



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Dirección Académica de Posgrados en Salud
Coordinación Académica de Posgrados en Enfermería
Maestría en Ciencias de la Enfermería

Tesis
***“Conductas Promotoras de Salud en Estudiantes de
la Facultad de Educación”***

Presenta
Ma. Isabel Pérez Muñoz

Para Obtener el Grado de
Maestra en Ciencias de la Enfermería

Abril 2015



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyla**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Dirección Académica de Posgrados en Salud
Coordinación Académica de Posgrados en Enfermería
Maestría en Ciencias de la Enfermería

Tesis
***“Conductas Promotoras de Salud en Estudiantes de
la Facultad de Educación”***

Presenta
Ma. Isabel Pérez Muñoz

Director
Mtro. Noé Xicali Morales

Para Obtener el Grado de
Maestra en Ciencias de la Enfermería

Abril 2015

Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional

Mtra. Florentina Salazar Mendoza
Coordinadora

Mtro. Noé Xicali Morales
Secretario

Mtro. José Alfredo Romero Soriano
Vocal

Mtro. Noé Xicali Morales
Director

Dr. Rodolfo Emmanuel Albrecht Junghanns
Decano de Ciencias de la Salud

Mtra. Florentina Salazar Mendoza
Coordinadora Académica de Posgrados en
Enfermería

Agradecimientos

Que a través de estas líneas pueda expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo, en especial a Dios por ser verdadera fuente de amor y sabiduría, ser mi guía y fortaleza en los momentos de debilidad y darme la oportunidad y el tiempo para lograr una meta más en mi vida.

A mis maestros y asesores de tesis, por compartir sus conocimientos y darme la oportunidad de crecer profesionalmente y aprender cosas nuevas.

Un agradecimiento muy especial a mi esposo e hijos por ser la fuerza y motivación para poder lograr este proyecto.

A mis padres por ser un gran ejemplo de lucha constante de superación.

Por la comprensión, cariño, paciencia y el ánimo recibidos de mi familia y amigos. A todos ellos, muchas gracias.

A mis compañeros de la maestría, por su gran apoyo incondicional y porque a lo largo de este trabajo aprendí que nuestras diferencias se convierten en riqueza cuando existe respeto y verdadera amistad.

A todos ustedes mi mayor agradecimiento y gratitud.

Isabel

Candidata para obtener el grado
de Maestra en Ciencias de la
Enfermería

MA. Isabel Pérez Muñoz

Fecha de Graduación

Abril 2015

Universidad Popular Autónoma del Estado de
Puebla. Dirección Académica de Posgrados en
Salud. Coordinación Académica de Posgrados en
Enfermería.

Título del Estudio

“Conductas Promotoras de Salud en estudiantes
de la Facultad de Educación”

Número de páginas

77

Introducción: Las variables que se abordan en este estudio están consideradas dentro del Modelo de Promoción de Salud; en donde la finalidad fue conocer la Predicción de los Factores Personales Biológicos (edad, peso, talla e IMC); Psicológicos (sentido de Vida) y Socioculturales (estado civil, procedencia, semestre), Autoeficacia Percibida sobre la Conducta Promotora de Salud. **Metodología:** Se desarrolló una investigación de enfoque cuantitativo, de diseño transversal de alcance descriptivo y correlacional (Polit & Hungler, 2006). El tipo de muestreo fue no aleatorio por conveniencia. El nivel de significancia se calculó con un $\alpha=0.05$ y un poder de 95%. Los datos se obtuvieron con la aplicación de una cédula de factores personales y tres instrumentos, de los cuales se obtuvo el nivel de fiabilidad a través de Alpha de Cronbach. Los datos se analizaron mediante estadísticos descriptivos e inferenciales. **Resultados:** Se predijo que los Factores Personales Biológicos no predicen a la autoeficacia solo los Psicológicos (Sentido de vida) predicen conductas para la Autoeficacia Percibida ($F_{cal_{5/79}}=3.85$; $p=.004$); por lo que a mayor sentido de vida mayor autoeficacia; así mismo el Sentido de vida predice la Conducta Promotora de Salud ($F_{cal_{5/79}}=6.836$; $p=.000$) de los alumnos de Educación; la Autoeficacia Percibida, predice a la Conducta Promotora de Salud ($F_{cal_{5/79}}=16.225$; $p=.000$) de los Universitarios de la Facultad de Educación en donde a mayor autoeficacia mejores Conductas de Promoción de Salud ($F_{cal_{1/83}}=26.574$; $p=.000$). **Discusión:** La conducta promotora de salud tiene sus bases en el hogar y sociedad por lo que como parte del equipo de salud e inmersas en la sociedad nos corresponden fundamentarlas e impulsarlas; en lo referente a los resultados de esta investigación nos permitirá desarrollar intervenciones de enfermería con el objetivo de fomentar niveles de salud óptimos y bienestar a los estudiantes universitarios de la Facultad de Educación.

Firma de la Director de Tesis: _____

Índice

Capítulo I

1. Introducción 9
 - 1.1 Planteamiento del problema 9
 - 1.2 Justificación 13
 - 1.3 Marco teórico del estudio 15
 - 1.3.1 Modelo de la promoción de la salud (MPS) 20
 - 1.3.2 Ubicación del problema de Investigación 20
 - 1.3.3 Estructura conceptual teórica-empírica 21
 - 1.4 Definición de las variables 22
 - 1.4.1 Definición conceptual 22
 - 1.4.1.1 Factores personales biológicos 22
 - 1.4.1.2 Factores personales psicológicos 23
 - 1.4.1.3 Factores personales socioculturales 23
 - 1.4.1.4 Autoeficacia Percibida 24
 - 1.4.1.5 Conducta Promotora de Salud 24
 - 1.4.2 Definición operacional 24
 - 1.4.2.1 Factores personales biológicos 24
 - 1.4.2.2 Factores personales psicológicos 24
 - 1.4.2.3 Factores personales socioculturales 25
 - 1.4.2.4 Autoeficacia percibida 25
 - 1.4.2.5 Conducta promotora de salud 25
 - 1.5 Revisión bibliográfica 26
 - 1.5.1 Estudios previos 26
 - 1.6 Hipótesis 40

Capítulo II

2. Metodología 41
 - 2.1 Diseño del estudio 41
 - 2.2 Población del estudio 41
 - 2.3 Muestra y muestreo 41
 - 2.4 Criterios de selección 42
 - 2.4.1 Criterios de inclusión 42
 - 2.4.2 Criterios de exclusión 42
 - 2.4.3 Criterios de eliminación 42
 - 2.5 Instrumentos de medición 42
 - 2.5.1 Cédula de factores personales 42
 - 2.5.2 Escala dimensional del sentido de vida 42
 - 2.5.3 Escala general de autoeficacia percibida 43
 - 2.5.4 Perfil de estilo de vida promotor de la salud II 44
 - 2.6 Procedimiento 44
 - 2.7 Plan de análisis de los datos de investigación 45
 - 2.7.1 Confiabilidad de los instrumentos de medición 46
 - 2.7.2 Análisis estadístico descriptivo 46
 - 2.7.3 Análisis estadístico inferencial 46
 - 2.8 Consideraciones éticas 47

Capítulo III

- 3. Resultados 49
 - 3.1 Consistencia interna de los instrumentos 50
 - 3.2 Descripción de las variables de estudio 51
 - 3.3 Estadísticas descriptivas y prueba de Kolmogorov-Smirnov 57
 - 3.4 Matriz de correlación de Pearson 58
 - 3.5 Prueba de hipótesis 59
 - 3.5.1 Hipótesis 1 59
 - 3.5.2 Hipótesis 2 61
 - 3.5.3 Hipótesis 3 62

Capítulo IV

- 4. Discusión 63
 - 4.1 Conclusiones 65
 - 4.2 Recomendaciones 65

Referencias 66

Anexos 70

Lista de figuras

- 1. Modelo de Promoción de la Salud 2011 20
- 2. Ubicación del Problema de Investigación en el MPS 21
- 3. Estructura Conceptual Empírica 22

Lista de tablas

- 1. Consistencia Interna de los Instrumentos 50
- 2. Factores Personales Biológicos (sexo) 51
- 3. Factores Personales Biológicos (edad, peso, talla e IMC) 51
- 4. Clasificación del Índice de Masa Corporal 52
- 5. Factores Personales Socioculturales (Estado Civil, Semestre y Procedencia) 53
- 6. Escala Dimensional del Sentido de Vida 54
- 7. Escala de Autoeficacia General 54
- 8. Escala del Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud de los estudiantes de educación 55
- 9. Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud-II, subescala de Responsabilidad en Salud 55
- 10. Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud-II, subescala de Actividad Física 55
- 11. Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud-II, subescala de Nutrición. 56
- 12. Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud-II subescala en Crecimiento Espiritual 56
- 13. Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud Subescala Relaciones Interpersonales 56

14. Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud Subescala Afrontamiento del Estrés	57
15. Estadística descriptiva y prueba de Kolmogorov-Smirnov	57
16. Correlación de Pearson	58
17. Regresión Lineal Múltiple del Efecto de los Factores Personales Biológicos y psicológicos sobre la Autoeficacia Percibida	60
18. Modelo 1 Efecto de los Factores Personales Biológicos y Psicológicos sobre la Autoeficacia Percibida	60
19. Regresión Lineal Múltiple del Efecto del Sentido de vida sobre la Conducta Promotora de Salud	61
20. Modelo 1 Efecto del Efecto del Sentido de Vida sobre la Conducta Promotor de la Salud	61
21. Regresión Lineal Múltiple del Efecto de la Autoeficacia Percibida sobre la Conducta Promotora de Salud	62
22. Modelo 1 Efecto de la Autoeficacia Percibida sobre la Conducta Promotora de Salud	62

Apéndice

Apéndice A	Cedula de factores personales	70
Apéndice B	Escala dimensional del sentido de vida	71
Apéndice C	Escala de autoeficacia general	72
Apéndice D	Perfil de estilo de vida promotor de salud	73
Apéndice E	Consentimiento informado	75
Apéndice F	Solicitud para aplicación de instrumentos	77

Capítulo 1

1. Introducción

1.1 Planteamiento del Problema

Las Naciones Unidas reconocen que el disfrute del mayor grado posible de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin discriminación alguna. La promoción de la salud se basa en este derecho humano fundamental y plantea un concepto positivo e incluyente de la salud como factor determinante de la calidad de vida, que abarca el bienestar mental y espiritual de todo ser humano. Por lo que la promoción de la salud consiste en capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y mejorar así ésta, así como modificar el ambiente y entorno bajo en el que la gente vive para poder facilitar el manejo de los determinantes de la salud propios de cada persona, (Carta de Bangkok, 2005, p 1).

En la 1era. Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en Canadá en 1986, se emitió la ‘Carta de Ottawa’ (carta de OTTAWA, 2001, p, 19-22), estableciendo que la promoción de la salud es el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y para que la mejoren; por lo que México se une a esta propuesta e instituye que la promoción de la salud y la prevención de enfermedades constituyen el eje fundamental de la salud pública, por ello, son componentes esenciales del modelo de atención a la salud en México, el cual busca atender, no a la enfermedad directamente, sino a los determinantes sociales de la salud, (Alimentación y Actividad Física, 2013-2018,p,9)

En México la Educación para la salud, es parte esencial de la promoción a la salud, proporciona la información y las herramientas necesarias para mejorar los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para la vida. Al hacerlo genera opciones para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el ambiente y para que

utilice adecuadamente los servicios de salud. Además ayuda a que las personas se preparen para las diferentes etapas de la vida y afronten con más recursos las enfermedades, las lesiones y sus secuelas, (Promoción de la Salud y Determinantes Sociales, 2013-2018, p, 15). Así mismo en México se hace valer lo dispuesto en los artículos 4° que establece el derecho que tienen las personas a la protección de la salud y el artículo 115 en el que se establecen las atribuciones de los gobiernos municipales, de las cuales derivan su contribución, obligación y compromiso con la salud de su población comprendidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Por lo que en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y el Programa Sectorial de Salud, erige que la sociedad debe “hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud”,(Entornos y comunidades saludables, 2013-2018, p,23); en cualquier etapa de la vida , haciendo énfasis que la adolescencia y juventud es un periodo crítico para adoptar comportamientos saludables y un estilo de vida que promueva a la salud, la cual es definida como la actualización de potencial humana inherente y adquirida por medio de comportamientos orientados a metas, (Raile, Marriner ,20011, p, 435-471); es en esta fase de desarrollo físico, cognitivo, emocional, y social es donde se fincan las bases de salud para un retiro y vejez sana y productiva en lugar, de un lleno de incomodidad, discapacidad, y una calidad de vida comprometida.

