecuencias de los puntos 1 (incorrecto) + 2 (apenas cierto) muestran tendencia hacia aspectos negativos en la vida de las personas.
- b). N° 2 Cierto+Más bien cierto: La suma de las frecuencias de los puntos 3 (más bien cierto) + 4 (cierto) muestran tendencia hacia aspectos positivos en la vida de las personas.

SALUTOGÉNESIS

Sentido de coherencia

DN: Es el grado en que la persona tiene una penetrante, duradera y dinámica, sensación de confianza a lo largo de la vida, enfrentando los estímulos

derivados de los entornos internos y externos, que están estructurados, pudiendo ser predecibles y explicables, existiendo recursos que están disponibles para satisfacer las demandas planteadas por estos estímulos, siendo estas demandas desafíos, dignos de esfuerzo y compromiso para ser superados (Antonovsky, 1996).

DO: La variable fue medida con la escala SOC-13, está conformada de 13 preguntas, se evalúan tres dimensiones: comprensibilidad, manejabilidad y significatividad. La puntuación de cada dimensión se obtiene al calcular la puntuación media de las respuestas individuales por dimensión. La suma total de las respuestas individuales permite calcular la puntuación media para obtener el resultado del SOC. La puntuación mínima es 13 y máxima 91.

El puntaje global que se obtenga del SOC-13, se categorizó en:

1. Alto: Cuando el puntaje total es igual o mayor al valor de la media obtenida en la SOC-13.
2. Bajo: Cuando el puntaje total es menor al valor de la media obtenida en la SOC-13.

Dimensiones

Comprensibilidad (componente cognitivo)

DN: Es la medida en que la persona tiene la capacidad de percibir los estímulos internos o externos como información ordenada, consistente, estructurada y clara (lo que acontece).

DO: La dimensión es operacionalizada considerando la suma de 5 ítems (2, 6, 8, 9, 11) de la dimensión comprensibilidad del SOC-13.

Los puntajes de la dimensión oscilan entre 5 a 35 puntos.

La dimensión de la variable se categorizó según el puntaje obtenido en:

1. Alta: Cuando el puntaje total es igual o mayor al valor de la media obtenida en la dimensión comprensibilidad del SOC-13.

-
2. Baja: Cuando el puntaje total es menor al valor de la media obtenida en la dimensión comprensibilidad del SOC-13.

Manejabilidad (componente instrumental o de comportamiento)

DN: Es el grado en que la persona cree tener a su disposición los recursos adecuados para hacer frente a las demandas planteadas por la vida (visión de las propias habilidades para manejarlo).

DO: La dimensión es operacionalizada considerando la suma de 4 ítems (3, 5, 10, 13) de la dimensión manejabilidad del SOC-13.

Los puntajes de la dimensión oscilan entre 4 a 28 puntos.

La dimensión de la variable se categorizó según el puntaje obtenido en:

1. Alta: Cuando el puntaje total es igual o mayor al valor de la media obtenida en la dimensión manejabilidad del SOC-13.
2. Baja: Cuando el puntaje total es menor al valor de la media obtenida en la dimensión manejabilidad del SOC-13.

Significatividad (componente motivacional)

DN: Es la medida en que la persona siente que la vida tiene sentido emocional, a pesar de los problemas y dificultades que se tengan, merece la pena invertir energía y esfuerzo en ella (convertir lo que se hace, en satisfactorio y significativo para la vida).

DO: La dimensión es operacionalizada considerando la suma de 4 ítems (1, 4, 7, 12) de la dimensión a significatividad del SOC-13.

Los puntajes de la dimensión oscilan entre 4 a 28 puntos.

La dimensión de la variable se categorizó según el puntaje obtenido en:

1. Alta: Cuando el puntaje total es igual o mayor al valor de la media obtenida en la dimensión significatividad del SOC-13.
2. Baja: Cuando el puntaje total es menor al valor de la media obtenida en la dimensión significatividad del SOC-13.

Para el análisis final de la escala SOC-13, las puntuaciones de la escala (de 1 a 7 puntos), se categorizarán en las siguientes:

- a). Nº 1 La suma de las frecuencias de los puntos del 1+ 2+3
- b). Nº 2 Las frecuencias del punto 4 (considerada neutral o medio de la escala)
- c). Nº 3 La suma de las frecuencias de los puntos del 5+6+7.

Cada pregunta tiene una opción de respuesta con tendencia hacia aspectos positivos o negativos en la vida de las personas.

Empoderamiento para la salud

DN: Proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud (OMS, 1998).

DO: La variable fue medida con el IPE, está compuesto de 15 preguntas, las cuales miden tres dimensiones: autonomía, participación y responsabilidad. La puntuación de cada dimensión se obtiene al calcular la puntuación media de las respuestas individuales por dimensión. La suma total de las respuestas individuales permite calcular la puntuación media para obtener el resultado de la percepción de empoderamiento individual. El puntaje final tiene una puntuación mínima de 15 a una máxima de 75.

El puntaje global que se obtuvo del IPE, se categorizó en:

1. Alto: Cuando el puntaje total es igual o mayor al valor de la media obtenida en el IPE.
2. Bajo: Cuando el puntaje total es menor al valor de la media obtenida en el IPE.

Dimensiones

Autonomía

DN: Es la percepción individual del nivel de libertad y control personal que él/ella posee y son capaces de desarrollarse con desempeño en su entorno (trabajo/casa/escuela).

DO: La dimensión fue operacionalizada considerando la suma de los 5 ítems (1, 3, 9, 12, 13) de la dimensión autonomía del IPE. Los puntajes de la dimensión oscilan entre 5 a 25 puntos.

La dimensión de la variable se categorizó según el puntaje obtenido en:

1. Alta: Cuando el puntaje total es igual o mayor al valor de la media obtenida en la dimensión autonomía del IPE.
2. Baja: Cuando el puntaje total es menor al valor de la media obtenida en la dimensión autonomía del IPE.

Participación

DN: Es el grado de percepción individual que siente él/ella de participar en decisiones estratégicas o administrativas o de su influencia en la producción de cambios o efectos deseados en su entorno (trabajo/casa/escuela).

DO: La dimensión fue operacionalizada considerando la suma de los 6 ítems (2, 4, 6, 11, 14, 15) de la dimensión participación del IPE. Los puntajes de la dimensión oscilan entre 6 a 30 puntos.

La dimensión de la variable se categorizó según el puntaje obtenido en:

- 1 Alta: Cuando el puntaje total es igual o mayor al valor de la media obtenida en la dimensión participación del IPE.
- 2 Baja: Cuando el puntaje total es menor al valor de la media obtenida en la dimensión participación del IPE.

Responsabilidad

DN: Es el nivel de preocupación, cuidado y compromiso que una persona dedica a la ejecución de un tarea, actividad o función, implica un sentimiento de inversión psicológica generada por el cumplimiento de la tarea requerida.

DO: La dimensión fue operacionalizada considerando la suma de los 4 ítems (5, 7, 8, 10) de la subescala responsabilidad del IPE. Los puntajes de la subescala oscilan entre 4 a 20 puntos.

La dimensión de la variable se categorizó según el puntaje obtenido en:

1. Alta: Cuando el puntaje total es igual o mayor al valor de la media obtenida en la dimensión responsabilidad del IPE.
2. Baja: Cuando el puntaje total es menor al valor de la media obtenida en la dimensión responsabilidad del IPE.

Para el análisis final del IPE, las puntuaciones de la escala de 1 punto (muy en desacuerdo) hasta 5 puntos (muy de acuerdo), se categorizó en las siguientes:

- a). Nº 1 Muy en desacuerdo+En desacuerdo: La suma de las frecuencias de los puntos 1 (muy en desacuerdo) + 2 (en desacuerdo) muestran tendencia hacia aspectos negativos en la vida de las personas
- b). Nº 2 Neutral: Las puntuaciones 3 neutral (considerado punto medio de la escala)
- c). Nº 3 Muy de acuerdo+De acuerdo: La suma de las frecuencias de los puntos 4 (de acuerdo) + 5 (muy de acuerdo) muestran tendencia hacia aspectos positivos en la vida de las personas.

B. CÉDULA DE DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS



Universidad de Concepción
Dirección de Postgrado
Facultad de Enfermería - Programa de Doctorado en Enfermería

Sentido de coherencia, empoderamiento para la salud y autoeficacia percibida y su relación con estilo de vida promotor de salud en estudiantes universitarios del noroeste de México.

Objetivo: Indagar acerca de las conductas promotoras en salud que han realizado los estudiantes universitarios en los últimos seis meses.

Instrucciones: Lea detenidamente cada pregunta y seleccione de la forma más veraz posible lo que usted hace. Sus respuestas son confidenciales. Se agradece su sincera participación.

I. Datos Socio-demográficos

1. ¿Unidad Académica donde estudia?

- 1. Hermosillo
- 2. Nogales
- 3. Cajeme

2. ¿A qué División Académica pertenece?

- 1. Ciencias administrativas, sociales y Agropecuarias
- 2. Ciencias biológicas y de la salud
- 3. Ciencias económico administrativas
- 4. Ciencias exactas y naturales
- 5. Ciencias sociales
- 6. Humanidades y bellas artes
- 7. Ingenierías

3. ¿Que carrera estudia?

4. ¿Cuál es el semestre escolar que cursa actualmente?

- | | | | |
|--------|-------|---------|-------|
| 1. I | _____ | 6. VI | _____ |
| 2. II | _____ | 7. VII | _____ |
| 3. III | _____ | 8. VIII | _____ |
| 4. IV | _____ | 9. IX | _____ |

	_____		_____
5. V	_____	10. X	_____
5. ¿Qué edad tiene? _____ años de edad			
6. ¿Cuál es su sexo?			
1. Mujer	_____		_____
2. Hombre	_____		_____
7. ¿Su estado civil actual es?			
1. Soltero (a)	_____		_____
2. Casado (a)	_____		_____
3. Unión libre	_____		_____
4. Divorciado	_____		_____
5. Separado (a)	_____		_____
8. ¿Alguna vez ha tenido hijos (as)?			
1. Si	_____		_____
2. No	_____		_____
9. ¿Cuál es su religión?			
1. Católica	_____		_____
2. Protestante	_____		_____
3. Evangélica	_____		_____
4. Cristiana	_____		_____
5. Testigo de Jehová	_____		_____
6. Ninguna	_____		_____
10. ¿Trabaja usted actualmente?			
1. Si	_____		_____
2. No	_____		_____
11. ¿Si trabaja, cuantas horas a la semana trabaja?			
1. Menos de 15 horas	_____		_____
2. 16 a 20 horas	_____		_____
3. 21 a 25 horas	_____		_____
4. 26 a 30 horas	_____		_____
5. Más de 30 horas	_____		_____
6. No trabaja	_____		_____
12. ¿Cuenta con algún servicio de salud actualmente?			
1. Si	_____		_____
2. No	_____		_____
13. ¿Con cuál servicio de salud cuenta?			
1. IMSS	_____	6. Marina	_____
2. ISSSTE	_____	7. Seguro popular	_____
3. ISSSTESON	_____	8. Seguro privado	_____
4. Pemex	_____	9. No sabe	_____
5. Sedena	_____	10. Ninguno	_____



14. ¿Cuál es su lugar de procedencia?:

- 1. Rural
- 2. Urbano

15. ¿Usted proviene de una familia?

- 1. Nuclear (Padres y hermanos [as])
- 2. Monoparental (Hijo (a) que vive sólo con uno de los padres)
- 3. Extensa (Padres, hijos, abuelos, tíos, primos y otros parientes)
- 4. Sin parentesco de consanguinidad (únicamente hermanos (as), amigos)

16. ¿Con quién vive actualmente?

- 1. Familia (padres/hermanos [as])
- 2. Familiar directo (Abuelos, tíos, primos y otros parientes)
- 3. Amigos (sin parentesco de consanguinidad)
- 4. Otros

17. ¿Cuál es su peso corporal actual aproximado en kilogramos?

18. ¿Cuál es su estatura corporal en centímetros?

19. ¿Cómo percibe su estado de salud actual?

- 1. Muy bueno
- 2. Bueno
- 3. Regular
- 4. Deficiente

20. ¿Cuándo se siente en buenas condiciones de salud, con qué frecuencia acude a su servicio de salud?

- 1. Al mes
- 2. 6 meses
- 3. Cada año
- 4. Nunca

21. Seleccione las principales actividades que realiza

- 1. Tomar por lo menos de 8 a 10 vasos de agua al día
- 2. Realizar actividad física 3 veces a la semana
- 3. Comer 5 raciones de frutas y vegetales al día
- 4. Llevar una dieta balanceada en la que incluyas alimentos de todo tipo
- 5. Dormir al menos 8 horas diarias
- 6. Sonreír a menudo
- 7. Evitar el estrés durante el día
- 8. Mostrar una actitud positiva en sus actividades cotidianas
- 9. Evitar los vicios como fumar y beber alcohol
- 10. Practicar sexo seguro

	Si	No
1. Tomar por lo menos de 8 a 10 vasos de agua al día	_____	_____
2. Realizar actividad física 3 veces a la semana	_____	_____
3. Comer 5 raciones de frutas y vegetales al día	_____	_____
4. Llevar una dieta balanceada en la que incluyas alimentos de todo tipo	_____	_____
5. Dormir al menos 8 horas diarias	_____	_____
6. Sonreír a menudo	_____	_____
7. Evitar el estrés durante el día	_____	_____
8. Mostrar una actitud positiva en sus actividades cotidianas	_____	_____
9. Evitar los vicios como fumar y beber alcohol	_____	_____
10. Practicar sexo seguro	_____	_____

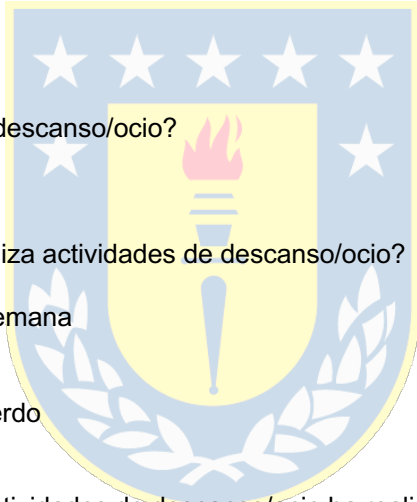
22.Cuál es el principal motivo para cuidarse a sí mismo

-
1. Mantener y/o recuperar la salud _____
 2. Conservar o mantener buena apariencia personal _____
 3. Sentirse bien _____
 4. Formar parte del estilo de vida de su padres o hermanos (as) _____
 5. Formar parte del estilo de vida de sus amigos o pareja _____
 6. No tiene una razón específica _____
- 23.Cuál es el principal motivo para no cuidarse
1. No cree que algo malo le pueda pasar _____
 2. Le da miedo descubrir que algo le pasa _____
 3. No le interesa tener buena salud _____
 4. Ha recibido críticas de personas cercanas por cuidarse a sí mismo _____
 5. Le da pereza hacerlo _____
 6. No le parece importante/necesario hacerlo _____
 7. Ha visto que otras personas que se cuidan, también se enferman _____
 8. No tiene una razón específica _____
24. ¿Realiza alguna actividad física o movimiento del cuerpo que permite trabajar a los músculos, al requerir más energía que estar en reposo (caminar, correr, bailar, nadar, practicar yoga, entre otras)?
1. Si _____
 2. No _____
- 25 ¿Con qué frecuencia realiza actividad física?
1. A diario _____
 2. Al menos 3 días a la semana _____
 3. Cada semana _____
 4. Cada mes _____
 5. Cada vez que me acuerdo _____
 6. Nunca _____
26. Seleccione que tipo de actividad física realiza
- | | Si | No |
|-----------------------------|-------|-------|
| 1. Caminar a ritmo moderado | _____ | _____ |
| 2. Correr a ritmo moderado | _____ | _____ |
| 3. Bailar | _____ | _____ |
| 4. Nadar | _____ | _____ |
| 5. Practicar yoga | _____ | _____ |
| 6. Otras | _____ | _____ |
| 7. Ninguna | _____ | _____ |
27. ¿Realiza ejercicio físico o algún (os) movimientos corporales de forma planificada, repetitivos y en ocasiones supervisados por un instructor, para estar en forma física y gozar de buena salud?
1. Si _____
 2. No _____
28. ¿Con que frecuencia realiza ejercicio físico?
1. A diario _____
 2. Al menos 3 días a la semana _____
 3. Cada semana _____

- 4. Cada mes _____
- 5. Cada vez que me acuerdo _____
- 6. Nunca _____

29. Seleccione que tipo ejercicio fisico realiza

- | | Si | No |
|---|-------|-------|
| 1. Saltar la cuerda | _____ | _____ |
| 2. Montar bicicleta | _____ | _____ |
| 3. Ejercitar pecho, abdominales, brazos y piernas | _____ | _____ |
| 4. Subir escalones o escaleras | _____ | _____ |
| 5. Natación | _____ | _____ |
| 6. Tenis | _____ | _____ |
| 7. Futbol | _____ | _____ |
| 8. Gimnasia | _____ | _____ |
| 9. Otras | _____ | _____ |
| 10. Ninguna | _____ | _____ |



30. ¿Realiza actividades de descanso/ocio?
- 1. Si _____
 - 2. No _____

31. ¿Con que frecuencia realiza actividades de descanso/ocio?
- 1. A diario _____
 - 2. Al menos 3 días a la semana _____
 - 3. Cada semana _____
 - 4. Cada mes _____
 - 5. Cada vez que me acuerdo _____
 - 6. Nunca _____

32. Seleccione que tipo de actividades de descanso/ocio ha realizado con mayor frecuencia en los últimos 6 meses

- | | Si | No |
|---|-------|-------|
| 1. Descansar/relajarse (ver televisión, dormir, escuchar música, meditar) | _____ | _____ |
| 2. Compartir tiempo o actividades con familia/amigos/pareja | _____ | _____ |
| 3. Actividades de diversión/entretenimiento cultural o artístico (ir al cine, manualidades, obras de teatro, ir a centros comerciales, tocar algún instrumento) | _____ | _____ |
| 4. Actividades sociales (ayudar a otras personas, visitar enfermos o asilos) | _____ | _____ |

33. ¿Ha fumado tabaco alguna vez en la vida?
- 1. Si _____
 - 2. No _____

34. ¿Registre cuantos años tenía cuando fumó tabaco por primera vez?
 _____ años de edad

35. Principal razón por la que empezó a fumar

-
- 1. En su familia alguien fumaba _____
 - 2. Compañeros o amigos fumaban _____
 - 3. Presión de grupo _____
 - 4. Curiosidad _____
 - 5. Tranquilizarse _____
 - 6. Sentirse o parecer adulto(a) _____
 - 7. No sabe/No recuerda _____
 - 8. Nunca ha fumado _____
36. ¿Fuma tabaco actualmente?
- 1. Si _____
 - 2. No _____
37. ¿Si usted fuma, con qué frecuencia lo está haciendo actualmente?
- 1. Todos los días _____
 - 2. Algunos días de la semana _____
 - 3. Mensualmente _____
 - 4. Ocasionalmente _____
 - 5. Al menos una vez al año _____
 - 6. No sabe _____
 - 7. No fuma actualmente _____
 - 8. Nunca ha fumado _____
38. ¿Cuándo fue la última vez que fumó un cigarro de tabaco?
- 1. En los últimos 30 días _____
 - 2. Más de 1 mes, pero menos de 6 meses _____
 - 3. Hace 6 meses o más pero menos de 1 año _____
 - 4. Hace 1 año o más pero menos de 3 años _____
 - 5. Hace más de 3 años _____
 - 6. No fuma actualmente _____
 - 7. Nunca ha fumado _____
39. ¿Alguna vez ha intentado dejar de fumar?
- 1. Si _____
 - 2. No _____
 - 3. No fuma actualmente _____
 - 4. Nunca ha fumado _____
40. Si fuma ¿Cómo ha intentado dejar de fumar?
- 1. Deja de fumar súbitamente _____
 - 2. Se sometió a un tratamiento _____
 - 3. Disminuye gradualmente el número de cigarros _____
 - 4. Deja de comprar cigarros _____
 - 5. Sustituye el fumar por otra actividad _____
 - 6. Presentó algún problema de salud _____
 - 7. No sabe _____
 - 8. No fuma actualmente _____
 - 9. Nunca ha fumado _____
41. ¿Ha consumido alguna vez cualquier bebida que contenga alcohol?
- 1. Si _____

2. No

42. ¿Por qué razón nunca ha consumido bebidas que contengan alcohol?