La Organización de Naciones Unidas (Organización de las Naciones Unidas[ONU] 2010, p, 16) , plantea que algunas partes del mundo, el estado de salud de los jóvenes es deficiente como resultado de condiciones sociales, entre las que figuran factores tales como las actitudes y las prácticas tradicionales nocivas y, en algunos casos, sus propias acciones; la mala salud se debe muchas veces a la falta de un medio saludable y de sistemas

de apoyo para promover conductas saludables en la vida diaria, a la falta de información y a servicios de salud insuficientes o inadecuados.

Los problemas son, entre otros, la falta de un medio seguro e higiénico, la malnutrición, el riesgo de contraer enfermedades parasitarias y enfermedades transmitidas por el agua, el creciente consumo de tabaco, alcohol y drogas, los riesgos innecesarios y la actividad destructiva, que resulta en lesiones no intencionales. En consecuencia establece que en la adolescencia y la juventud se dan una serie de decisiones y eventos que afectan las condiciones de vida y marcan, de manera profunda, las trayectorias futuras y las posibilidades de bienestar e integración social de las personas, (Fondo de población de las Naciones Unidas, 2014,p,1).

La Organización Panamericana de la Salud (Organización Panamericana de la Salud [OPS] 2014, p, 7), señala cada año mueren más de 2.6 millones de jóvenes de 10 a 24 años por causas prevenibles; por ello las intervenciones básicas deben estar orientadas a evitar las muertes prematuras y las enfermedades crónico-degenerativas en la edad adulta.

De acuerdo a las estadísticas del 2014 en México (Consejo Nacional de la Población [CONAPO] proyecciones 2010-2050, p, 2), residen 31.4 millones de jóvenes de 15 a 29 años, monto que representa 26.3% de la población total. Durante 2012, 32.7% de la población de 15 a 29 años no está afiliada o inscrita a servicios médicos y fallecieron aproximadamente 36 mil jóvenes, lo que en términos porcentuales representa 6.1% de las defunciones totales. La sobremortalidad masculina es una característica de las defunciones en este segmento de la población. A nivel nacional fallecen 323 hombres por cada 100 mujeres de 15 a 29 años. Las tres principales causas de muerte en los varones son provocadas por agresiones (32.2%), accidentes de transporte (17.1%) y por lesiones

autoinfligidas intencionalmente (6.6%), todas ellas catalogadas como violentas y que en conjunto representan 55.9% de las defunciones totales de este grupo de población.

En la población femenina se mantiene una estructura similar a la de los varones, fallecen principalmente por agresiones (11.9%), accidentes de transporte (11.4%) y lesiones autoinfligidas intencionalmente (5.8%), aunque su nivel es menor ya que en conjunto apenas superan la cuarta parte de sus defunciones totales (29.1 por ciento). Tanto en hombres como en mujeres estas tres causas de muerte se presentan en los distintos grupos de edad, excepto en las mujeres de 20 a 24 años donde la principal causa de defunción son los accidentes de transporte (12.6%), por arriba de las agresiones (11.7%) y en las que tienen de 25 a 29 años la diabetes mellitus (4.3%) se encuentra dentro de las tres primeras causas de muerte de este grupo de edad.

En relación a lo expuesto anteriormente el presente trabajo de investigación tubo la finalidad de identificar los principales factores y acciones conductuales que afectan a la calidad de vida del estudiante Universitario de la Facultad de Educación, por medio del Modelo de Promoción de la Salud de Nola J.Peder, analizando las variables factores personales que incluye: factores biológicos (edad, sexo, talla, e IMC), factores socioculturales (procedencia y estado civil) y factores psicológicos (sentido de vida), autoeficacia percibida y la conducta promotora de salud ; bajo esta perspectiva teórica el presente estudio se desarrolló a través del método científico, abordando sus etapas de forma ordenada y disciplinada, aplicando el razonamiento deductivo, por medio de un estudio cuantitativo.

El modelo promotor de salud de Pender (MPS), refiere que los estudiantes pueden comprometerse e involucrarse en conductas promotoras de salud (CPS) de las cuales ellos anticipen beneficios personales, además el modelo constituye una base para estudiar el

modo en que los individuos toman decisiones con respecto al cuidado de su salud, se perciban competentes o autoeficaces y con conocimientos previos para ejecutarlas, ((Raile Marriner, 20011, p, 435-471).

Una de las metas de enfermería como profesión es promover la salud de grupos específicos de la población, entre ellos el de adolescentes, que por su etapa formativa y de desarrollo pueden presentar diferencias significativas en la morbilidad y mortalidad de problemas de salud en las etapas de adultez y vejez (Raile, Marriner, 20011, p, 435-471).

Por lo que las instituciones educativas y gubernamentales suman esfuerzos para lograr que la población universitaria modifique sus actitudes y hábitos inadecuados de salud y adopten estilos de vida saludables a través de la educación para la salud y promoción de la salud; ya que es preocupante la morbilidad y la mortalidad, que se presenta en los grupos de edad de pregrado y posgrado, pero más aún el impacto de los años de vida potencial perdidos, al morir en edades tempranas, y los años vividos con alguna discapacidad, en aquellos que desarrollan enfermedades y trastornos que los acompañan buena parte de su vida.

A través de la información antes referida se formula la siguiente pregunta de investigación.

¿Los Factores Personales Biológicos, Psicológicos, Socioculturales y la Autoeficacia Percibida predicen las conductas Promotoras de Salud, en los estudiantes de la Facultad de Educación?

1.2 Justificación

La juventud es una etapa llena de experiencias, algunas de las cuales pueden ser de riesgo, para su salud como lo es el uso de sustancias tanto legales como ilegales, que en

ocasiones responde a la búsqueda de aceptación o a la presión por parte de sus pares. En 2012, en Puebla residían 1.6 millones de jóvenes de 15 a 29 años, monto que representa 27.1% de la población total de los cuales solo el 17.4 asiste a la escuela. En el 2011 fallecieron en Puebla 1 532 jóvenes, lo que en términos porcentuales representa 4.9% de las defunciones totales. Las tres principales causas de muerte en los varones jóvenes son provocadas por accidentes de transporte (19.3%), agresiones (10.3%) y por lesiones autoinfligidas intencionalmente (9.5%), todas ellas catalogadas como violentas y que en conjunto representan 39.1% de las defunciones totales de este grupo de población. La población femenina, fallecen por accidentes de transporte (12.8%), lesiones autoinfligidas intencionalmente (7.9%) y por diabetes mellitus (4.5%), aunque su nivel es menor ya que en conjunto representan la cuarta parte de sus defunciones totales (25.3 %) (CONAPO proyecciones 2010-2050).

La esperanza de vida en la actualidad es en promedio alrededor de 74 .3 años, el sector salud tiene como prioridad contribuir con estrategias para que los universitarios logren, larga vida saludable, mediante el control de factores de riesgo, e impulsando factores protectores a través de la educación, prevención y promoción para la salud, favoreciendo la autoestima, propiciando el uso apropiado del tiempo libre, creando y fortaleciendo redes de apoyo, poniendo a disposición recursos e insumos para la salud, entre otras acciones, y así logrando abatir una importante proporción de enfermedad que propicia ausentismo, deserción y muerte. (CONAPO proyecciones 2010-2050).

Con base a lo anterior el presente proyecto de investigación tiene la finalidad de comprender la influencia que tienen los factores biológicos (edad, sexo, peso, talla, e IMC), psicológicos (Sentido de vida) y socioculturales (procedencia, estado civil y semestre) y la Autoeficacia Percibida del estudiante universitario que realiza su proceso educativo en la

Facultad de Educación de la UPAEP; en su estilo de vida y promoción de salud en relación al Modelo de Promoción de la Salud (MPS, NOLA J PENDER, 2011); así como proponer estrategias educativas que incentiven y motiven a mejorar patrones de salud y con ello su calidad de vida.

La teoría del modelo de Pender (Raile, Marriner, 2001, p. 435-471) plantea que las personas tienen la capacidad de autoconciencia reflexiva incluyendo la valoración de sus propias competencias; los individuos buscan regular su propia conducta en forma activa; estos, en toda su complejidad biopsicosocial, interactúan con su ambiente progresivamente transformándolo y siendo transformados a través del tiempo, la reconfiguración autoiniciada de patrones interactivos persona-ambiente es esencial. Las personas se comprometen a involucrarse en conductas de las cuales ellas anticipan y derivan beneficios personalmente valorados; mientras mayor sea el compromiso con un plan específico de acción, hay mayor probabilidad de que las conductas promotoras de salud se mantengan a través del tiempo, las personas pueden modificar cogniciones, afectos y ambientes interpersonales y físicos a fin de crear incentivos para las acciones de salud.

1.3 Marco Teórico del Estudio

El presente proyecto de investigación tendrá como referente al Modelo de Promoción de la Salud (MPS) propuesto por NOLA J PENDER (Raile, Marriner, 2001, p. 435-471) el propósito del modelo es ayudar a las enfermeras en la comprensión de los principales determinante de las conductas de salud como una base para la orientación conductual para promover estilos de vida saludables. Fue presentado en 1982 y propuesto como un marco para integrar las perspectivas de enfermería y de las ciencias conductuales sobre factores que influyen en las conductas de salud. El MPS fue utilizado como una guía para explorar

los procesos biológicos y psicosociales, complejos que motivan a los individuos de todas las edades a realizar conductas dirigidas a la ampliación de la salud y bienestar.

Actualmente identifica los conceptos importantes para la conducta de promoción de la salud y facilita la generación de hipótesis demostrables.

Las bases filosóficas del modelo se sustentan en la visión de reciprocidad o integrativa-interactiva, viendo a los seres humanos de forma integral, cuyos componentes son inseparables y solo pueden analizarse en el contexto de la totalidad, no pueden ser reducidos a partes.

El modelo está apoyado en tres bases teóricas: la primera teoría, es la de la Acción Razona originalmente basada en Ajzen y Fishben, explica que el mayor determinante de la conducta, de un individuo es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. La segunda es la Acción Planteada: adicional a la primera teoría, la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas. La tercera es la Teoría Social-Cognitiva, de Albert Bandura en la cual se plantea que la autoeficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como: “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”. Adicional a lo anterior, la autoeficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad.

El MPS, figura 1, establece que las conductas promotoras son influidas de manera directa o indirecta e integrada por tres constructos:

Primer constructo, denominado características y experiencias individuales que incluyen: conducta previa relacionada, comprendida como la frecuencia de la misma o similar conducta de salud en el pasado y factores personales (biológicos, psicológicos y

socioculturales), son predictivos de una cierta conducta y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de conducta.

Segundo constructo, designado cogniciones y afectos específicos de la conducta que incluyen: beneficios percibidos de la acción, entendidos como los resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de salud; barreras de acción percibidas, que hacen referencia a bloqueos anticipados, imaginados o reales, y costes personales de la adopción de una conducta determinada; autoeficacia percibida, conceptualizada como el juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de la salud; afecto relacionado con la actividad, sentimientos subjetivos positivos y negativos que se dan antes, durante y después de la conducta basada en la propiedades de los estímulos de la conducta en sí, el afecto relacionado con la actividad influye en la autoeficacia percibida, lo que significa que cuanto más positivo es el sentimiento subjetivo mayor es el sentimiento de eficacia, el aumento de sentimientos de eficacia puede generar un mayor afecto positivo; influencias interpersonales, se refieren a los acontecimientos acerca de las conductas creencias o actitudes de los demás; incluyen: normas, apoyo social y emocional y modelación. Las fuentes primarias de las influencias interpersonales son las familias, las parejas y los cuidadores de salud; influencias situacionales, son las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que pueden facilitar o impedir la conducta, incluyen: las percepciones de las opciones disponibles, características de la demanda y rasgos estéticos del entorno en que se propone que se desarrollen ciertas conductas promotoras de salud, las influencias situacionales pueden tener influencias directas o indirectas en la conducta de salud.

Tercer constructo, que es el resultado conductual, se estudia el concepto de conducta de promoción de la salud, que es el punto de mira o el resultado de la acción dirigido a los

resultados de salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. Que puede obtenerse a través del compromiso con un plan de acción en relación a las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas.