1. Por religión
2. Por miedo a tener un problema
3. Porque no se acostumbra en casa
4. No existen ocasiones donde yo quiera beber
5. Sus responsabilidades le necesitan sobrio (a)
6. No le educaron para tomar alcohol
7. Su salud es mala / toma medicinas
8. Es muy caro
9. El alcohol tiene un efecto malo sobre sus actividades
10. Teme tener problemas con el alcohol
11. No tiene una razón
12. Embarazada / intenta embarazarse
13. No es de su interés
14. Consume alcohol actualmente

43. ¿Registre qué edad tenía la primera vez que tomó una bebida alcohólica en su vida?
_____ años de edad

44. ¿Qué edad tenía la última vez que tomó una bebida alcohólica en su vida?

1. Menos de 20 años
2. 20 o más años
3. No toma actualmente
4. Nunca ha tomado

45. Piense en su consumo total de alcohol, usualmente ¿con qué frecuencia toma usted cualquier tipo de bebida que contenga alcohol?

1. 1 a 3 veces o más /día
2. 1 a 6 veces o más/semana
3. 1 a 3 veces o más/mes
4. 1 a 7 veces o más/año
5. No toma actualmente
6. No sabe/no contesta

46. Cuando toma bebidas alcohólicas generalmente, ¿cuántas bebidas o copas toma usted en cada ocasión?

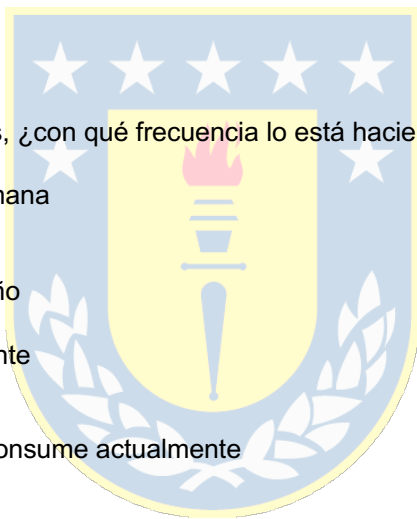
Número de copas _____

47. ¿Seleccione de cuáles de las siguientes bebidas ha tomado por lo menos una copa en los últimos 6 meses?

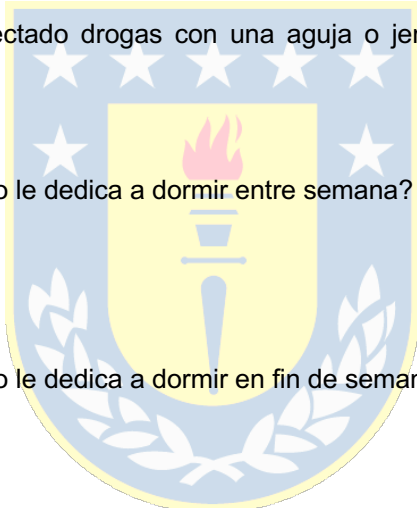
1. Vino de mesa
2. Cerveza
3. Brandy, tequila, ron, whisky, coñac, vodka
4. Bebidas preparadas (caribes, skyy, Qbitas, otras)

	Si	No
1. Vino de mesa	_____	_____
2. Cerveza	_____	_____
3. Brandy, tequila, ron, whisky, coñac, vodka	_____	_____
4. Bebidas preparadas (caribes, skyy, Qbitas, otras)	_____	_____

5. Pulque y otros fermentados	_____	_____
6. Alcohol puro, aguardiente	_____	_____
7. Ninguna	_____	_____
48. ¿En los últimos 6 meses, tomó alguna bebida energética combinada con bebidas que contienen alcohol?		
1. Si		_____
2. No		_____
49. ¿Ha consumido/probado alguna droga alguna vez en su vida?		
1. Si		_____
2. No		_____
50. ¿Cuántos años tenía cuando consumió/probó alguna droga por primera vez?		
1. 12 años o menos		_____
2. Menos de 20 años		_____
3. 20 años o más		_____
4. Nunca ha consumido		_____
51. Si usted consume drogas, ¿con qué frecuencia lo está haciendo actualmente?		
1. Todos los días		_____
2. Algunos días de la semana		_____
3. Mensualmente		_____
4. Ocasionalmente		_____
5. Al menos una vez al año		_____
6. No sabe		_____
7. No consume actualmente		_____
8. Nunca ha consumido		_____
52. Seleccione que drogas consume actualmente		
	Si	No
1. Marihuana	_____	_____
2. Heroína	_____	_____
3. Cocaína	_____	_____
4. Inhalables	_____	_____
5. Crack o piedra	_____	_____
6. Alucinógenos	_____	_____
7. Estimulantes tipo anfetamínico (ritalin, aceleradores, voladores, cri-cri)	_____	_____
8. Sedantes o barbitúricos (pastas, chochos, quesos, pacidinas)	_____	_____
9. Tranquilizantes (valium, ativan, tafil, faroles, pastas, roches, reinas)	_____	_____
10. Opiáceos (morfina, nubain, darvon, codeina, fifi, apolo, nuvainaso)	_____	_____
11. Ninguna	_____	_____
53. ¿Cuándo fue la última vez que consumió algún tipo de droga?		
1. Todos los días		_____
2. Algunos días de la semana		_____
3. Mensualmente		_____
4. Ocasionalmente		_____
5. Al menos una vez al año		_____
6. No sabe		_____



7. No consume actualmente	_____
8. Nunca ha consumido	_____
54. ¿Cuál es la razón principal por la que empezó a consumir drogas?	_____
1. Situación familiar	_____
2. Compañeros o amigos de clase o trabajo	_____
3. Presión de grupo	_____
4. Curiosidad	_____
5. Tranquilizarse	_____
6. Sentirse o parecer adulto(a)	_____
7. Otra	_____
8. No sabe/No recuerda	_____
9. Nunca ha consumido	_____
55. ¿Alguna vez se ha inyectado drogas con una aguja o jeringa que alguien más había utilizado antes que usted?	_____
1. Si	_____
2. No	_____
56. ¿Cuántas horas de sueño le dedica a dormir entre semana?	_____
1. 20 horas o menos	_____
2. 21 a 30 horas	_____
3. 31 a 40 horas	_____
4. 41 a más horas	_____
57. ¿Cuántas horas de sueño le dedica a dormir en fin de semana?	_____
1. 10 horas o menos	_____
2. 11 a 20 horas	_____
3. 21 a más horas	_____
58. ¿Cuál es el principal motivo para dormir el tiempo que usted necesita?	_____
1. Descansar/relajarse	_____
2. Tener buen rendimiento físico/mental	_____
3. Evitar sentirse irritable/cansado	_____
4. Formar parte del estilo de vida de su padres o hermanos (as)	_____
5. Formar parte del estilo de vida de sus amigos o pareja	_____
59. ¿Cuál es el principal motivo para no dormir el tiempo que usted necesita?	_____
1. Tener mucha carga académica/laboral	_____
2. Tener responsabilidades distintas al estudio/trabajo (familia, hijos, familiar enfermo, otras)	_____
3. Amigos/pareja lo incitan a realizar actividades nocturnas	_____
4. Le gusta realizar actividades nocturnas (chatear, redes sociales, ver televisión, hacer ejercicio, leer)	_____
5. Tiene muchas preocupaciones/asuntos en que pensar	_____
6. Alguien o algo suele interrumpir su sueño/descanso	_____
7. Personas cercanas, le han criticado por dormir más del tiempo que necesita	_____



-
60. En el último semestre, ¿ha experimentado la sensación de que no vale la pena vivir?
1. Si _____
 2. No _____
61. En el último semestre, ¿ha intentado quitarse la vida?
1. Si _____
 2. No _____
62. En general, ¿se expresa de manera violenta (o) al manifestar su disgusto o desacuerdo ante alguna situación?
1. Si _____
 2. No _____
63. ¿En el último semestre, usted alguna vez agredió física o verbalmente a otras personas o compañeros?
1. Si _____
 2. No _____
64. ¿Cuál es su principal reacción ante una situación difícil o problemática en la escuela/casa/trabajo?
1. Intentar comprender en que consiste, antes de buscar una solución _____
 2. Evaluar si puede hacer algo para cambiarla _____
 3. Buscar ayuda/apoyo por parte de otras personas (familia/profesores/amigos) _____
 4. Intentar resolverla, si esta tiene solución, para que no interfiera en su rutina _____
 5. Aceptar/ajustarse a aquellas situaciones que considera que no puede cambiar _____
65. En el último semestre ¿Ha sido víctima de algún tipo de violencia?
1. Si _____
 2. No _____
66. ¿Qué tipo de violencia ha sufrido en el último semestre?
1. Física _____
 2. Psicológica _____
 3. Sexual _____
 4. Económica _____
 5. Ninguna _____
67. ¿Quién era la persona que ejercía la violencia en su persona?
1. Alguno de sus padres _____
 2. Alguno de sus hermanos _____
 3. Algún familiar directo (tío (a), primo (a), abuelos) _____
 4. Algún amigo cercano _____
 5. Algún compañero de clase/trabajo _____
 6. Algún profesor/jefe _____
 7. Su pareja _____
 8. Otros _____
 9. A nadie _____
68. Alguna vez ha buscado apoyo en caso de ser violentado (a)

- 1. Si _____
- 2. No _____

69. ¿A quién ha solicita apoyo en caso de enfrentar alguna situación difícil o problemática en su vida?

- 1. Alguno de sus padres _____
- 2. Alguno de sus hermanos _____
- 3. Algún familiar directo (tío (a), primo (a), abuelos) _____
- 4. Algún amigo cercano _____
- 5. Algún compañero de clase/trabajo _____
- 6. Algún profesor/jefe _____
- 7. Su pareja _____
- 8. Profesionales _____
- 9. A nadie _____

70. ¿Actualmente tiene relaciones sexuales con personas del sexo opuesto?

- 1. Si _____
- 2. No _____

71. ¿Actualmente tiene relaciones sexuales con personas del mismo sexo?

- 1. Si _____
- 2. No _____

72. ¿Tiene pareja actualmente?

- 1. Si _____
- 2. No _____

73. ¿Con cuantas personas ha tenido relaciones sexuales en el último semestre?

- 1. Una _____
- 2. Dos _____
- 3. Tres _____
- 4. Ninguna _____

74. ¿Registre cuantos años tenía cuando empezó a tener relaciones sexuales?

_____ años de edad

75. ¿El principal motivo para utilizar algún método de protección, cuando tiene relaciones sexuales es?

- 1. Prevenir un embarazo no deseado _____
- 2. Prevenir una infección de transmisión sexual _____
- 3. Darle gusto a la pareja _____
- 4. Evitar la crítica de los amigos por no usarlos _____
- 5. Otro _____
- 6. No tengo relaciones sexuales actualmente _____

76. ¿El principal motivo para no utilizar algún método de protección, cuando tiene relaciones sexuales es?

- 1. Siente menos placer o deseo _____
- 2. Darle gusto a la pareja _____

- 3. No piensa que vaya a quedar embarazada
- 4. No piensa que vaya a adquirir una infección de transmisión sexual
- 5. Evitar la crítica de los amigos por usarlos
- 6. Otro
- 7. No tengo relaciones sexuales actualmente

C. ESCALA SENTIDO DE COHERENCIA 13 (SOC-13)
(Antonovsky A. 1979)

Instrucción: Se le pide contestar con la mayor libertad y sinceridad, todas las preguntas que se plantean a continuación. Seleccionar una sola respuesta a cada pregunta, elige y marca con una cruz (X) un número del 1 al 7, para poder *expresar mejor lo que piensas o sientes* sobre esa pregunta.

1. ¿Tiene la sensación de que no le interesa lo que pasa a su alrededor?*

Muy rara vez no me intereso	1	2	3	4	5	6	7	Con mucha frecuencia no me intereso
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

2. ¿Se ha quedado alguna vez sorprendido (a) por el comportamiento de las personas que creía conocer bien?*

Nunca me ha ocurrido	1	2	3	4	5	6	7	Me ha ocurrido siempre
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

3. ¿Se ha sentido decepcionado (a) por las personas con las que de inicio contaba?*

Nunca me ha ocurrido	1	2	3	4	5	6	7	Me ha ocurrido siempre
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

4. Hasta ahora en la vida

No ha conseguido los objetivos, ni su propio rumbo	1	2	3	4	5	6	7	Ha conseguido los objetivos y su propio rumbo
--	---	---	---	---	---	---	---	---

5. ¿Tiene la sensación de que no es tratado (a) con justicia?*

Muy frecuentemente	1	2	3	4	5	6	7	Raramente o nunca
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	-------------------

6. ¿Muchas veces siente que se encuentra en una situación poco habitual, sin saber qué hacer?*

Me ocurre frecuentemente	1	2	3	4	5	6	7	Nunca o raramente me ocurre
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------------

7. Aquello que hace diariamente es:**

Una fuente de profunda satisfacción	1	2	3	4	5	6	7	Una fuente de sufrimiento y aburrimiento
-------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--

8. ¿Tiene sentimientos e ideas muy confusas?

Muy frecuentemente	1	2	3	4	5	6	7	Raramente o nunca
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	-------------------

9. ¿Le ocurre que tiene sentimientos que no le gustaría tener?

Muy frecuentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muy raramente
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------

10. Muchas personas (incluso las que tiene carácter fuerte), en ciertas situaciones, se sienten a veces fracasados ¿Con que frecuencia se ha sentido usted así en el pasado?*

Nunca	1	2	3	4	5	6	7	Muchas veces
-------	---	---	---	---	---	---	---	--------------

11. Cuando tiene que enfrentarse a un problema, generalmente acaba por comprobar que:

Valoraste mal la importancia del problema	1	2	3	4	5	6	7	Valoraste correctamente la importancia del problema
---	---	---	---	---	---	---	---	---

12. ¿Con que frecuencia siente que las cosas que hace en su vida diaria apenas tienen sentido?

Muy frecuentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muy raramente
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------

13. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos que duda poder controlar?*

Muy frecuentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muy raramente
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------

D. INSTRUMENTO PERCEPCIÓN DE EMPODERAMIENTO (IPE)

(Roller WK, 1999)

Instrucción: Se le solicita que elija y marque con una cruz (X) una respuesta *en base a sus reacciones* a las siguientes declaraciones, utilizando la escala: Muy de acuerdo (5), De acuerdo (4), Neutral (3), En desacuerdo (2), Muy en desacuerdo (1).

N°	ORACIONES	1	2	3	4	5
1	Tiene la libertad para decidir cómo hacer su trabajo/actividades					
2	A menudo estoy involucrado cuando se planifican los cambios en mi entorno					
3	Puedo ser creativo en la búsqueda de soluciones a los problemas					
4	Estoy involucrado en la determinación de los objetivos de mi trabajo/casa/escuela					
5	Soy responsable por los resultados de mis decisiones					
6	Mi participación no es solicitada en la planificación de los cambios**					
7	Tomó responsabilidad por lo que hago					
8	Soy responsable de los resultados de mis acciones					
9	Tengo mucha autonomía en mi trabajo/casa/escuela					
10	Soy personalmente responsable por el trabajo/actividades que hago					
11	Estoy involucrado (a) en las decisiones que me afectan					
12	Tomo mis propias decisiones sobre cómo hacer mi trabajo/actividades					
13	Soy mi propio jefe la mayor parte del tiempo					

14	Estoy involucrado (a) en la creación de la visión del futuro en mi trabajo/casa/escuela					
15	Mis ideas y aportaciones son valorada					

** N°6 esta evaluado en reversa

E. AUTORIZACIÓN DEL INSTRUMENTO PERCEPCIÓN DE EMPODERAMIENTO

KRoller225@aol.com

mar., 26 de abr. de 2016 15:20  

para kroller225, mí ▾

Gracias por su solicitud. Se quedan autorizados a utilizar el instrumento en su investigación. Utilice el instrumento completo para mantener la validez y la confiabilidad, y por favor utilizar citas en sus hallazgos y/o publicaciones. Yo estaría encantado de ver los resultados de su investigación.

Saludos

Kirk Roller PhD

F. ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL

(Bäbler J, Schwarzer R, Jerusalem M. 1993)

Instrucción: Elegir y marcar con una cruz (X) una respuesta, que corresponde a sus reacciones a las siguientes declaraciones, utilizando la escala de: 1= Incorrecto, 2= Apenas cierto, 3= Más bien cierto, 4=Cierto.

N°	DECLARACIONES	1	2	3	4
1	Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.				
2	Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.				
3	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.				
4	Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.				
5	Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.				
6	Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.				
7	Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.				
8	Puedo resolver la mayoría de los problemas, si me esfuerzo lo necesario.				
9	Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.				

<p>Al tener que hacer frente a un problema, 10 generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.</p>				
---	--	--	--	--

G. AUTORIZACIÓN DE LA ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL

Schwarzer, Ralf <ralf.schwarzer@fu-berlin.de>
para mí, health@zedat.fu-berlin.de ▾

sáb., 20 de oct. de 2018 03:21

see

<http://www.psyc.de/WORDPRESS/wordpress/requests/>

Prof. Dr. Ralf Schwarzer
Freie Universität Berlin, Psychology
Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin, Germany
Email | ralf.schwarzer@fu-berlin.de
WEB | <http://my.psyc.de>
ORCID | <http://orcid.org/0000-0002-0069-3826>
Twitter | <https://twitter.com/schwarzer1>
BLOG | <https://theemeritus.wordpress.com/>

H. CUESTIONARIO ESTILO DE VIDA II (CEV II)

(Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. 1995)

Instrucción: Este cuestionario contiene oraciones acerca de su estilo de vida o hábitos personales al presente. Favor de responder a cada oración lo más exacto posible, trate de no pasar por alto ninguna oración. Marque con una cruz (X) la *frecuencia con la que usted se dedica a cada conducta o costumbre*, utilizando la escala: 1: Nunca (N), 2: Algunas veces (A), 3: Frecuentemente (F, se repite a menudo), 4: Rutinariamente (R, se hace a diario).

N°	ORACIONES ACERCA DEL ESTILO DE VIDA	N (1)	A (2)	F (3)	R (4)
1	Discuto mis problemas y preocupaciones con personas allegadas				
2	Escojo una dieta baja en grasas, grasas saturadas y en colesterol				
3	Informo a un doctor(a) o a otros profesionales de la salud cualquier señal inusual o síntoma extraño				
4	Sigo un programa de ejercicios planificados				
5	Duermo lo suficiente				
6	Siento que estoy creciendo y cambiando en una forma positiva				
7	Elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos				
8	Limito el uso de azúcares y alimentos que contienen azúcar				
9	Leo o veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud				
10	Hago ejercicios vigorosos por 20 o más minutos, por lo menos tres veces a la semana (caminar rápidamente, andar en bicicleta, baile aeróbico, usar la maquina escaladora)				
11	Tomo algún tiempo para relajarme todos los días				
12	Creo que mi vida tiene propósito				
13	Mantengo relaciones significativas y enriquecedoras				
14	Como de 6 a 11 porciones de pan, cereales, arroz, o pasta (fideos) todos los días				
15	Hago preguntas a los profesionales de la salud para poder entender sus instrucciones				
16	Tomo parte en actividades físicas livianas a moderadas (caminar continuamente de 30 a 40 minutos, 5 o más veces a la semana)				
17	Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar				
18	Miro adelante hacia el futuro				
19	Paso tiempo con amigos íntimos				
20	Como de 2 a 4 porciones de frutas todos los días				
21	Busco una segunda opinión, cuando pongo en duda las recomendaciones de mi proveedor de servicios de salud				

22	Tomó parte en actividades físicas de recreación (nadar, bailar, andar en bicicleta)				
23	Me concentro en pensamientos agradables a la hora de acostarme				
24	Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo(a)				
25	Se me hace fácil demostrar preocupación, amor y cariño a otros				