Pender (Raile, Marriner, 20011, p, 435-471). Afirma que en las personas existen procesos biopsicosociales que las motivan para el compromiso de la adquisición de conductas destinadas al fomento de la salud. El MPS se basa en los siguientes supuestos los cuales reflejan la perspectiva de la ciencia conductual: **1.** Las personas buscan crear condiciones de vida a través de la cual pueden expresar su potencial único de la salud humana. **2.** Las personas tienen la capacidad de auto-conciencia reflexiva, incluida la evaluación de sus propias competencias. **3.** Crecimiento del valor de las personas en direcciones considerado como algo positivo y tratar de lograr un equilibrio personalmente aceptable entre cambio y estabilidad. **4.** Las personas tratan de regular activamente su propio comportamiento. **5.** Los individuos en toda su complejidad biopsicosocial interactúan con el medio ambiente, transformar progresivamente el medio ambiente y ser transformado con el tiempo. **6.** Profesionales de la salud constituyen una parte de la ambiente interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida útil. **7.** Por iniciativa propia reconfiguración de patrones interactivos persona-medio ambiente es esencial para el cambio de comportamiento.

Declaraciones teóricas derivadas del modelo proporcionan una base para el trabajo de investigación sobre comportamientos de salud. El MPS contiene 14 proposiciones teóricas de las cuales se retoman 2 que están relacionadas con el estudio presente y de las que derivan las Hipótesis de esta Investigación; citándolas a continuación:

1. La conducta previa y las características heredadas y adquiridas influyen en las creencias,

el afecto y la promulgación de las conductas de promoción de la salud y **4.** La competencia percibida de la eficacia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta.

En la presente investigación se consideran los conceptos centrales: factores personales, autoeficacia percibida y conducta promotora de salud.

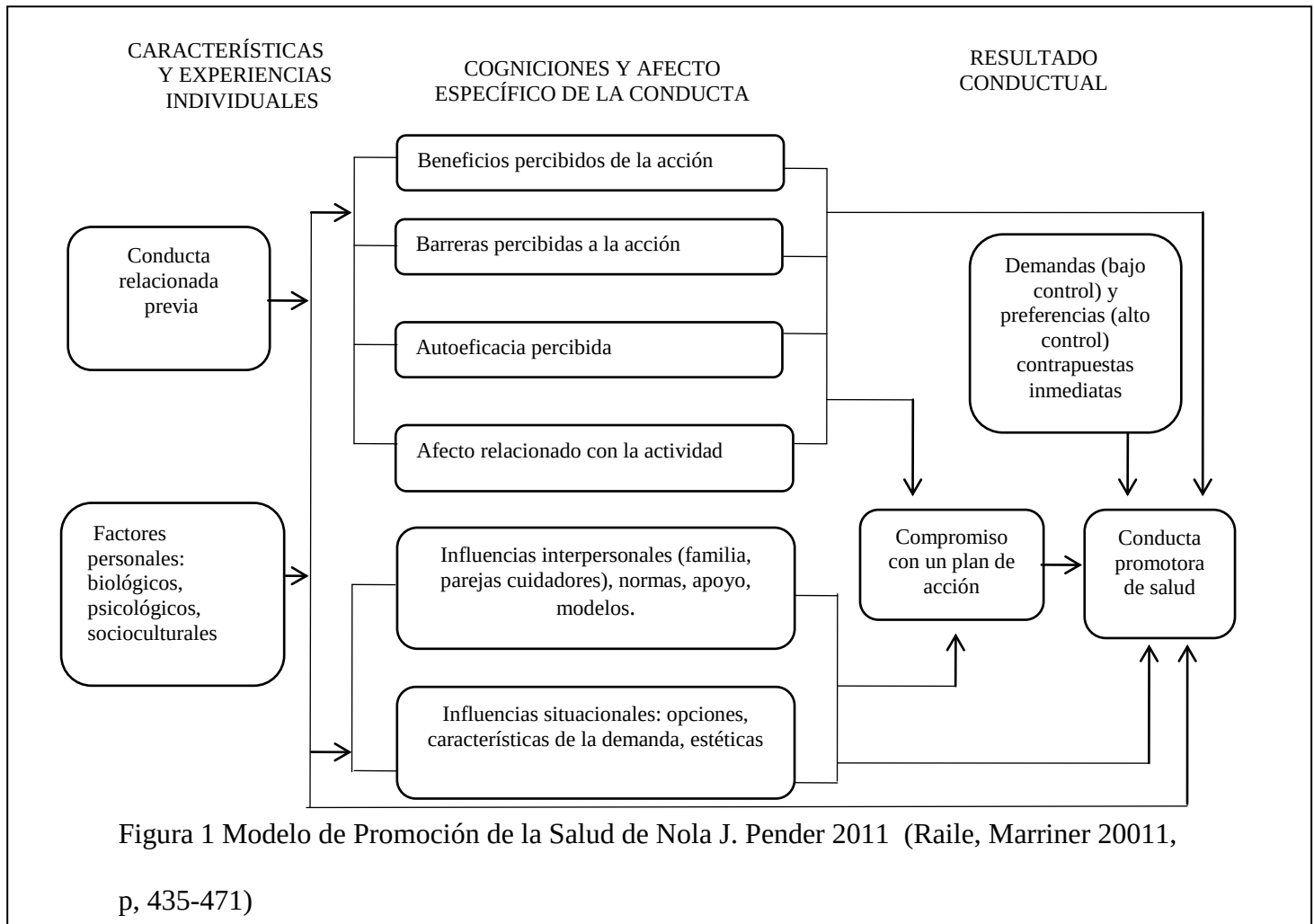
Factores Personales. Son predictivos de una cierta conducta y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de conducta. Se clasifican como: **Biológicos.** Estudiando, edad, sexo, peso, talla e IMC. **Psicológicos.** Investigando el sentido de vida y **Socioculturales.** Examinando semestre, procedencia y estado civil.

Autoeficacia Percibida. Bandura, define autoeficacia percibida como "los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos, de modo que, le permitan alcanzar el rendimiento deseado (Rozalén, C, M, 2009, p, 24).

El MPS propone que esta influye directamente en la conducta promotora de salud e indirectamente afectando las barreras percibidas y el compromiso con un plan de acción. (Raile, Marriner, p, 435-471)

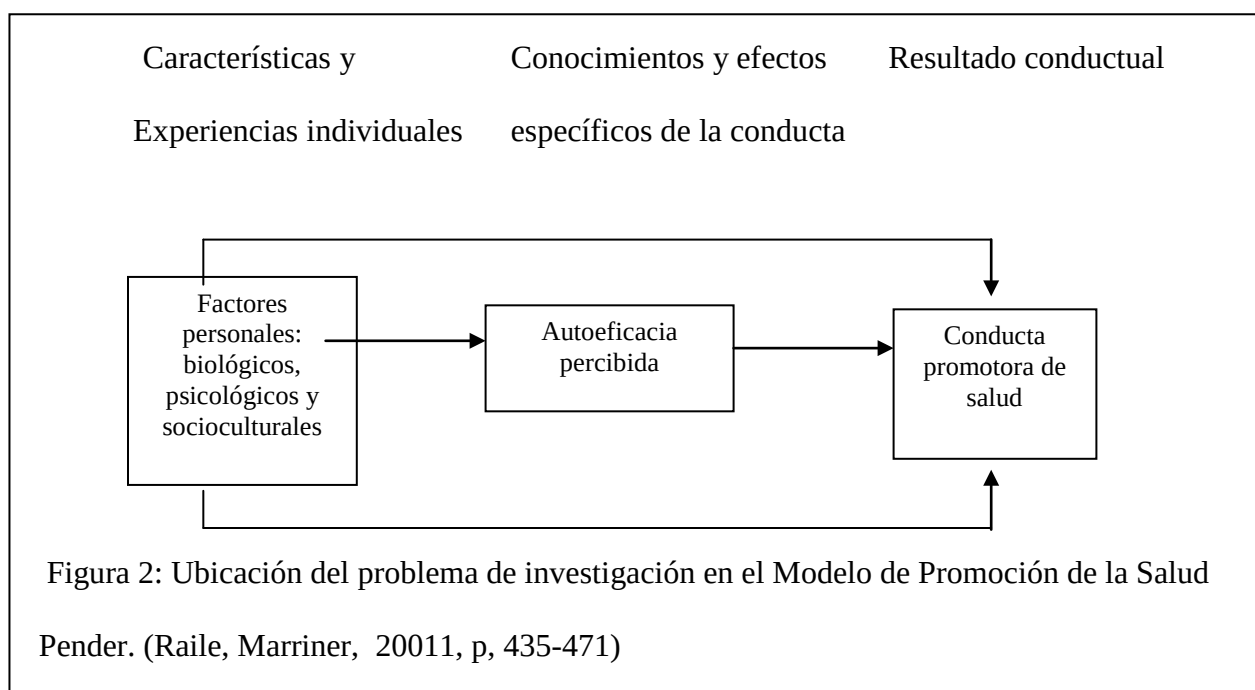
Sentido de Vida Promotor de Salud. Se conceptualiza como la percepción afectiva-cognitiva de valores que invitan u orientan a la persona a actuar de un modo u otro ante situaciones específicas a generales de la vida dando coherencia e identidad personal (Martínez, O, E, 2007,2011, p, 73). Cuando la conducta promotora de salud está integrada a un estilo de vida saludable que incorpora todos los aspectos de la vida, da como resultado una experiencia de salud positiva durante la vida. (Raile, Marriner, 20011, p, 435-471).

1.3.1 Modelo de Promoción de la Salud (MPS). Es la base para esta investigación, permitiendo valorar las conductas de los estudiantes universitarios de la Facultad de Educación, por lo que se muestra a continuación:



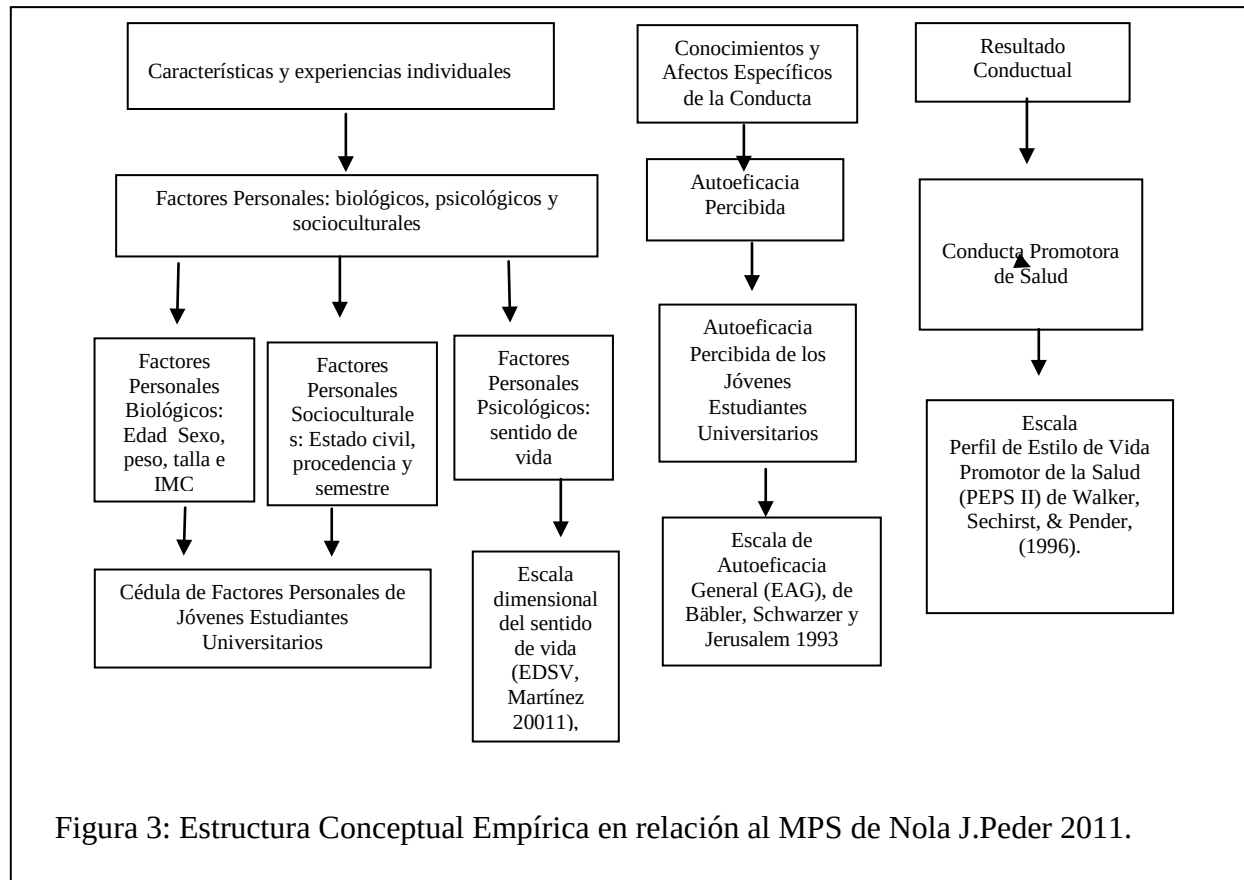
1.3.2 Ubicación del Problema de Investigación .En el presente estudio se tomó del MPS, conceptos ubicados en los tres constructos principales. Del primero se estudiaron los factores personales: en la categoría de factores personales biológicos se estudiaron las variables edad, sexo peso, talla e IMC; de la categoría de factores personales psicológicos se analizó la variable sentido de vida, y por último de la categoría de factores personales

socioculturales se analizaron las variables estado civil, semestre y procedencia; del constructo conocimientos y afectos específicos de la conducta se investigó el concepto de autoeficacia percibida y del constructo resultado conductual se estudió la conducta de promoción de la salud a través de la escala perfil estilo de vida promotor de la salud.