N°	ORACIONES ACERCA DEL ESTILO DE VIDA	N (1)	A (2)	F (3)	R (4)
26	Como de 3 a 5 porciones de vegetales todos los días				
27	Discuto mis cuestiones de salud con profesionales de la salud				
28	Hago ejercicios para estirar los músculos por lo menos 3 veces por semana				
29	Uso métodos específicos para controlar mi tensión/estrés				
30	Trabajo hacia metas de largo plazo en mi vida				
31	Toco y soy tocado(a) por las personas que me importan				
32	Como de 2 a 3 porciones de leche, yogurt o queso cada día				
33	Examino mi cuerpo por lo menos mensualmente, por cambios físicos o señales peligrosas				
34	Hago ejercicio durante actividades físicas usuales diariamente (caminar a la hora del almuerzo, utilizar escaleras en vez de elevadores, estacionar el carro lejos del lugar de destino y caminar)				
35	Mantengo un balance del tiempo entre el trabajo y pasatiempos				
36	Encuentro cada día interesante y retador (estimulante)				
37	Busco maneras de llenar mis necesidades de intimidad				
38	Como solamente de 2 a 3 porciones de carne, aves, pescado, frijoles, huevos y nueces todos los días				
39	Pido información a los profesionales de la salud sobre como tener buen cuidado de mi misma(o)				
40	Examino mi pulso cuando estoy haciendo ejercicios				
41	Practico relajación o meditación por 15-20 minutos diariamente				
42	Estoy consciente de lo que es importante para mí en la vida				
43	Busco apoyo de un grupo de personas que se preocupan por mí				
44	Leo las etiquetas nutritivas para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos empacados				
45	Asisto a programas educacionales sobre el cuidado de salud personal				
46	Alcanzo como objetivo mi pulso cardíaco, cuando hago ejercicio				
47	Mantengo un balance para prevenir el cansancio				
48	Me siento unido(a) con una fuerza más grande que yo				
49	Me pongo de acuerdo con otros por medio del diálogo y compromiso				
50	Tomo desayuno				
51	Busco orientación o consejo cuando es necesario				

I. AUTORIZACIÓN DEL CUESTIONARIO ESTILO DE VIDA II



COLLEGE OF NURSING
Community-Based Health Department

985330 Nebraska Medical Center
Omaha, NE 68198-5330
402/559-6382
Fax: 402/559-6379

Dear Colleague:

Thank you for your interest in the *Health-Promoting Lifestyle Profile II*. The original *Health-Promoting Lifestyle Profile* became available in 1987 and has been used extensively since that time. Based on our own experience and feedback from multiple users, it was revised to more accurately reflect current literature and practice and to achieve balance among the subscales. The *Health-Promoting Lifestyle Profile II* continues to measure health-promoting behavior, conceptualized as a multidimensional pattern of self-initiated actions and perceptions that serve to maintain or enhance the level of wellness, self-actualization and fulfillment of the individual. The 52-item summated behavior rating scale employs a 4-point response format to measure the frequency of self-reported health-promoting behaviors in the domains of health responsibility, physical activity, nutrition, spiritual growth, interpersonal relations and stress management. It is appropriate for use in research within the framework of the Health Promotion Model (Pender, 1987), as well as for a variety of other purposes.

The development and psychometric evaluation of the English and Spanish language versions of the original instrument have been reported in:

- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, *36*(2), 76-81.
- Walker, S. N., Volkan, K., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1988). Health-promoting lifestyles of older adults: Comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. *Advances in Nursing Science*, *11*(1), 76-90.
- Walker, S. N., Kerr, M. J., Pender, N. J., & Sechrist, K. R. (1990). A Spanish language version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *Nursing Research*, *39*(5), 268-273.

Copyright of all versions of the instrument is held by Susan Noble Walker, EdD, RN, FAAN, Karen R. Sechrist, PhD, RN, FAAN and Nola J. Pender, PhD, RN, FAAN. The original *Health-Promoting Lifestyle Profile* is no longer available. You have permission to download and use the HPLPII for non-commercial data collection purposes such as research or evaluation projects provided that content is not altered in any way and the copyright/permission statement at the end is retained. The instrument may be reproduced in the appendix of a thesis, dissertation or research grant proposal. Reproduction for any other purpose, including the publication of study results, is prohibited.

A copy of the instrument (English and Spanish versions), scoring instructions, an abstract of the psychometric findings, and a list of publications reporting research using all versions of the instrument are available for download.

Sincerely,

Susan Noble Walker, EdD, RN, FAAN
Professor Emeritus

J. EVALUACIÓN DEL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN, CHILE





COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO
FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

Concepción, Septiembre, 20 de 2017

Ref: Resolución N° 035-17

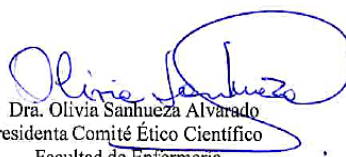
Sra.
Blanca Escobar Castellanos
Tesis Programa Doctorado en Enfermería
Facultad de Enfermería
Presente

De mi consideración,

junto con saludarle, la presente es para informarle que recibido su proyecto de tesis titulada “Sentido de coherencia, empoderamiento y auto eficacia percibida y su relación con estilo de vida promotor de salud en estudiantes universitarios del noroeste de México”, además del informe al respecto entregado, con las sugerencias acogidas por usted, la evaluación específica del protocolo de estudio así como de sus anexos, incluido el Consentimiento Informado, la conclusión del Comité Ético – Científico de la Facultad de Enfermería es: Aprobar las enmiendas realizadas, aprobando junto con ello la realización del proyecto.

Atte.,




Dra. Olivia Sanhueza Alvarado
Presidenta Comité Ético Científico
Facultad de Enfermería
Universidad de Concepción

cc: Dra. Patricia Jara Concha, Directora Programa Doctorado en Enfermería
Archivo Comité Ético Científico Facultad Enfermería, 2017.

Por el desarrollo libre del espíritu- Facultad de Enfermería UdeC- Fono (56-41) 2207065- mail: agayoso@udec.cl

K. AUTORIZACIÓN DE RECTORÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SONORA, MÉXICO



"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"

UNIVERSIDAD DE SONORA

Rectoría

Hermosillo, Sonora, a 28 de Agosto de 2017
Oficio No. SR/040/2017

MTC Blanca Escobar Castellanos
Departamento de Enfermería
Universidad de Sonora
P r e s e n t e .

En atención a su solicitud entregada a esta Rectoría el 14 de agosto del presente, me permito felicitarle por los avances académicos logrados en sus estudios de Doctorado en la Universidad de Concepción Chile y el interés manifiesto de realizar su tesis "Sentido de coherencia, empoderamiento y autoeficacia percibida y su relación con estilo de vida promotor de salud en estudiantes universitarios del noroeste de México", tomando como base una población del sector estudiantil de nuestra máxima casa de estudios.

Para apoyarle en sus actividades, estamos turnando su petición a las autoridades académico-administrativas de las unidades regionales centro y norte, para que, en la medida de sus posibilidades, consideren su planteamiento y le faciliten la implementación de los muestreos a realizarse en los campus respectivos de Hermosillo, Nogales y Cajeme.

En este sentido, le solicitamos se sirva ponerse en contacto con los vicerrectores de ambas unidades regionales para establecer, de común acuerdo, la forma de llevar a cabo su proyecto de tesis, sin menoscabo de las actividades académicas respectivas.

Deseándole el mayor de los éxitos, le saludo cordialmente y quedo de usted,

Atentamente
"El saber de mis hijos hará mi grandeza"

Dr. Francisco Javier Castillo Yáñez
Secretario de Rectoría



El saber de mis hijos
hará mi grandeza
RECTORÍA

C.c.p. Dr. Jesús Manuel Barrón Hoyos (Secretario de Unidad en funciones de Vicerrector de la Unidad Regional Centro)
C.c.p. M.C. Luis Enrique Riojas Duarte (Vicerrector Unidad Regional Norte)
C.c.p. Expediente y Minutario
FJCY/pysm

Edificio Principal Planta Alta, Rosales y Blvd. Luis Encinas Johnson, C.P. 83000 Hermosillo, Sonora, México.
Tel. (662)2592136, 2592137, Fax (662)2592135, e-mail: rectoria@quavmas.uson.mx, <http://www.uson.mx>

L. EVALUACIÓN DEL COMITÉ DE BIOÉTICA E INVESTIGACIÓN DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SONORA, MÉXICO



Universidad de Sonora
Departamento de Medicina y Ciencias de la Salud
Comité de Bioética en Investigación
 Reg. CONBIOETICA26CEI00420140214 Reg. COFEPRIS 113301538x0337
 HHS-IRB 0008695



DMCS/CBIDMCS/D-102

Hermosillo, Sonora a 17 de octubre de 2017

Dr. Norberto Sotelo Cruz
Jefe del Departamento de Medicina y Ciencias de la Salud
Universidad de Sonora

En respuesta a la solicitud de evaluación bioética del proyecto de investigación **“Sentido de coherencia, empoderamiento y autoeficacia percibida y su relación con estilo de vida promotor de salud en estudiantes universitarios del noroeste de México”**, de la Dra. Blanca Escobar Castellanos, profesora adscrita al Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora, el Comité de Bioética en Investigación del Departamento de Medicina y Ciencias de la Salud *emite el siguiente:*

DICTAMEN FAVORABLE

El Comité considera que el proyecto contiene elementos suficientes para que sea considerado como una **INVESTIGACIÓN DE RIESGO MÍNIMO** y que su ejecución se realice en los tiempos marcados por la investigadora responsable y su equipo de colaboradores. Solicitamos a la responsable que cualquier cambio al protocolo que tenga implicaciones éticas sea avisado a este Comité para que sea evaluado convenientemente.

Cordialmente

Por el Comité de Bioética en Investigación

Dr. Gerardo Álvarez Hernández
 Presidente



“El saber de mis hijos
 hará mi grandeza”
**DEPARTAMENTO DE
 MEDICINA Y CIENCIAS
 DE LA SALUD**
**COMITÉ DE BIOÉTICA
 EN INVESTIGACIÓN**

C.c.p. Comisión Institucional de Bioética e Investigación. Universidad de Sonora
 C.c.p. Departamento de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Sonora
 C.c.p. Expediente/Comité de Bioética en Investigación del Departamento de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Sonora

M. CONSENTIMIENTO INFORMADO



Universidad de Concepción
Dirección de Postgrado
Facultad de Enfermería - Programa de Doctorado en Enfermería

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO “FACTORES PERSONALES, SENTIDO DE COHERENCIA, EMPODERAMIENTO, AUTOEFICACIA Y SU RELACIÓN CON EL ESTILO DE VIDA PROMOTOR DE SALUD EN ADULTOS JÓVENES DEL NOROESTE DE MÉXICO”.

Estimado estudiante:

Usted ha sido invitado(a) a participar en el estudio **“Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento para la salud y autoeficacia percibida y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes universitarios del noroeste de México”**, investigación conducida por MC. Blanca Escobar Castellanos, estudiante del Doctorado en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, Concepción, Chile, con correo electrónico de contacto: blanca.escobar@unison.mx.

El objetivo es analizar la relación entre factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento para la salud y autoeficacia percibida con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

Su participación consistirá en:

- Leer detenidamente y responder en base a las declaraciones contenidas en la encuesta, la primera parte consta de datos sociodemográficos y aspectos biológicos y socioculturales, la siguiente sobre las prácticas del estilo de vida promotor de salud y por último los activos en salud.
- Las respuestas generadas en este estudio, no evalúan respuestas correctas o incorrectas, por lo tanto, cualquier respuesta emitida por usted es válida.
- El tiempo de respuesta es de 25 minutos aproximadamente.

Se le informa además que:

- Su participación es libre y voluntaria, no se sienta forzado u obligado si usted no desea participar.
- Se le garantiza que la información que usted proporciona será analizada exclusivamente para los propósitos de este estudio por el investigador, bajo absoluta confidencialidad y serán analizados anónimamente, protegiéndolos ante cualquier uso indebido.
- Usted es libre de realizar las consultas sobre dudas generadas con respecto a la encuesta, las cuales serán respondidas por el investigador principal.
- Puede retirarse en el momento que lo desee, sin ningún tipo de perjuicio hacia su persona, ni de alguna retribución económica por acudir a participar.
- La muestra obtenida será guardada por un periodo de 24 meses y posteriormente será destruida al finalizar el estudio.

- Su participación en este estudio no implica ningún riesgo perjudicial para su usted.
- Los resultados que se obtengan permitirán obtener un panorama general acerca de los comportamientos que pueden afectar o potencializar los activos en salud, con que cuentan los estudiantes universitarios con respecto al estilo de vida promotor de salud y establecer estrategias que favorezcan que las personas se conserven o adopten conductas saludables.
- Una vez terminado el estudio y si usted está interesado en los resultados, puedo informarle acerca de ellos, a través de correo electrónico. Además, los resultados que se obtengan podrán ser difundidos y/o publicados en una revista científica.
- Este estudio sigue las normas éticas de la investigación en Chile y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de México, se considera una investigación de riesgo mínimo al recolectar datos a través de una encuesta (procedimiento común) que servirán para establecer un diagnóstico en población de adultos jóvenes del sector universitario, por lo cual no existen eventos adversos que puedan afectar su salud y su entorno.
- Si usted desea obtener algún beneficio por su participación, se le proporcionará información escrita sobre promoción de la salud con énfasis en el estilo de vida promotor de salud, conductas protectoras y conductas saludables que benefician la salud del adulto joven, además a través del correo electrónico proporcionado puede recibir información sobre prevención y factores de riesgo que pueden afectar la salud de los estudiantes universitarios, para lo cual puede dirigirse con MC. Blanca Escobar Castellanos, responsable de la investigación.

Se agradece su disposición por contribuir a este estudio

Por todo lo anteriormente expuesto acepto participar en el estudio:

_____	_____	_____
Nombre del participante	Firma	Fecha
_____	_____	_____
Nombre del ministro de fe	Firma	Fecha
_____	_____	_____
Nombre del encuestador	Firma	Fecha

Investigador principal: C. Dr@. Blanca Escobar Castellanos
 Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción Chile
 Departamento de Enfermería, Universidad de Sonora, México
 Email: blanca.escobar@unison.mx

N. Tabla 33-A. Factores personales socio-culturales de los adultos jóvenes

según sexo. Sonora, México. 2018. (n=1029).

Variable		Mujeres	Hombres	Total
		F (%)	F (%)	F (%)
Horas de trabajo a la semana	< de 15	52 (9.5)	47 (9.7)	99 (25.2)
	16 a 20	32 (5.9)	33 (6.8)	65 (16.5)
	21 a 25	36 (6.6)	37 (7.6)	73 (18.6)
	26 a 30	13 (2.4)	18 (3.7)	31 (7.9)
	> de 30	62 (11.4)	63 (13.0)	125 (31.8)
	No trabaja	350 (64.2)	286 (59.1)	636 (61.8)
Tipo de servicio de salud	IMSS	283 (51.9)	240 (49.6)	523 (50.8)
	ISSSTE	31 (5.7)	34 (7.0)	65 (6.3)
	ISSSTESON	75 (13.8)	73 (15.1)	148 (14.4)
	PEMEX	1 (0.2)	0 (0.0)	1 (0.1)
	SEDENA	0 (0.0)	1 (0.2)	1 (0.1)
	Seguro Popular	45 (8.3)	35 (7.2)	80 (7.8)
	Seguro Privado	38 (7.0)	48 (9.9)	86 (8.4)
	No sabe	33 (6.1)	15 (3.1)	48 (4.7)
	Ninguno	39 (7.2)	38 (7.9)	77 (7.5)
Frecuencia con la cual acude a su servicio de salud	Al mes	27 (5.0)	12 (2.5)	39 (3.8)
	6 meses	135 (24.8)	118 (24.4)	253 (24.6)
	Cada año	161 (29.5)	116 (24.0)	277 (26.9)
	Nunca	222 (40.7)	238 (49.2)	460 (44.7)
Principales actividades que realiza para cuidar su salud	Tomar por lo menos 8 a 10 vasos con agua al día	No 197 (36.1) Si 348 (63.9)	158 (32.6) 326 (67.4)	355 (34.5) 674 (65.5)
	Comer 5 raciones de frutas y vegetales al día	No 371 (68.1) Si 174 (31.9)	333 (68.8) 151 (31.2)	704 (68.4) 325 (31.6)
	Dieta balanceada incluye alimentos de todo tipo	No 256 (47.0) Si 289 (53.0)	267 (55.2) 217 (44.8)	523 (50.8) 506 (49.2)
	Dormir al menos 8 horas diarias	No 313 (57.4) Si 232 (42.6)	285 (58.9) 199 (41.1)	598 (58.1) 431 (41.9)
	Sonreír a menudo	No 82 (15.0) Si 463 (85.0)	59 (12.2) 425 (87.8)	141 (13.7) 888 (86.3)
	Evitar el estrés durante el día	No 295 (54.1) Si 250 (45.9)	190 (39.3) 294 (60.7)	485 (47.1) 544 (52.9)
	Mostrar actitud positiva en actividades cotidianas	No 126 (23.1) Si 419 (76.9)	81 (16.7) 403 (83.3)	207 (20.1) 822 (79.9)
	Evitar vicios como fumar y beber alcohol	No 177 (32.5) Si 368 (67.5)	239 (49.4) 245 (50.6)	416 (40.4) 613 (59.6)
	Practicar sexo seguro	No 175 (32.1) Si 370 (67.9)	108 (22.3) 376 (77.7)	283 (27.5) 746 (72.5)
	Ninguna	No 543 (99.6) Si 2 (0.4)	479 (99.0) 5 (1.0)	1022 (99.3) 7 (0.7)

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

O. Tabla 33-B. Factores personales socio-culturales de los adultos jóvenes según sexo. Sonora, México. 2018. (n=1029).

Variable		Mujeres	Hombres	Total	
		F (%)	F (%)	F (%)	
Principal motivo para cuidarse a sí mismo	Mantener y/o recuperar la salud	195 (35.8)	169 (34.9)	364 (35.4)	
	Conservar y/o mantener buena apariencia personal	62 (11.4)	62 (12.8)	124 (12.1)	
	Sentirse bien	236 (43.3)	205 (42.4)	441 (42.9)	
	Forma parte del estilo de vida de padres/hermano (a)	8 (1.5)	5 (1.0)	13 (1.3)	
	Forma parte del estilo de vida de amigos o pareja	0 (0.0)	2 (0.4)	2 (0.2)	
	No tiene una razón específica	44 (8.1)	41 (8.5)	85 (8.3)	
Principal motivo para no cuidarse a sí mismo	No cree que algo malo le pueda pasar	91 (16.7)	92 (19.0)	183 (17.8)	
	Le da miedo descubrir que algo le pasa	64 (11.7)	44 (9.1)	108 (10.5)	
	No le interesa tener buena salud	6 (1.1)	18 (3.7)	24 (2.3)	
	Ha recibido críticas de personas cercanas por cuidarse a sí mismo	5 (0.9)	5 (1.0)	10 (1.0)	
	Le da pereza hacerlo	121 (22.2)	129 (26.7)	250 (24.3)	
	No le parece importante/necesario hacerlo	13 (2.4)	17 (3.5)	30 (2.9)	
	Ha visto que otras personas que se cuidan, también se enferman	8 (1.5)	11 (2.3)	19 (1.8)	
	No tiene una razón específica	237 (43.5)	168 (34.7)	405 (39.4)	
Frecuencia al realizar actividad física	A diario	138 (25.3)	150 (31.0)	288 (28.0)	
	3 días a la semana	164 (30.1)	162 (33.5)	326 (31.7)	
	Cada semana	70 (12.8)	62 (12.8)	132 (12.8)	
	Cada mes	15 (2.8)	17 (3.5)	32 (3.1)	
	Cada vez que se acuerda	108 (19.8)	61 (12.6)	169 (16.4)	
	Nunca	50 (9.2)	32 (6.6)	82 (8.0)	
Actividad física que realizaban	Caminar a ritmo moderado	No	198 (36.3)	172 (35.5)	370 (36.0)
		Si	347 (63.7)	312 (64.5)	659 (64.0)
	Correr a ritmo moderado	No	410 (75.2)	261 (53.9)	671 (65.2)
		Si	135 (24.8)	223 (46.1)	358 (34.8)
	Bailar	No	345 (63.3)	373 (77.1)	718 (69.8)
		Si	200 (36.7)	111 (22.9)	311 (30.2)
	Nadar	No	516 (94.7)	456 (94.2)	972 (94.5)
		Si	29 (5.3)	28 (5.8)	57 (5.5)
	Practicar yoga	No	505 (92.7)	475 (98.1)	980 (95.2)
		Si	40 (7.3)	9 (1.9)	49 (4.8)
	Otras	No	388 (71.2)	281 (58.1)	669 (65.0)
		Si	157 (28.8)	203 (41.9)	360 (35.0)
Ninguna	No	482 (88.4)	449 (92.8)	931 (90.5)	
	Si	63 (11.6)	35 (7.2)	98 (9.5)	