1.3.3 Estructura Conceptual Teórica Empírica para el Estudio de las Variables de la Presente Investigación. Se presenta, la subestructura conceptual para la operacionalización de las variables del presente estudio, de la cual se derivaron los tres constructos del MPS (Raile, Marriner, 20011, p, 435-471).

Se seleccionaron las definiciones conceptuales de los factores personales: biológicos, psicológicos y socioculturales; autoeficacia percibida, sentido de vida y la conducta promotora de salud. Las variables se medirán mediante una cédula de identificación y tres instrumentos que proceden de los conceptos teóricos seleccionados con indicadores para llevarlos al nivel empírico.



1.4 Definición de las Variables

Los términos para este estudio se definen a continuación

1.4.1 Definición Conceptual. Los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales, son características propias del estudiante, que afectan de manera directa e indirecta a la conducta promotora de salud.

1.4.1.1 Factores Personales Biológicos. Sexo. Se refiere a las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. Si bien estos conjuntos de características biológicas no son mutuamente excluyentes, ya que hay individuos que poseen ambos, tienden a diferenciar a los humanos como hombres y mujeres.

(Definiciones, Organización Mundial de la Salud, [OMS] 2012.p, s/d)

Edad. Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista. (Definiciones, OMS, 2012.p, s/d)

Peso. Es el volumen del cuerpo expresado en kilos. (Definiciones, OMS, 2012.p, s/d)

Talla. Se define como la longitud de la planta de los pies a la parte superior del cráneo expresada en centímetros. (Definiciones, OMS, 2012.p, s/d)

La estatura humana varía de acuerdo con la genética y la nutrición. Altura promedio hombre es 170,0 cm y mujeres es 161,0 cm. En el centro y sur del país.

IMC. El Índice de Masa Corporal (IMC) es una medida de asociación entre el peso y la talla al cuadrado de un individuo; para identificar, bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad. (Definiciones, OMS, obesidad y sobrepeso 2015.p, s/d)

1.4.1.2 Factores Personales Psicológicos. Sentido de la Vida. El sentido de la vida se puede definir como la percepción afectiva-cognitiva de valores que invitan a la persona a actuar de un modo u otro ante una situación particular o la vida en general, proporcionándole identidad y coherencia personal (Martínez, 2007, 2011, p, 73).

1.4.1.3 Factores Personales Socioculturales. Estado Civil. Es el conjunto de cualidades, atributos y circunstancias de las personas, que la identifican jurídicamente y que determinan su capacidad, con cierto carácter de generalidad y permanencia. (Artículo 828 del Código Civil vigente). A las personas se les considera como Unidos si se declaran casados civilmente, casados religiosamente, o casados civil y religiosamente o en unión libre; se les considera :No unidos, si son divorciados, separados o viudos y se les considera nunca unidos si se declaran solteros.

Procedencia. Del latín *procedens*, procedencia es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva. El concepto puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad de una persona.

Semestre. Grado escolar del estudiante.

1.4.1.4 Autoeficacia Percibida. Juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud (Raile, Marriner, 20011, p, 435-471).

1.4.1.5 Conducta Promotora de Salud. Es la expresión de la acción dirigida a los resultados de la salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. (Raile, Marriner, 20011, p, 435-471).

1.4.2 Definición Operacional. Establece la forma como serán abordadas las variables.

1.4.2.1 Factores Personales Biológicos. Sexo. Se tomará como sexo lo que registre el propio paciente. Indicador: Femenino y masculino.

Edad. Número de años cumplidos, según fecha de nacimiento. Indicador: En años.

Peso. La medición se realizará con la menor ropa posible y sin zapatos. Se pide al sujeto que suba a la báscula colocando los pies paralelos en el centro, de frente al examinador. Debe estar erguido, con la vista hacia el frente, sin moverse y con los brazos que caigan naturalmente a los lados. Indicador: Se registrar lo expresado por el sujeto en kilos

Talla. Se medirá con cintra métrica, en posición de bipedestación con los talones juntos, brazos al lado del cuerpo y de espaldas a una superficie plana. Indicador: Se registrara la talla expresada por el paciente en metros y centímetros

IMC. El IMC se obtendrá al dividir el peso en kilogramos entre la estatura en metros elevada al cuadrado. Indicador: se registrara el resultado del paciente al aplicar la fórmula:

Peso (Kg)

IMC = ————— para obtener peso bajo, normal, sobrepeso u obesidad

Talla (m)²

1.4.2.2 Factores Personales Psicológicos. Sentido de Vida. El objetivo de la escala es evaluar el sentido de vida comprendido como coherencia y propósito vital. La prueba

contiene 18 ítems con respuesta tipo Likert en 4 dimensiones que va desde totalmente de acuerdo o totalmente en desacuerdo, su puntaje oscila entre 0 y 54, donde un menor valor indica menos sentido de vida y un mayor valor sugiere un mayor sentido de vida, el 0 no indica ausencia de vida pues esta expresión numérica no es conceptualmente posible en la realidad psicosocial de la persona, en cuanto a sus propiedades sicométricas se ha encontrado una consistencia interna de 0.94 para la escala total, de 0.95 para la subescala propósito de vida y el 0.75 para la subescala de coherencia existencial.

1.4.2.3 Factores Personales Socioculturales. Estado Civil. Se tomará como estado civil a la que registre el propio paciente al aplicarle el instrumento. Indicador: con pareja o Sin pareja

Procedencia. Se registrar el origen o procedencia de la persona como lo exprese.

Semestre. Se tomara el grado escolar del alumno conforme este registrado en el sistema escolar.

1.4.2.4 Autoeficacia Percibida. La Escala de autoeficacia General versión en español de Bäßler, Schwarzer y Jerusalem (1996) se conforma de 10 reactivos con un puntaje mínimo de 10 puntos y un máximo de 40 puntos. Las respuestas son tipo Likert donde la persona responde a cada reactivo de acuerdo a lo que ella percibe de su capacidad en el momento: Incorrecto (1 punto); apenas cierto (2 puntos); más bien cierto (3 puntos) o cierto (4 puntos). En esta escala a mayor puntaje mayor autoeficacia general percibida.

1.4.2.5 Conducta Promotora de Salud. La escala está estructurada por 52 ítems con opciones de respuesta tipo Likert, presenta seis subdimensiones: crecimiento espiritual, manejo del estrés, actividad física, relaciones interpersonales, nutrición y responsabilidad en salud. Cada ítem de esta escala permite calificaciones de 1 a 4 según grado de concordancia con la afirmación indicada, donde 1 es igual a nunca; 2 corresponde a algunas

veces; 3 es frecuentemente y 4 siempre. Como el total de preguntas en la escala es de 52, el puntaje total podría variar entre los valores de 52 a 208.

1.5 Revisión Bibliográfica

En esta sección se presentan investigaciones relacionados con el tema de interés que se está estudiando; los siguientes indagaciones incluyen las variables factores personales (biológicos, psicológicos y socioculturales), Sentido de Vida y Autoeficacia Percibida.

1.5.1.- Estudios Previos. En esta investigación realizada por Martínez O, E, Trujillo, M, A (2011), sobre el Desarrollo y Estructura de la Escala dimensional del Sentido de Vida, participaron 820 personas, mujeres y varones, entre 20 y 70 años de edad. El propósito de esta investigación fue desarrollar la Escala Dimensional de Sentido del Vida, comprendido como coherencia existencial y propósito vital. El desarrollo de la escala se realizó mediante la construcción del instrumento para evaluar su estructura y sus características psicométricas. Las Variables a estudiar fueron Sentido de vida, logoterapia, propósito vital y evaluación. La investigación fue transversal, de tipo descriptivo-correlacional (Hernández, Fernández y Baptista, 2006), dirigida a la evaluación de la validez de constructo y la consistencia interna de una prueba psicométrica.

Los participantes estuvieron entre los 20 y los 70 años de edad ($M = 36,32$; $D.T. = 12,88$), de los cuales 57% eran mujeres. El propósito de tener un rango de edad tan amplio, era tener en cuenta si ésta tenía un efecto sobre los resultados. En cuanto al máximo nivel educativo alcanzado hasta el momento de la evaluación, el 10.3% afirmó tener la primaria completa; 23,8% el bachillerato; 16,4% algún estudio técnico; 33,2% estudios universitarios y un 16,2% estudios de posgrado. Finalmente, respecto al estado civil, el 37,9% reportó ser solteros, 31% casados, 20,4% unión libre, 8,7% separados y 1,9% viudos.

El instrumento utilizado es la Escala Dimensional del Sentido de Vida. (EDSV), El objetivo del instrumento fue dimensionar valorativamente el Sentido de Vida, es decir la percepción afectivocognoscitiva de valores referenciales que mueven a una persona y le invitan a actuar de un modo particular ante situaciones específicas o la vida en general, confiriéndole de identidad personal y coherencia consigo misma (Martínez, 2011).

EDSV es un instrumento autoadministrable o de aplicación individualizada, en contextos clínicos o de investigación. La prueba inicial contenía 20 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de cuatro opciones, que van desde "Totalmente en Desacuerdo" a "Totalmente de Acuerdo", valorados de 0-3 en los ítems directos (2,3,6,9,15), y de 3-0 en los inversos (1,4,5,7,8,10,11,12, 13,14,16,17,18,19,20).n general, los resultados encontrados indican que la Escala Dimensional del Sentido de Vida posee estimaciones adecuadas en cuanto a su estructura y fiabilidad. Los resultados sugieren que la prueba presenta una alta consistencia interna y una estructura de dos dimensiones, una que evalúa la coherencia existencial, y la otra, el propósito vital de las personas y que la Escala Dimensional del Sentido de Vida posee estimaciones adecuadas en cuanto a su estructura y fiabilidad.

En otro investigación de Martínez, O, E, (2012), sobre la validación de la prueba “Sentido del Trabajo” en población Colombiana, el objetivo de esta investigación fue evaluar la características psicométricas de validez y confiabilidad de un instrumento para valorar el “Sentido del trabajo” en trabajadores de los niveles operativo, medio y alto de organizaciones empresariales del sector público y privado. Las variables a estudiar fueron: Logoterapia, sentido del trabajo, psicometría. La investigación se desarrolló bajo una perspectiva empírico-analítica, como un estudio observacional descriptivo psicométrico de corte transversal, dirigido a la validación empírica de un instrumento de medición. El

estudio fue aplicado a 842 personas voluntarias de sexo masculino y femenino, laboralmente activas en empresas oficiales y no oficiales. Las organizaciones que integraron la muestra se seleccionaron por conveniencia, aun cuando se tuvo en cuenta que fuesen distintivas del sector económico al cual pertenecen. El instrumento de medición fue la Escala Dimensional del Sentido de Vida en el Trabajo. En la selección muestral se incluyeron 842 personas de sexo masculino (48.5%) y femenino (51.5%), con una edad promedio general de $33,4 \pm 9,9$ años, oscilando entre un mínimo de 18 años y un máximo de 67 años, con una distribución asimétrica positiva ($A=0,626$), dada una mayor proporción de los grupos etarios menores a la edad promedio. Se hace notar que la muestra final estaba debidamente balanceada por género; de hecho, la diferencia no fue significativa según la prueba χ^2 ($p=0,398$). En lo que se refiere al estado civil, se encontró una mayor proporción de solteros con el 43,6%, seguido por los casados con el 29,1%, mientras que los demás estados se distribuyeron en proporción descendente. Los resultados obtenidos empíricamente a través del análisis factorial exploratorio que después de ser explorados a la luz de la teoría y la carga empírica factorial se establecieron en: 1. Claridad existencial-laboral, 2. Propósito vital-laboral y 3. Identidad y coherencia laboral.