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

P. Tabla 33-C. Factores personales socio-culturales de los adultos jóvenes según sexo. Sonora, México. 2018. (n=1029).

Variable		Mujeres	Hombres	Total	
		F (%)	F (%)	F (%)	
Frecuencia al realizar ejercicio físico	A diario	90 (16.5)	104 (21.5)	194 (18.9)	
	3 días a la semana	148 (27.2)	169 (34.9)	317 (30.8)	
	Cada semana	60 (11.0)	63 (13.0)	123 (12.0)	
	Cada mes	25 (4.6)	25 (5.2)	50 (4.9)	
	Cada vez que se acuerda	130 (23.9)	68 (14.0)	198 (19.2)	
	Nunca	92 (16.9)	55 (11.4)	147 (14.3)	
Saltar la cuerda	No	456 (83.7)	421 (87.0)	877 (85.2)	
	Si	89 (16.3)	63 (13.0)	152 (14.8)	
Montar bicicleta	No	450 (82.6)	387 (80.0)	837 (81.3)	
	Si	95 (17.4)	97 (20.0)	192 (18.7)	
Ejercitar pecho, abdominales, brazos y piernas	No	292 (53.6)	219 (45.2)	511 (49.7)	
	Si	253 (46.4)	265 (54.8)	518 (50.3)	
Subir escalones o escaleras	No	275 (50.5)	249 (51.4)	524 (50.9)	
	Si	270 (49.5)	235 (48.6)	505 (49.1)	
Ejercicio físico que realizaban	Natación	No	526 (96.5)	458 (94.6)	964 (95.6)
		Si	19 (3.5)	26 (5.4)	45 (4.4)
Tenis	No	542 (99.4)	473 (97.7)	1015 (98.6)	
	Si	3 (0.6)	11 (2.3)	14 (1.4)	
Futbol	No	524 (96.1)	361 (74.6)	885 (86.0)	
	Si	21 (3.9)	123 (25.4)	144 (14.0)	
Gimnasia	No	528 (96.9)	466 (96.3)	994 (96.6)	
	Si	17 (3.1)	18 (3.7)	35 (3.4)	
Otras	No	425 (78.0)	359 (74.2)	784 (76.2)	
	Si	120 (22.0)	125 (25.8)	245 (23.8)	
Ninguno	No	441 (80.9)	421 (87.0)	862 (83.8)	
	Si	104 (19.1)	63 (13.0)	167 (16.2)	
Frecuencia al realizar actividades de descanso-ocio	A diario	227 (41.7)	225 (46.5)	452 (43.9)	
	3 días a la semana	125 (22.9)	125 (25.8)	250 (24.3)	
	Cada semana	130 (23.9)	82 (16.9)	212 (20.6)	
	Cada mes	13 (2.4)	9 (1.9)	22 (2.1)	
	Cada vez que se acuerda	28 (5.1)	27 (5.6)	55 (5.3)	
	Descansar /relajarse	No	50 (9.2)	46 (9.5)	96 (9.3)
	Si	495 (90.8)	438 (90.5)	933 (90.7)	
	Compartir tiempo o act. con familia/amigos/pareja	No	109 (20.0)	103 (21.3)	212 (20.6)
Si		436 (80.0)	381 (78.7)	817 (79.4)	
Entretenimiento cultural o artístico	No	163 (29.9)	175 (36.2)	338 (32.8)	
	Si	382 (70.1)	309 (63.8)	691 (67.2)	
Actividades de descanso/ocio que realizaban	Sociales	No	418 (76.7)	380 (78.5)	798 (77.6)
		Si	127 (23.3)	104 (21.5)	231 (22.4)
Ninguna	No	534 (98.0)	478 (98.8)	1012 (98.3)	
	Si	11 (2.0)	6 (1.2)	17 (1.7)	

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

**Q. Tabla 34-A. Consumo de tabaco en los adultos jóvenes según sexo.
Sonora, México. 2018. (n=1029).**

Variable		Mujeres	Hombres	Total
		F (%)	F (%)	F (%)
Principal razón por a que empezaron a consumir tabaco	En su familia alguien fumaba	17 (3.1)	20 (4.1)	37 (5.7)
	Compañeros/amigos fumaban	54 (9.9)	83 (17.1)	137 (21.0)
	Presión de grupo	8 (1.5)	15 (3.1)	23 (3.5)
	Curiosidad	184 (33.8)	173 (35.7)	357 (54.8)
	Tranquilizarse	21 (3.9)	27 (5.6)	48 (7.4)
	Sentirse o parecer adulto(a)	0 (0.0)	5 (1.0)	5 (0.8)
	No sabe/No recuerda	16 (2.9)	28 (5.8)	44 (6.8)
	Nunca ha fumado	245 (45.0)	133 (27.5)	378 (36.7)
Fuma tabaco actualmente	No	445 (81.7)	319 (65.9)	764 (74.2)
	Si	100 (18.3)	165 (34.1)	265 (25.8)
Última vez que consumió un cigarro de tabaco	Últimos 30 días	107 (19.6)	166 (34.3)	273 (26.5)
	> 1 pero < 6 meses	48 (8.8)	55 (11.4)	103 (10.0)
	> 6 meses, pero < 1 año	34 (6.2)	26 (5.4)	60 (5.8)
	> 1 año pero < 3 años	45 (8.3)	39 (8.1)	84 (8.2)
	> de 3 años	27 (5.09)	28 (5.8)	55 (5.3)
	No fuma actualmente	39 (7.2)	37 (7.6)	76 (7.4)
Ha intentado dejar de fumar	Nunca ha fumado	245 (45.0)	133 (27.5)	378 (36.7)
	No	46 (8.4)	51 (10.5)	97 (9.4)
Método para dejar de consumir tabaco	Si	78 (14.3)	145 (30.0)	223 (21.7)
	No fuma actualmente	176 (32.3)	155 (32.0)	331 (32.2)
	Nunca ha fumado	245 (45.0)	133 (27.5)	378 (36.7)
	Deja de fumar súbitamente	53 (9.7)	80 (16.5)	133 (12.9)
	Se sometió a tratamiento	0 (0.0)	1 (0.2)	1 (0.1)
	Disminuye gradualmente número de cigarros	21 (3.9)	42 (8.7)	63 (6.1)
	Deja de comprar cigarros	25 (4.6)	25 (5.2)	50 (4.9)
	Sustituye el fumar por otra actividad	10 (1.8)	12 (2.5)	22 (2.1)
	Presentó algún problema de salud	1 (0.2)	2 (0.4)	3 (0.3)
	No sabe	16 (2.9)	29 (6.0)	45 (4.4)
No fuma actualmente	174 (31.9)	160 (33.1)	334 (32.5)	
Nunca ha fumado	245 (45.0)	133 (27.5)	378 (36.7)	

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

R. Tabla 35-A. Consumo de bebidas que contenían alcohol en los adultos jóvenes según sexo. Sonora, México. 2018. (n=1029).

Variable		Mujeres	Hombres	Total	
		F (%)	F (%)	F (%)	
Por qué razón nunca había consumido bebidas que contenían alcohol	Por religión	6 (1.1)	2 (0.4)	8 (0.8)	
	Temor a tener problemas con el alcohol	6 (1.1)	13 (2.7)	19 (1.8)	
	No se acostumbra en casa	10 (1.8)	2 (0.4)	12 (1.2)	
	No existen ocasiones donde quiera beber	26 (4.8)	14 (2.9)	40 (3.9)	
	Las responsabilidades lo necesitan sobrio	7 (1.3)	7 (1.4)	14 (1.4)	
	No le educaron para tomar alcohol	21 (3.9)	9 (1.9)	30 (2.9)	
	La salud es mala / toma medicinas	1 (0.2)	2 (0.4)	3 (0.3)	
	Es muy caro	3 (0.6)	5 (1.0)	8 (0.8)	
	El alcohol tiene un efecto malo en sus actividades	5 (0.9)	4 (0.8)	9 (0.9)	
	No tiene una razón	63 (11.6)	37 (7.6)	100 (9.7)	
	Embarazada / intenta embarazarse	1 (0.2)	0 (0.0)	1 (0.1)	
	No es de su interés	17 (3.1)	7 (1.4)	24 (2.3)	
	Consume alcohol actualmente	379 (69.5)	382 (78.9)	761 (74.0)	
	Edad que tenía la última vez que consumió una bebida que contenía alcohol	< de 20 años	128 (23.5)	106 (21.9)	234 (22.7)
		20 o más años	351 (64.4)	346 (71.5)	697 (67.7)
No consume actualmente		20 (3.7)	7 (1.4)	27 (2.6)	
Nunca ha tomado		46 (8.4)	25 (5.2)	71 (6.9)	
Número de copas/botes, que ha tomado en cada ocasión que consumía bebidas que contenían alcohol	Media / DE	4.0 (3.8)	7.4 (5.9)	5.6 (5.2)	
	Vino de mesa	No 299 (54.9) Si 246 (45.1)	265 (54.8) 219 (45.2)	564 (54.8) 465 (45.2)	
Cerveza	No	195 (35.8)	74 (15.3)	269 (26.1)	
	Si	350 (64.2)	410 (84.7)	760 (73.9)	
Bebidas que consumieron por lo menos una copa en el último semestre	Brandy, tequila, ron, whisky, coñac, vodka	No 191 (35.0) Si 354 (65.0)	138 (28.5) 346 (71.5)	329 (32.0) 700 (68.0)	
	Bebidas preparadas	No 256 (47.0) Si 289 (53.0)	294 (60.7) 190 (39.3)	550 (53.4) 479 (46.6)	
Pulque y otros fermentados	No	521 (95.6)	438 (90.5)	959 (93.2)	
	Si	24 (4.4)	46 (9.5)	70 (6.8)	
Alcohol puro, aguardiente	No	524 (96.1)	439 (90.7)	963 (93.6)	
	Si	21 (3.9)	45 (9.3)	66 (6.4)	
Ninguna	No	467 (85.7)	436 (90.1)	903 (87.8)	
	Si	78 (14.3)	48 (9.9)	126 (12.2)	
Consumo de bebida energética combinada con bebidas que contenían alcohol	No	411 (75.4)	337 (69.6)	748 (72.7)	
	Si	134 (24.6)	147 (30.4)	281 (27.3)	