En cuanto a las diferencias de género en la captación de sentido en el trabajo, no se encuentran diferencias significativas entre hombre y mujeres, aunque vale la pena mencionar que tanto en la escala total como en los factores de Claridad existencial-laboral y Propósito vital-laboral, las puntuaciones son levemente superiores en las mujeres.

En lo referente a la edad y su relación con el sentido del trabajo las diferencias tampoco son significativas excepto al momento de comparar ciertos grupos etarios entre sí, observándose cómo el segundo factor (propósito vital-laboral) es el más elevado en todas las edades y mostrando una tendencia en todos los factores a ir aumentando la captación de

sentido entre los 18 y los 40 años de edad, siendo este el punto más alto de captación de sentido en la experiencia laboral, que empezaría levemente a descender hasta los 55 años en donde nuevamente y hasta los 60 años, se da un aumento de la valoración del trabajo coincidente con la etapa asociada a la jubilación y el cese de la actividad laboral, planteamiento que invitaría a futuras investigaciones.

Para Martínez, O, E, Castellanos M, C, (2013), en su estudio sobre la Percepción de Sentido de Vida en Universitarios Colombianos, tuvo como objetivo describir la percepción del sentido de vida de estudiantes universitarios colombianos de la ciudad de Bogotá, definida por Martínez (2007) como la percepción afectiva-cognitiva de valores que invitan a la persona a actuar de un modo u otro ante situaciones específicas o de la vida en general, dando coherencia e identidad personal. Las variables del estudio es el sentido de vida, Psicología Existencial y estudiantes universitarios; es un estudio de tipo descriptivo-transversal de la percepción de sentido en población universitaria de Colombia. Se buscó caracterizar la percepción del sentido de vida según el área académica, el género y la edad de los participantes. La muestra intencional estuvo compuesta por 695 estudiantes universitarios, de los cuales 68.9% eran mujeres y 31.1% hombres, con edad promedio de 22.17 años. Resultados. Mediante la aplicación de la Escala Dimensional del Sentido de Vida, no se encontraron diferencias significativas por género, sí se encontró que 36.7% de los participantes presentaron bajo sentido de vida, mientras que los estudiantes entre 16 y 20 años mostraron mayor sentido de vida. Los estudiantes de Medicina y Enfermería indicaron los mayores puntajes de sentido de vida; por su parte, los estudiantes de Psicología y Comunicación Social obtuvieron puntajes significativamente más bajos que el resto de participantes. Los resultados permiten obtener una primera aproximación general del sentido de vida de población joven colombiana, empleando un instrumento desarrollado

y validado para el país. Además, se plantean nuevas preguntas investigativas con respecto a la salud mental de los estudiantes de psicología, en vista de su correlación con el sentido de vida reportada en otros estudios.

García, A, J. Gallego, P, J, F, Pérez, D, E , (2009), en su investigación sobre el Sentido de la Vida y Desesperanza, se plantearon comprobar la relación que existe entre el sentido de vida y la desesperanza, en el cual participaron un total de 302 sujetos, 99 varones (32,78%) y 203 son mujeres (67,22%), con una edad media de 21,58 años. Las variables del estudio son: Sentido de la vida, desesperanza, riesgo suicida. Los instrumentos empleados son el *Purpose InLife Test* (Test de Sentido de la Vida, PIL; Crumbaugh & Maholick, 1969) y la *Hopelessness Scale* (Escala de Desesperanza, HS; Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1974). Los estadísticos usados son el coeficiente de correlación de Pearson y el coeficiente *rho* de Spearman (*rs*). Los resultados obtenidos ($r = -0.550$, $p = 0.000$; $rs = -0.052$, $p = 0.000$) apoyan la hipótesis planteada en este estudio: sentido de la vida y desesperanza mantienen una asociación significativa de tipo negativo, de manera que a mayor logro de sentido de la vida, niveles inferiores de desesperanza, y al contrario. El vacío existencial se asocia significativamente a niveles superiores de desesperanza. De manera más concreta, el logro de sentido se asocia a niveles nulo-mínimo (en mayor medida) y leve (en menor medida) de desesperanza, mientras que vacío existencial se asocia mayormente a niveles moderado y alto de desesperanza. En el caso de los dos últimos niveles de desesperanza (moderado y alto), la asociación con la situación de indefinición del sentido de la vida es también significativa. Estos hallazgos coinciden con los de otras investigaciones con muestras similares (Edwards & Holden, 2003; Gallego-Pérez & García-Alandete, 2004; Hunter & O'Connor, 2003).

Beltrán, G, F, J, Torres, F, I, A, Martínez, P, G, M, Beltrán, G, L, F, Calderón, M, M, (2011), en su estudio sobre la Valoración del Sentido de Vida y la Autoestima en Estudiantes Universitarios de Psicología se plantearon el objetivo de comprobar la existencia de la relación entre dos variables psicosociales: Sentido de vida y autoestima en un grupo de estudiantes universitarios de la carrera de Psicología en una Universidad Pública. Las variables del estudio fueron valoración, Sentido de vida, autoestima, estudiantes de Psicología. Es una investigación: Descriptiva y Correlacional. Descriptiva en la medida en que trata de especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de los estudiantes universitarios, valorando y recogiendo datos sobre distintas variables tales como: Autoestima y sentido de vida con sus diferentes elementos, y correlacional porque su objetivo principal es estimar la relación existente entre dos o más variables (autoestima y sentido de vida). La muestra fue no probabilística de 100 estudiantes, de los cuales el 71% corresponde al sexo femenino y el 26% al masculino, mientras que el 3% no contestó, por otro lado, el principal grupo de edad de los estudiantes se encuentra entre 21 a 23 años (43%), en segundo lugar se ubica la edad de 18 a 20 años (36%), las edades entre 24 y 26 años representan el 17%, en tanto que una minoría es mayor de 26 años (3%).

Los instrumentos utilizados para la recolección de la información fueron dos escalas autoaplicables que poseen las características psicométricas de validez y confiabilidad.

La primera denominada “Sentido de Vida” constituida por 20 ítems que hacen referencia a tres factores: Optimismo, Satisfacción con la vida y Sentido de Coherencia, dichos factores se resumen en una puntuación total para el sentido de vida. Por otro lado, la escala de “Autoestima” integrada por 24 ítems, permite obtener una evaluación global de la autoestima y al mismo tiempo evalúa cinco factores, estos son: Autorrealización,

Autoconcepto, Autoconocimiento, Autoimagen, Autoaceptación. De los resultados obtenidos puede subrayarse que se encontró una relación estadísticamente significativa [$2_{(4)} = 32.854(a), p < .05$], entre ambas variables estudiadas, lo que significa que el sentido de la vida está estrechamente relacionado o depende de la autoestima, ya que aquellos estudiantes que presentaron un alto sentido de la vida también poseen una muy alta autoestima.

Salvador, Morales, (2009) en su estudio sobre Fundamentos Psicológicos de la Autoeficacia Emprendedora en Jóvenes Mexicanos, tratan de comprobar la relación existente entre la satisfacción vital e inteligencia emocional y la percepción de autoeficacia emprendedora, contando con una muestra de 58 jóvenes Mexicanos del Campus de Ciudad de Puebla. Los datos obtenidos a través de análisis de ecuaciones estructurales revelan que tanto la satisfacción vital como la inteligencia emocional influyen en la autoeficacia. Se estudió, Emociones, Inteligencia emocional, Autoeficacia emprendedora y Modelos de ecuaciones estructurales. La investigación es de carácter descriptivo y transversal, la muestra se obtuvo mediante un diseño aleatorio, contando con un conjunto muestral final compuesto por 58 participantes, estudiantes universitarios mexicanos, de los cuales un 50% son hombres y el resto mujeres. Las edades se encuentran comprendidas entre los 22 y 58 años, siendo la edad media de 34.81 años (desviación típica de 9.95). Los instrumentos de valoración son las escalas de, Autoeficacia emprendedora, Inteligencia emocional y Satisfacción. El resultado fue que para ser eficaces en el autoempleo, los mexicanos consideran especialmente relevantes el manejo de las emociones y la satisfacción vital. Aún más, los elementos de la satisfacción vital que mayor peso presentan se encuentran relacionados con las expectativas de condiciones vitales. En este sentido, la implicación

práctica que se desprende de este trabajo es que resulta imprescindible conocer los juicios subjetivos de las personas para asegurar el éxito en la autoeficacia emprendedora.

En la investigación sobre la Importancia del Autoconcepto Físico y la Autoeficacia General en la Predicción de la Conducta de la Práctica Física de Reigal, G, R, E, Martín, T, I, Juárez, R, R, (2013), cuyo propósito fue de examinar la importancia que tiene el autoconcepto físico y la autoeficacia general en la predicción de la conducta de la práctica física en una muestra de adolescentes. Se estudió el autoconcepto físico, la autoeficacia general y la práctica física, en 1588 adolescentes, pertenecientes a la ciudad de Málaga (España), con edades comprendidas entre los 14 y 16 años ($M = 15,11$; $DT = 0,78$). Es estudio transversal en el que se usa la encuesta para obtener los datos. Además de recoger información sobre la actividad físico deportiva realizada y el sexo. Los instrumentos para medir los constructos objeto de estudio son: Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF) la Escala de Autoeficacia General (EAG) y Cuestionario sociodemográfico. Se puede observar que los esfuerzos realizados por los investigadores para determinar la relación entre la práctica de actividad física y los constructos estudiados indican que esta se produce de manera bidireccional.

Cid, H, P, Orellana, A, y Barriga, O, (2010), en su investigación sobre la Validación de la Escala de Autoeficacia General en Chile, cuyo objetivo de esta investigación es evaluar características psicométricas de la Escala autoeficacia General en población Chilena, para contar con un instrumento preciso de medida de autoeficacia percibida para el país. Este estudio se realizó con 360 personas de ambos sexos, en edades comprendidas entre 15 y 65 años de la Comuna de Concepción (Chile). Se aplicó en entrevista personalizada; las escalas de Autoeficacia General, de Autoestima y de Estado de Salud Percibido, previo consentimiento informado. Para llevar a cabo la evaluación psicométrica

de la EAG en español, en esta investigación se analizó la confiabilidad y validez del instrumento. La confiabilidad se estudió a través de la consistencia interna utilizando el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach que mide la correlación promedio entre reactivos y el número de reactivos de un determinado instrumento o cómo el constructo está representado en cada reactivo, este coeficiente oscila entre -1,0 y +1,0, y se consideró que los reactivos medían en forma óptima el constructo cuando sus valores fluctuaban entre 0,7 y 0,9. La validez del instrumento se analizó a través de validez de constructo y de criterio siguiendo los planteamientos de Hernández, Fernández y Baptista (2003), quienes definen la validez de un instrumento como "el grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir". Estos autores adaptan las recomendaciones dadas en la década 1950-59 por el Comité de Tests Psicológicos de la *American Psychological Association* con respecto al proceso de validación de los instrumentos que miden constructos psicológicos antes de su publicación.

Inicialmente la EAG se llevó a revisión por expertos del área de Psicología, Sociología y Enfermería para asegurar la comprensión de los reactivos, posteriormente se realizó prueba piloto del instrumento en la cual 40 personas mostraron una buena comprensión de la escala. La validez del constructo autoeficacia percibida, se analizó por medio de los estadísticos de los elementos, correlación entre los elementos y entre elemento y escala total y correlación con los constructos autoestima y estado de salud percibido.

Los instrumentos para el estudio es la Escala de autoeficacia General versión en español de Bábler, Schwarzer y Jerusalem (1993) se conforma de 10 reactivos con un puntaje mínimo de 10 puntos y un máximo de 40 puntos. Las respuestas son tipo Likert donde la persona responde a cada reactivo de acuerdo a lo que ella percibe de su capacidad

en el momento: Incorrecto (1 punto); apenas cierto (2 puntos); más bien cierto (3 puntos) o cierto (4 puntos). En esta escala a mayor puntaje mayor autoeficacia general percibida.

La Escala de Autoestima de Morris Rosenberg (1965) mide la valoración que hace la persona de si misma, diseñada con 10 ítems y un formato de respuesta tipo Likert de 1 a 4 puntos, resultando una escala de 10 a 40 puntos. La mayor autoestima de la persona está representada por el puntaje más alto.