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

**S. Tabla 36-A. Consumo de drogas de los adultos jóvenes según sexo.
Sonora, México. 2018. (n=1029).**

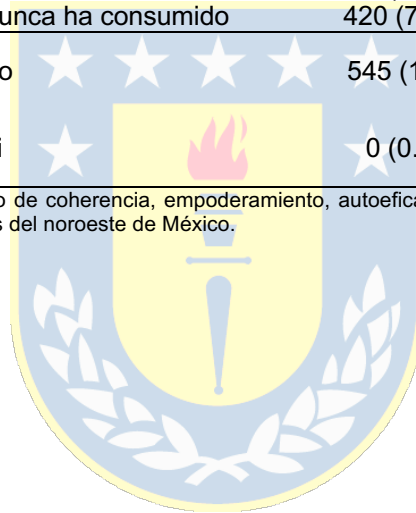
Variable		Mujeres	Hombres	Total	
		F (%)	F (%)	F (%)	
Cantidad de drogas que consumían	0	476 (87.3)	339 (70.0)	815 (79.2)	
	1	63 (11.6)	116 (24.0)	179 (17.4)	
	2	0 (0.0)	18 (3.7)	18 (1.7)	
	3	3 (0.6)	1 (0.2)	4 (0.4)	
	4	0 (0.0)	1 (0.2)	1 (0.1)	
	No contesta	3 (0.6)	9 (1.9)	12 (1.2)	
Tipo de drogas que consumían	Marihuana	No	481 (88.3)	353 (72.9)	834 (81.0)
		Si	64 (11.7)	131 (27.1)	195 (19.0)
	Heroína	No	544 (99.8)	484 (100)	1028 (99.9)
		Si	1 (0.2)	0 (0.0)	1 (0.1)
	Cocaína	No	544 (99.8)	471 (97.3)	1015 (98.6)
		Si	1 (0.2)	13 (2.7)	14 (1.4)
	Inhalables	No	545 (100)	484 (100)	1029 (100)
		Si	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	Crack/piedra	No	545 (100)	483 (99.8)	1028 (99.9)
		Si	0 (0.0)	1 (0.2)	1 (0.1)
	Alucinógenos	No	542 (99.4)	477 (98.6)	1019 (99.0)
		Si	3 (0.6)	7 (1.4)	10 (1.0)
	Estimulantes tipo anfetaminas	No	544 (99.8)	481 (99.4)	1025 (99.6)
		Si	1 (0.2)	3 (0.6)	4 (0.4)
	Sedantes o barbitúricos	No	545 (100)	483 (99.8)	1028 (99.9)
		Si	0 (0.0)	1 (0.2)	1 (0.1)
	Tranquilizantes	No	543 (99.6)	481 (99.4)	1024 (99.5)
		Si	2 (0.4)	3 (0.6)	5 (0.5)
	Opiáceos	No	545 (100)	484 (100)	1029 (100)
		Si	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	Ninguna	No	69 (12.7)	145 (30.0)	214 (20.8)
		Si	476 (87.3)	339 (70.0)	815 (79.2)
	No contesta	No	542 (99.4)	475 (98.1)	1017 (98.8)
		Si	3 (0.6)	9 (1.9)	12 (1.2)
Última vez que consumió algún tipo de droga	Todos los días	4 (0.7)	10 (2.1)	14 (1.4)	
	Algunos días/semana	2 (0.4)	19 (3.9)	21 (2.0)	
	Mensualmente	3 (0.6)	11 (2.3)	14 (1.4)	
	Ocasionalmente	20 (3.7)	37 (7.6)	57 (5.5)	
	Al menos una vez/año	23 (4.2)	44 (9.1)	67 (6.5)	
	No sabe	22 (4.0)	25 (5.2)	47 (4.6)	
	No consume actualmente	51 (9.4)	78 (16.1)	129 (12.5)	
	Nunca ha consumido	420 (77.1)	260 (53.7)	680 (66.1)	

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

**T. Tabla 36-B. Consumo de drogas de los adultos jóvenes según sexo.
Sonora, México. 2018. (n=1029).**

Variable		Mujeres	Hombres	Total
		F (%)	F (%)	F (%)
Principal razón por la que empezó a consumir drogas	Situación familiar	0 (0.0)	2 (0.4)	2 (0.2)
	Compañeros/amigos de clase/ trabajo	17 (3.1)	25 (5.2)	42 (4.1)
	Presión de grupo	5 (0.9)	3 (0.6)	8 (0.8)
	Curiosidad	84 (15.4)	146 (30.2)	230 (22.4)
	Tranquilizarse	7 (1.3)	20 (4.1)	27 (2.6)
	No sabe/No recuerda	6 (1.1)	11 (2.3)	17 (1.7)
	Otra	6 (1.1)	17 (3.5)	23 (2.2)
	Nunca ha consumido	420 (77.1)	260 (53.7)	680 (66.1)
Alguna vez se ha inyectado drogas con una aguja o jeringa que alguien más había utilizado antes que usted	No	545 (100)	481 (99.4)	1026 (99.7)
	Si	0 (0.0)	3 (0.6)	3 (0.3)

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.



U. Tabla 38-A. Reacción hacia la violencia de los adultos jóvenes según sexo. Sonora, México. 2018. (n=1029).

Variable		Mujer	Hombre	Total
		F (%)	F (%)	F (%)
Principal reacción ante una situación difícil o problemática en la escuela/casa/trabajo	Aceptar/ajustarse a aquellas situaciones que considera que no puede cambiar	57 (10.5)	34 (7.0)	91 (8.8)
	Buscar ayuda/apoyo por parte de otras personas	77 (14.1)	30 (6.2)	107 (10.4)
	Evaluar si puede hacer algo para cambiarla	125 (22.9)	103 (21.3)	228 (22.2)
	Intentar comprender en que consiste, antes de buscar una solución	116 (21.3)	167 (34.5)	283 (27.5)
	Intentar resolverla si tiene solución para que no interfiera en su rutina	170 (31.2)	150 (31.0)	320 (31.1)
Quién era la persona que ejercía violencia en su persona	Algún amigo cercano	11 (2.0)	12 (2.5)	23 (2.2)
	Algún compañero de clase/ trabajo	8 (1.5)	14 (2.9)	22 (2.1)
	Algún familiar directo	1 (0.2)	2 (0.4)	3 (0.3)
	Algún profesor/jefe	4 (0.7)	4 (0.8)	8 (0.8)
	Algún hermano	7 (1.3)	2 (0.4)	9 (0.9)
	Alguno de sus padres	30 (5.5)	10 (2.1)	40 (3.9)
	Su pareja	21 (3.9)	7 (1.4)	28 (2.7)
	Otros	10 (1.8)	15 (3.1)	25 (2.4)
	Nadie	453 (83.1)	418 (86.4)	871 (84.6)
Alguna vez ha buscado o buscaría apoyo en caso de ser violentado (a)	No	141 (25.9)	179 (37.0)	320 (31.1)
	Si	404 (74.1)	305 (63.0)	709 (68.9)
A quien solicitaría apoyo en caso de enfrentar alguna situación difícil o problemática en su vida	Alguno de sus padres	294 (53.9)	232 (47.9)	526 (51.1)
	Algún hermano (a)	32 (5.9)	22 (4.5)	54 (5.2)
	Familiar directo	13 (2.4)	13 (2.7)	26 (2.5)
	Amigo cercano	61 (11.2)	78 (16.1)	139 (13.5)
	Compañero de clase/trabajo	3 (0.6)	4 (0.8)	7 (0.7)
	Algún profesor/jefe	4 (0.7)	8 (1.7)	12 (1.2)
	Su pareja	31 (5.7)	16 (3.3)	47 (4.6)
Profesionales	79 (14.5)	58 (12.0)	137 (13.3)	
	A nadie	28 (5.1)	53 (11.0)	81 (7.9)

Fuente: Factores personales, sentido de coherencia, empoderamiento, autoeficacia y su relación con el estilo de vida promotor de salud en adultos jóvenes del noroeste de México.

V. PLANIFICACIÓN DEL TRABAJO

PLAN DE TRABAJO 2016

ACTIVIDADES	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENE
Reestructuración del anteproyecto de tesis	**	**				
Revisión de bibliografía científica	**	**	**	**		
Elaboración de proyecto de tesis		**	**	**		
Revisión y Mejoramiento del proyecto con profesor guía		**	**	**	**	
Presentación del proyecto a Comité de expertos para revisión					**	**
Preparación de artículo científico para publicación						**

PLAN DE TRABAJO 2017

ACTIVIDADES	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL
Preparación y defensa de proyecto de investigación		**	**	**		
Elaboración de plataforma para recolección de datos				**	**	**
Presentación del proyecto al Comité de Ética de Facultad de Enfermería Universidad de Concepción Chile.					**	
Preparación de artículo científico para publicación				**	**	**

PLAN DE TRABAJO 2017

ACTIVIDADES	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENE
Gestionar autorización del proyecto en sedes universitarias seleccionadas en Sonora, México	**					
Aplicación de prueba piloto		**				
Presentación del proyecto a Comités de Ética de las sedes universitarias en Sonora, México		**				
Procesamiento de resultados de prueba piloto		**	**			
Recolección de datos por sede universitaria			**	**	**	**
Gestión de estancia de investigación				**		

PLAN DE TRABAJO 2018

ACTIVIDADES	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL
Recolección de datos por sede universitaria	*	*				
Procesamiento y análisis de datos			*	*		
Estancia de investigación				*	*	*
Elaboración y publicación de artículo de investigación					*	*
Redacción de resultados de investigación						*

PLAN DE TRABAJO 2018

ACTIVIDADES	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENE
Redacción de resultados de investigación	*	*	*	*		
Redacción de discusión de investigación	*	*		*	*	*
Elaboración de artículo de investigación				*		

PLAN DE TRABAJO 2019

ACTIVIDADES	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL
Redacción de discusión de la investigación	*	*	*			
Revisión de la tesis			*			
Finalización de tesis				*		
Preparación de defensa de tesis y examen de grado					*	
Defensa de tesis y examen de grado						*
Publicación y difusión de resultados de la investigación						*