La Escala de Estado de Salud Percibido o Percepción de Bienestar de Reker y Wong (1984) mide la autovaloración que la persona hace de su estado de salud. Escala tipo Likert de 16 ítems, donde las respuestas van de "muy de acuerdo" a "muy en desacuerdo", con valores de 7 a 1 punto respectivamente. El puntaje total de la escala oscila de 112 a 16 puntos, donde 112 refleja un mejor estado de salud percibido.

Los resultados obtenidos del estudio demuestran las adecuadas características psicométricas de la EAG en población Chilena de ambos sexos, entre 15 y 65 años. Con respecto a la confiabilidad de la EAG, se demostró su consistencia interna u homogeneidad al obtener un alto coeficiente alfa de Cronbach, similar a los resultados obtenidos en los estudios que utilizaron este mismo instrumento en población costarricense, española y peruana. La confiabilidad de la EAG en este estudio es muy cercana a la encontrada en el idioma original. Se concluye que la Escala de Autoeficacia General es fiable y válida para medir el constructo autoeficacia percibida en población Chilena y similar a los resultados obtenidos en estudios en poblaciones de habla hispana. Por tanto, se afirma que esta escala de medición de autoeficacia tiene correspondencia con la realidad del fenómeno que se estudió.

La presente investigación, Reigal, R, Videra, A. y Gil, J. 2013), sobre la Autoeficacia General y su Relación con la Intención de Practicar Actividad Física en la Adolescencia

tiene la finalidad de indagar en la relación entre la autoeficacia mostrada y la predicción de la conducta. Se realizó con 872 adolescentes (chicos= 232, chicas= 640) de la ciudad de Málaga, perteneciendo a los niveles 3º y 4º de secundaria y 1º de bachillerato, en edades comprendidas entre los 14 y 19 años ($M= 15,78$; $DT=1,04$). La toma de datos se hizo a través de varios cuestionarios en los que se obtuvo información sobre la intención de practicar o volver a hacerlo, así como el nivel de autoeficacia general. Esta última variable se midió con la Escala de Autoeficacia General (AEG) de Schwarzer y Jerusalem (1995), en concreto la versión en castellano desarrollada por Baessler y Schwarzer (1996), que tuvo una consistencia interna alta ($\text{Alfa de Cronbach}= 0,862$). A este cuestionario se respondía con una escala de respuesta tipo Likert con 4 posibilidades, desde muy en desacuerdo hasta muy de acuerdo respecto a las indicaciones de cada ítem. La investigación sigue una metodología no experimental (Ramos, Catena y Trujillo, 2004) conocida también como correlacional (Salkind, 1999) o covariacional, de tipo transversal (Salkind, 1999), en el que se usa la encuesta como herramienta para la toma de datos, y en la que no se produce manipulación de las variables objeto de estudio. La selección de la muestra fue mediante proceso aleatorio por conglomerados polietápico estratificado. La técnica estadística usada para procesar los datos fue ANOVA de un factor, mediante la cual comparábamos los diversos niveles de la variable intención de practicar y los resultados obtenidos en la escala de autoeficacia. Los resultados hallados indican que los individuos que no pensaban practicar tenían un nivel de autoeficacia general bajo, mientras que aquellos que estaban más cerca de hacerlo obtuvieron resultados superiores. Esto refleja el rol mediador que tienen las variables internas en la decisión de actuar de determinada forma a lo largo de la vida.

Reyes, J, K, Hernández, P, M, R, (2011), en su estudio sobre el Análisis Crítico de los Estudios que Exploran la Autoeficacia y Bienestar Vinculados al Comportamiento Saludable tienen como objetivo dar un panorama general de la investigación empírica latinoamericana que analiza la relación existente entre bienestar subjetivo y autoeficacia, vinculados con temas de salud y así mismo detectar aquellos problemas que no han sido explorados desde la perspectiva de la Psicología Positiva, la muestra total fue de 14 artículos de investigación empíricos que en su título, resumen y/o palabras clave tuvieran alguna de las combinaciones de las palabras clave seleccionadas, publicados en el periodo del 2000 al 2011 y que se encontraban indizados en una base bibliométrica regional especializada en revistas latinoamericanas, de España y Portugal, Redalyc. Los resultados muestran una producción muy baja de investigación latinoamericana (104 artículos) que trata esos temas, en comparación con la producción a nivel mundial (187 033 artículos) durante el mismo periodo indizada en SCOPUS. Las condiciones de salud objeto de estudio en los artículos revisados fueron salud general, enfermedades crónicas, fibromialgia, enfermedades sexuales, salud psicológica, malestar físico, conductas saludables y conductas alimentarias anómalas. Concluyeron que existe una falta impresionante de investigación empírica encaminada al estudio del bienestar, autoeficacia y salud en Latinoamérica, siendo éste un campo enorme de intervención futura para la región.

Salazar, T, I, C, Varela, A, M, T, Lema, S, I, Tamayo, C, J, A, Duarte, A, C, (2010), en su estudio acerca de la Evaluación de las Conductas de Salud en Jóvenes Universitarios, en donde el objetivo de este estudio es construir y analizar las propiedades psicométricas de un cuestionario que evalúa las conductas de salud que hacen parte del estilo de vida de los universitarios. Se realizó un estudio de validación con dos fases. La primera con 1485 estudiantes (63,2 % mujeres), de cuatro universidades de Colombia, cuya

edad media fue de 20,7 años (DT=2,5). La segunda con 1811 estudiantes (55,8 %mujeres) de seis universidades del país, con una edad media de 19,7 (DT=2,0). Se hicieron análisis para la validez de contenido, análisis de discriminación de ítems, análisis factoriales y de consistencia interna. Los resultados obtenidos del “Cuestionario de estilos de vida de jóvenes universitarios” [CEVJU-R] quedó constituida por 40 ítems que evalúan conductas en ocho dimensiones del estilo de vida: Actividad física, Tiempo de ocio, alimentación, consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales, sueño, habilidades interpersonales, afrontamiento y estado emocional percibido. Adicionalmente incluyó 28 ítems que evalúan, en siete de las ocho dimensiones, las motivaciones para llevar a cabo o no las prácticas y para cambiarlas, así como los recursos que facilitan o dificultan su realización.

El nivel de fiabilidad de las dimensiones fue de aceptable a moderado (entre 0,6 y 0,7). El presente estudio concluyó que el CEVJU-R presenta propiedades psicométricas adecuadas y constituye un avance en la medición de los estilos de vida de los universitarios. Podría utilizarse para la identificación de las necesidades de los jóvenes y para la definición de las acciones de promoción y prevención dentro de las universidades.

Gamarra, S, Rivera, T, Alcalde, G, Cabellos, V, (2010), en su investigación sobre estilo de vida, autoestima y apoyo social en estudiantes de enfermería tienen la finalidad de determinar el nivel de estilo de vida y su relación con nivel de autoestima y apoyo social en estudiantes de Enfermería de la Universidad César Vallejo de Trujillo, la investigación de tipo descriptivo, correlacional, de corte transversal. La muestra fue conformada por 136 estudiantes. Se aplicó cuestionario de 48 ítems para estilo de vida, 20 para medir apoyo social y escala de Rosenberg de autoestima. Se utilizó el programa SPSS versión 14, y la prueba de Chi². El nivel de significancia establecido fue: $p < 0.05$. Los resultados señalan que el 54.4% calificó en un nivel medio en estilo de vida, y en cuanto a sus dimensiones, el

ejercicio revela un 78% en el nivel medio y bajo, seguido de la nutrición con 65%, en los mismos niveles. Los niveles de autoestima son de un 45.59% para el nivel medio y de un 21.32% para el nivel bajo. Existe relación significativa, entre el estilo de vida y el nivel de autoestima, pero no se encontró relación significativa entre el estilo de vida y el apoyo social de los estudiantes de Enfermería de la Universidad César Vallejo.

Ledo, V, M, T, Román, I, González, S, M, Jáuregui, R, I, y Conde, V, R, (2011) en su estudio sobre “características nutricionales y estilo de vida en universitarios” nutrición hospitalaria, encontraron que el 6.4% de mujeres presentaba peso por debajo del saludable, mientras que esto no se presentó en los hombres, los hombres presentaron 27.8% de sobrepeso mientras que las mujeres solo el 6.5%; la circunferencia de cintura-cadera también fueron más elevados en los hombres, el 17.2% de las mujeres lo presentaron elevado, mientras que esto solo lo presentaron el 5.6% de los hombres el 71.4% de los hombres realiza actividad física, mientras que el 66.2% de las mujeres lo hace, el 86.5% declaro consumir tabaco, se presentó un mayor porcentaje de mujeres fumadoras (15%), el 72.1% consume alcohol, de estos el 55.6% consume alcohol de alta graduación, el consumo de alcohol es más frecuente en los hombres con 72.7% vs 47.8% en las mujeres. En conclusión hay un porcentaje considerable de sobrepeso, obesidad central y consumo de alcohol y tabaco sobre el cual se deben tomar medidas preventivas para prevenir enfermedades en este grupo de personas.

Rodríguez, R, F, Palma L, X, Romo, B, A, Escobar, B, D, Aragú, G, B, Espinoza O, L, (2013) en su investigación sobre “Hábitos Alimentarios, Actividad Física y Nivel Socioeconómico en Estudiantes Universitarios de Chile”, se estudiaron los hábitos alimentarios, actividad física y nivel socioeconómico en estudiantes universitarios de Chile, encontrando que en ambos sexos en promedio realizan actividad física 1-2 veces por

semana, las excusas más usadas fueron: falta de tiempo en 49.5% y pereza en 19.7% en los hombres y en las mujeres con 36.9 y 20.2% respectivamente, las siguientes causas en frecuencia fueron “llego cansado de la universidad” y la falta de costumbre.

Triviño, V, Z, G, en su estudio sobre Conductas Promotoras de Salud en Estudiantes Universitarios en una Institución de Educación Superior (2012), usando un diseño descriptivo correlacional, como instrumento la Escala de Vida Promotor de Salud II, encontró que el 50,1% de estudiantes obtuvo conductas promotoras de salud superiores a la media, los resultados muestran una disyuntiva, al presentar crecimiento espiritual (61.7%), relaciones interpersonales (53.4%) responsabilidad en salud (50.5%); las definiciones por debajo de la media, actividad física (46.7%), manejo del estrés (46%) y nutrición (49.6%). Según el modelo de regresión múltiple, los factores que predijeron mayor variabilidad en la conducta de salud, autoeficacia y tipo de relación familiar en la vivienda ($R^2=11.6\%$, $p<0,05$). A vista de esto, y aun siendo una variabilidad baja de 11.6% se hicieron recomendaciones al universo de estudio recomendando incluir en los respectivos diseños curriculares Conductas promotoras de salud en estudiantes de una institución de educación superior. Estos factores se consideraron con influencia baja sobre la conducta promotora de estudiantes, pero se recomendó tenerlos en cuenta en la promoción del cuidado de estudiantes.

1.6 Hipótesis de Investigación

H1 Los factores Personales Biológicos (edad, sexo, peso, talla e IMC) y Psicológicos (Sentido de Vida) predicen la autoeficacia percibida en el estudiante de la Facultad en Educación.

H2 El Sentido de Vida es predictora de la Conducta Promotora de Salud en el estudiante universitario de la Facultad en Educación.

H3 La Autoeficacia es predictora de la Conductas promotora de Salud en el estudiante universitario de la Facultad en Educación.

Capítulo 11

Metodología de la Investigación

2.1 Diseño del Estudio

El presente estudio es de enfoque cuantitativo, de diseño transversal de alcance descriptivo y correlacional (Polit & Hungler, 2006) en virtud de que se describen las características de los participantes del estudio y se asociaron las variables factores personales y autoeficacia percibida, sentido de vida con la conducta promotor de salud.

2.2 Población del Estudio

La población de estudio se conformó por los estudiantes matriculados en la Universidad Autónoma del Estado de Puebla en la Facultad de Educación en el periodo escolar del 2014 al 2015. El total de alumnos de la Facultad en Educación es de 88 Universitarios cuyas edades oscilaron entre 18 y 24 años.

2.3 Muestra y Muestreo

Dado que la población de estudiantes Universitarios de la Facultad de Educación, se consideró como una población cautiva, se efectuó un censo de 85 estudiantes para el estudio. El tipo de muestreo fue no aleatorio por conveniencia con estudiantes que

desearon participar voluntariamente, firmando el consentimiento informado como autorización a su colaboración.

2.4 Criterios de Selección

2.4.1 Criterios de Inclusión. Ser alumnos matriculados en la Facultad de Educación de las licenciaturas en Educación, Psicopedagogía y Pedagogía del ciclo escolar 2014-2015 del sistema escolarizado. Estudiantes que firmen y otorguen el consentimiento informado.

2.4.2 Criterios de Exclusión. Las encuestas que no estén contestadas en un 90% Educandos que no deseen participar

2.4.3 Criterios de Eliminación. Escolares que no pertenezcan a la Facultad de Educación y no estén en el sistema escolarizado.

Alumnos que no autoricen el consentimiento informado.

2.5 Instrumentos de Medición

A los estudiantes se les pidió que contestaran los siguientes instrumentos:

2.5.1 Cédula de Factores Personales (apéndice A) comprende: Datos personales biológicos con 5 preguntas: edad, sexo, peso, talla e IMC y datos personales socioculturales con 2 preguntas: estado civil y procedencia.

2.5.2 Escala Dimensional del Sentido de Vida (apéndice B). (EDSV), de Efrén Martínez (2011). El objetivo de esta escala es evaluar el sentido de vida comprendido como coherencia existencial y propósito vital, de manera que se identifique la percepción y vivencia del sentido de vida que tienen las personas. Es un instrumento autoadministrable y de aplicación individualizada. La prueba contiene 18 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de cuatro opciones, que va desde totalmente de acuerdo a totalmente en

desacuerdo. Los ítems directos son valorados del 0-3, (2, 3, 6, 9 y 15), mientras que los ítems inversos son valorados del 3-0, (1, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17 y 18). Su puntaje oscila entre 0 y 54, donde un menor valor indica menor sentido de vida y un mayor valor sugiere un mayor sentido de vida, sin embargo, cabe mencionar que el 0 no indica ausencia del sentido de vida, pues esta expresión numérica no es conceptualmente posible en la realidad psicosocial de las personas. Para la interpretación del sentido de vida es necesario obtener el puntaje total y dividirlo en el número total de ítems que integran al instrumento. Los puntos de corte propuestos son los siguientes: búsqueda de sentido vital, medio sentido vital, alto sentido vital y plenitud de sentido. El Alpha de Cronbach para esta escala en algunos estudios ha sido de .95 para la percepción del propósito vital y .75 para Coherencia existencial (Martínez, O, E. Trujillo, M, A. 2011).

2.5.3 Escala General de Autoeficacia Percibida (apéndice C). (EGAP) de Schwarzer & Baessler, (1996), fue elaborada y traducida al español en 1996 por los mismos autores, evalúa el sentimiento estable de competencia personal para manejar de forma eficaz una gran variedad de situaciones estresantes.

Consta de 10 ítems en escala de tipo Likert de 4 puntos (1=Incorrecto; 2=Apenas cierto; 3=Más bien cierto; 4=Cierto). Para medir la autoeficacia percibida se obtiene un puntaje mínimo de 10 a un máximo de 40, donde a mayor puntaje mayor autoeficacia percibida para obtener un mejor estilo de vida. . El Alpha de Cronbach para esta escala en algunos estudios ha sido de $-1,0$ y de $+1,0$ se consideró que los reactivos medían en forma óptima el constructo cuando sus valores fluctuaban entre 0,7 y 0,9, (Cid, H, P. Orellana A y Barriga O. 2010).

2.5.4 Perfil del Estilo de Vida Promotor de la Salud II (apéndice D). (PEVPS II - Versión en Español-) de Walker, Sechirst, & Pender, (1995). La escala mide la conducta promotora de salud, cuenta con 52 ítems, se encuentra estructurada en formato de respuesta de 4 puntos, en una escala tipo Likert (1=Nunca, 2=Alguna veces, 3=Frecuentemente, 4=Rutinariamente). Para medir la frecuencia actual de conductas promotoras de salud; se divide en seis subescalas: responsabilidad en salud, actividad física, nutrición, crecimiento espiritual; relaciones interpersonales y manejo del estrés. . El Alpha de Cronbach para esta escala se reporta en un rango de .79 a .94 (Walker, Sechirst, & Pender, 1996)).

2.6.-Procedimiento

Para la realización de esta investigación, se definió primero que modelo o teórica de enfermería se utilizaría como referencia, posteriormente se especificó a que facultad se aplicaría la investigación; se comenzó a estructurar la primera etapa del estudio bajo el enfoque cuantitativo a través de la supervisión del coordinador de la materia de Investigación Científica 111. Subsiguientemente se obtendrá el registro oficial de la investigación por la Dirección de Investigación de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (UPAEP), posterior a haber sido aprobado por el asesor de tesis y por la Coordinación Académica de Posgrados en Enfermería del Departamento de Ciencias de la Salud del Centro Interdisciplinario de Posgrados (CIP) de la UPAEP.

Se solicitó la autorización por escrito del coordinador académico de la Facultad de Educación donde se llevó a cabo el estudio, se abordaron a los estudiantes universitarios en las aulas de clase, previo acuerdo con los profesores responsables de grupo, se identificaron a los educandos que cumplieron con los criterios de inclusión para aplicar los

cuestionarios; se dio a conocer a los alumnos la importancia y finalidad del estudio así como la orientación para contestar los instrumentos, haciéndoles hincapié que al contestar fueran lo más honesto posible, se enfatizó que la participación era voluntaria con la libertad de retirarse en el momento que ellos lo desearan, sin que por ello se afectaran sus derechos como estudiantes. Se aseguró la privacidad, anonimato y confidencialidad de su información y se solicitó su consentimiento informado por escrito. Posteriormente se inició la aplicación de los instrumentos, estos fueron autoaplicables y el orden de presentación fue el siguiente: consentimiento informado, la Cédula de Factores Personales, Escala Dimensional del Sentido de Vida (EDSV, Martínez 20011), Escala de Autoeficacia general (EAG, Babler, Schwarzer y Jerusalem, 1993) y la Escala Perfil del Estilo de Vida Promotor de la Salud (PEPS II -Versión en Español)

Al finalizar la aplicación se revisó que ninguna pregunta hubiera quedado sin contestar y se agradeció la participación de los estudiantes. Se procedió a capturar la información obtenida realizando la construcción de la base de datos en el programa SPSS versión 21, así como su análisis e interpretación. Los resultados se presentarán en gráficas.

2.7 Plan de Análisis de los Datos de Investigación

El análisis estadístico constituyo un método para presentar la información de manera significativa y comprensible, mediante el programa estadístico SPSS versión 21, tomando en cuenta los niveles de medición de las variables y mediante la estadística descriptiva e inferencial

Los principales niveles de medición que se abordaron:

Medición de razón accede a establecer en qué proporción es mayor una categoría de escala que otra.

Medición nominal permite clasificar los atributos en categorías mutuamente excluyentes.

Medición ordinal implica la clasificación de los objetos con base en su posición relativa respecto a los demás, en función de un atributo específico.

Los niveles de medición constituyen una jerarquía que va de las escalas proporcionales en el extremo superior a las mediciones nominales en la base.

2.7.1.-Confiabilidad de los Instrumentos de Medición. Los instrumentos de medición que se aplicaran a este estudio han sido comprobados en diversas investigaciones, demostrando su confiabilidad por medio del coeficiente de consistencia interna, Alfa de Cronbach que es aplicable a los instrumento de la investigación presente por tener ítems de tipo Likert.

2.7.2.-Análisis Estadísticos Descriptivo. Se interpreta como el conjunto de métodos para organizar, resumir y presentar los datos de manera informativa a través de la obtención de medidas de resumen (frecuencias y porcentajes), tendencia central (media y mediana) y variabilidad (varianza, rango y desviación estándar), de la investigación con el fin de describir apropiadamente las características del estudio.

2.7.3.-Análisis Estadístico Inferencial. Llamada también inferencia estadística, la cual consiste en llegar a obtener conclusiones o generalizaciones que sobrepasan los límites de los conocimientos aportados por un conjunto de datos. Busca obtener información sobre la población basándose en el estudio de los datos de una muestra tomada a partir de ella, por medio de pruebas paramétricas y no paramétricas

2.8.-Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegará a lo dispuesto en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en Seres Humanos (LGS), (Madrid, H, M, Diario Oficial de la Federación, [DOF], 1983).

De acuerdo con lo establecido en el Artículo 17, Fracción II, se considerará a este estudio como de riesgo mínimo, prevaleciendo en todo momento el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar, de los sujetos a investigación, de conformidad con lo señalado en el Capítulo I, Artículo 13. Se contará con el dictamen favorable de la Dirección de Investigación de la UPAEP como lo marca el Artículo 14, Fracción VIII. En lo que respecta a la Fracción V, del artículo anterior, se contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación; entendiéndose por consentimiento informado al acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna, según lo describe el Artículo 20. Manteniéndose así la protección a la privacidad del individuo sujeto de investigación en apego al Artículo 16.

En concordancia con el Artículo 21, el sujeto de investigación recibirá una explicación clara y completa, de tal forma que pudiera comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos: la justificación y los objetivos de la investigación; los procedimientos que se usarán y su propósito, los beneficios que pudieran observarse; la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto; la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se crearan prejuicios en su contra.

Finalmente con lo referente al Artículo 58, se vigilará que la participación o el rechazo de los sujetos a intervenir, o retiro de su consentimiento durante el estudio, no afectará su situación escolar, en su caso que los resultados de la investigación no serán utilizados en perjuicio de los individuos participantes.

El informe Belmont Report postulo tres principios éticos primordiales sobre los que se basan las normas conducta ética en la investigación: beneficencia, respeto a la dignidad humana y justicia.

El principio de beneficencia es “por sobre todas las cosas, no dañar”.se considera que este principio encierra múltiples dimensiones los cuales son: Garantía de que no sufrirán daño; Garantía de no explotación, Benéficos resultantes de la investigación y Razón riesgo beneficio. Principio de respeto la dignidad humana, comprende el derecho a la autodeterminación y al conocimiento irrestricto de la información. Derecho a la autodeterminación: los seres humanos deben ser tratados como entidades autónomas, capaces de conducir sus propias actividades y destino Derecho al conocimiento irrestricto de la información: el derecho de ser informado y a tomar voluntariamente la decisión de participar en un estudio. Principio de justicia incluye el derecho del sujeto a un trato justo y a la privacidad. Derecho a un trato justo: los participantes tienen derecho a un trato justo y equitativo, antes, durante y después de su participación. Derecho a la privacidad: toda investigación conlleva algún grado de intromisión en la vida privacidad o intimidad de las personas y los investigadores deben asegurarse de no invadir más de lo necesario y respetar la privacidad del sujeto durante su estudio. Establecer con los participantes un compromiso de confiabilidad.

Consentimiento Informado. El consentimiento informado (CI) es la manifestación expresa de una persona a participar en diversas actividades, aceptando libre y

voluntariamente las condiciones, los beneficios y los riesgos que esta involucra Carrasco, A, P. Rubio, A, M Y Fuentes, O, . Implica un acuerdo de tipo verbal o escrito mediante el cual la persona o el representante legal autoriza la intervención en salud con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a los cuales se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coerción alguna. (Apéndice F).

Capítulo 111

Resultados

En el presente apartado se muestran los resultados obtenidos del estudio “Promoción de la Salud en Estudiantes Universitarios de la Facultad de Educación”, realizándose con 85 estudiantes universitarios de las licenciaturas en Educación, Psicopedagogía y Pedagogía de diferentes semestres de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla , se presentan en el siguiente orden: a) descripción de la muestra de estudio, b) confiabilidad de los instrumentos, c) descripción de las variables de estudio, d) matriz de correlación, e) prueba de hipótesis.

3.1 Consistencia Interna de los Instrumentos

Se observa en la tabla 1, los resultados de fiabilidad con el coeficiente Alfa de Cronbach

TABLA 1 CONSISTENCIA INTERNA DE LOS INSTRUMENTOS

No.	Escala	Ítems	Alfa de Cronbach
1	Escala Dimensional del Sentido de Vida	1-18	.781
2	Escala de Autoeficacia General	1-10	.878
3	Perfil de Estilo de Vida Promotor de la salud	1-52	.928
3.1	Subescala Responsabilidad en Salud	1-9 (3,9,15,21,27,33,39,45,51)	.791
3.2	Subescala de Actividad Física	1-8 (4,10,16,22,28,34,40,46)	.861
3.3	Subescala de Nutrición	1-9 (2,8,14,20,26,32,38,44,50)	.659
3.4	Subescala de Crecimiento Espiritual	1-9 (6,12,18,24,30,36,42,48,52)	.828
3.5	Subescala de Relaciones Interpersonales	1-9 (1,7,13,19,25,31,37,43,49)	.746
3.6	Subescala de Manejo del Estrés	1-8 (5,11,17,23,29,35,41,47)	.726

Fuente: Instrumento EDSV,EGA,PEVSII, 2014

n=85

En la tabla N. 1, se aprecian los resultados de la fiabilidad con el coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach, siendo para la Escala Dimensional de Sentido de Vida (.781), para la Escala de Autoeficacia General (.878) y para la escala de Perfil de Estilo Promotor de Salud (.928), para las subescalas del PVPS se obtuvieron los siguientes resultados Responsabilidad en Salud (.791), Actividad Física (.861), Nutrición (.659), Crecimiento Espiritual (.828), Relaciones Interpersonales (.749), y Manejo del Estrés (.726), lo cual demuestra que corresponde a una confiabilidad aceptable (Sampieri,2010,p294-297).

3.2 Descripción de las Variables de Estudio

En el estudio se describe y presenta en tablas, respectivamente para factores biológicos, socioculturales y psicológicos.

Tabla 2 *Factores Personales Biológicos (Sexo)*

Variable	Categoría	<i>f</i>	%
Sexo	Mujer	78	92
	Hombre	7	8
	Total	85	100

Fuente: CFP (2014)

n=85

En la tabla N.2, de factores personales biológicos, indica que la prevalencia respecto al sexo, en la Facultad de Educación es el femenino con el 92% y solo el 8% lo conforma el sexo masculino

Tabla 3 *Factores Personales Biológicos (Edad, Peso, IMC, Talla).*

Variable	<i>R</i>	<i>X</i> MIN	<i>X</i> MAX	$\bar{X}$	$\tilde{X}$	<i>S</i>	<i>S</i> ²
Edad	6	18	24	20.2	20	1.558	2.428
Peso	41	42	83	55.800	55	6.13305	37.61
IMC	10.44	17.48	27.92	21.2379	20.96	1.54643	2.391
Talla	.30	1.50	1.80	1.6198	1.62	.5332	.003

Fuente: CFP (2014)

n=85

En esta tabla N.3, se aprecia que los universitarios en la Facultad de Educación tiene entre 18 y 24 años, con una media de 20.2 el peso, la talla y el IMC demuestran que más de la mitad de los jóvenes de este estudio tiene los estándares promedios de una población saludable, en relación a la grasa corporal

Tabla 4 *Clasificación de Índice de Masa Corporal*

Clasificación	Intervalo	<i>f</i>	%
Insuficiencia Ponderal	<18.5	2	2.4
Intervalo normal	18.5-24.9	80	94.1
Sobrepeso	>25.0		
Pre obesidad	25.0-29.9	3	3.5
Obesidad	>30.0		
Obesidad clase I	30.0-34.9		
Obesidad Clase II	35.0-39.9		
Obesidad Clase III	>40		
Total		85	100%

Fuente: Cédula de Factores Personales (clasificación del IMC según la OMS) n=85

La tabla N.4, perteneciente a una variable de los factores personales biológicos, revela que los colegiados de la Facultad de Educación presentan un índice de sobrepeso del 3.5%, así como 2.4% tiene peso bajo y el 94.1 está con un IMC normal que representa a un poco más de la mitad con estándares aceptables sobre el peso, indicativo de un peso saludable en relación a su estatura y sin sobrepasar los parámetros de grasa corporal.

Tabla 5 Factores Personales Socioculturales (Estado Civil , Semestre y Procedencia)

variable	Categoría	f	%
Estado civil	Sin pareja	85	100
	Con pareja	0	0
	Total	85	100
	Primer semestre de Educación	2	2.4
Semestre	Tercer semestre de Educación	10	11.7
	Quinto semestre de Pedagogía	10	11.7
	Séptimo semestre de Pedagogía	5	5.9
	Primer semestre de Psicopedagogía	18	21.1
	Tercer semestre de Psicopedagogía	10	11.7
	Quinto semestre de Psicopedagogía	21	24.7
	Séptimo semestre de Psicopedagogía	9	10.6
Procedencia	TOTAL	85	100
	Puebla	48	56.5
	Foráneo	37	43.5
	TOTAL	85	100

Fuente: CFP (2014)

n=85

La tabla N. 5, se aprecia que los alumnos de la Facultad de Educación no tienen pareja, así mismo refleja que hay más alumnos de la Licenciatura en Psicopedagogía del quinto semestre con un 24.7% y una minoría en la Licenciatura de Educación del primer semestre con el 2.4%, en relación al lugar de procedencia predominan los del estado de Puebla con el 56.5% y solo el 43.5 son del interior de la república.

Tabla 6 *Escala Dimensional del Sentido de Vida*

Clasificación	Intervalo	<i>f</i>	%
Plenitud del sentido vital	(2, 65 - 3)	27	32
Alto Sentido Vital	(2,64 – 2,35)	29	34
Medio Sentido Vital	(2,34 – 2)	23	27
Búsqueda de Sentido Vital	(0 –1,99)	6	7
Total		85	100

Fuente: Escala Dimensional del Sentido de Vida 2014

n=85

En la tabla N. 6, se observa que los universitarios de la Facultad en Educación exteriorizan para la búsqueda del sentido vital (7 %); lo que se supone que no tienen metas claras y están en un desencuentro personal, el 27% lo presento el medio sentido vital el cual hace suponer que cuentan con metas a un que en determinado momento se desvían de ellas, el alto sentido vital(34) y plenitud del sentido vital (32), refleja que su vida está llena de sentido y propósitos y que no se desvían de ellos hasta lograrlos.

Tabla 7 *Escala de Autoeficacia General*

Clasificación	<i>f</i>	%
Se percibe eficaz	47	55
No se percibe eficaz	38	45
Total	85	100

Fuente: Escala de Autoeficacia General 2014

n=85

En la tabla N. 7, se verifica que más de la mitad del estudiante de la Facultad de Educación (55%), se percibe eficaz, lo que es indicador de la seguridad que una persona puede tener respecto a sí misma y a su rendimiento, comprometiéndose con tareas desafiantes y estresantes, persistiendo en sus propósitos con metas altas y solo el 45% no se percibe eficaz en donde la disminución de confianza en sí mismo interfiere en la realización de tareas.

Tabla 8. *Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud de los Estudiantes de Educación*

Estilo de Vida Promotor de la Salud	<i>f</i>	%
Demostraron conductas de promoción de la salud	41	48
No demostraron conductas de promoción de la salud	44	52
Total	85	100

Fuente: Perfil de Estilo de Vida Promotor de la Salud, 2014.

n=85

En la tabla No. 8, según el Perfil de Estilo de Vida Promotor de la Salud II, de manera general podemos observar que poco más de la mitad de los estudiantes de la Facultad de Educación (52%), no mostró un estilo de vida promotor de la salud adecuado, reflejado en ser responsable en el cuidado de la salud, en la realización de la actividad física, en la nutrición, en el manejo del estrés, las relaciones interpersonales y el crecimiento espiritual

Tabla 9. *Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud-II, subescala de Responsabilidad en Salud.*

Conducta de Promoción de la Salud	<i>f</i>	%
Demostraron ser responsables en el cuidado de su salud.	41	48
No demostraron ser responsables en el cuidado de su salud.	44	52
Total	85	100

Fuente: Perfil de Estilo de Vida Promotor de la Salud, 2014.

n=85

La tabla No. 9, según la Subescala de Responsabilidad en Salud del Perfil de Estilo de Vida Promotor de la Salud II, observamos que poco más de la mitad de los estudiantes de la facultad de educación (52%), no mostró ser responsable en el cuidado de su salud.

Tabla 10. *Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud-II, subescala de Actividad Física.*

Conducta de Promoción de la Salud	<i>f</i>	%
Demostraron ser responsables en la realización de actividad física.	44	52
No demostraron ser responsables en la realización de la actividad física	41	48
Total	85	100

Fuente: Perfil de Estilo de Vida Promotor de la Salud, 2014.

n=85

La tabla No. 10, según la Subescala de Actividad Física del Perfil de Estilo de Vida Promotor de la Salud II, observamos que poco más de la mitad de los estudiantes de la facultad de educación (52%), mostró que realiza actividad física como parte su estilo de vida.

Tabla 11. *Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud-II, subescala de Nutrición.*

Conducta de Promoción de la Salud	<i>f</i>	%
Mostraron un estilo de vida promotor de la salud en nutrición.	44	52
No mostraron un estilo de vida promotor de la salud en nutrición.	41	48
Total	85	100

Fuente: Perfil de Estilo de Vida Promotor de la Salud, 2014.

n=85

Se puede observar en la tabla N.11, de acuerdo a la Subescala de Nutrición del Perfil de Estilo de Vida Promotor de la Salud II, que poco más de la mitad de los estudiantes de la facultad de educación (52%), presentan una dieta diaria saludable, como parte de su estilo de vida.

Tabla 12 *Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud-II Subescala en Crecimiento Espiritual*

Conducta de Promoción de la Salud	<i>f</i>	%
Muestran conductas promotoras de Salud en relación al Crecimiento Espiritual	50	59
No demuestra conductas promotoras de salud en relación al Crecimiento Espiritual	35	41
Total	85	100

Fuente: Escala de Estilo de Vida Promotor de Salud

n=85

Se aprecia en la tabla N.12, que más de la mitad (59%) del estudiante de la facultad de educación en la subescala en Crecimiento Espiritual del Perfil de Estilo de Vida Promotor de la Salud II, presentan un equilibrio de su mismo yo; proporcionando paz interior y abre a la posibilidad de crear nuevas opciones para convertirse en algo más yendo más allá de quién y qué somos.

Tabla 13 *Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud Subescala Relaciones Interpersonales*

Conducta de promoción de la Salud	<i>f</i>	%
Mostraron una conducta promotor de la Salud en Relaciones Interpersonales	41	48
No Mostraron una conducta promotor de Salud en Relaciones Interpersonales	44	52
Total	85	100

Fuente: Escala de Estilo de Vida Promotor de Salud

n=85

En la tabla N.13, se demuestra que más de la mitad (52%) de los estudiantes de la Facultad de Educación en la Subescala Relaciones Interpersonales del Perfil de Estilo de Vida Promotor de la Salud II, no presentan relaciones significativas lo que significa que tampoco

tienen un apropiado intercambio de comunicación para transmitir pensamientos y sentimientos a través de mensajes verbales y no verbales.

Tabla 14 *Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud Subescala Afrontamiento del Estrés*

Clasificación	<i>f</i>	%
Demuestran estilo de vida promotor de Salud en relación al afrontamiento del estrés	36	42
No demuestran un estilo de vida promotor de salud en relación al afrontamiento del estrés	49	58
Total	85	100

Fuente: Escala de Estilo de Vida Promotor de Salud

n=85

Se aprecia en la tala N.14, en relación a la Subescala Afrontamiento del Estrés del Perfil de Estilo de Vida Promotor de la Salud II, que los universitarios de la facultad de educación no controlan con eficacia la tensión, siendo más de la mitad (58%).

3.3 Estadísticas Descriptivas y Prueba de Kolmogorov-Smirnov

Tabla 15 Estadística descriptiva y prueba de **Kolmogorov-Smirnov**

Índices	<i>R</i>	XMIN	XMAX	$\bar{X}$	<i>S</i>	<i>K-z</i>	<i>p</i>
Sentido de Vida	26	27	53	44.11	5.720	.854	.459
Auto Eficacia Percibida	24	16	40	32.58	5.062	1.075	.198
Conducta Promotora de Salud	99	92	191	136.46	20.840	.788	.563

Fuente: CFP(2014)

n=85

La tabla N.15, se observa según la prueba de **Kolmogorov-Smirnov** la distribución de los datos de Sentido de Vida, Autoeficacia Percibida y la Conducta Promotora de Salud son evidencia para aceptar la hipótesis nula ya que los datos presentaron una distribución normal

3.4. Matriz de Correlación de Pearson

Tabla 16

Matriz de correlación de Pearson de los Factores personales , sentido de vida, Autoeficacia Percibida y Conducta Promotora de salud

Variables	1	2	3	4	5	6	7
1. Edad	1						
Valor de p							
2. Peso	.039	1					
Valor de p	.722						
3. Talla	.232*	.723**	1				
Valor de p	.032	.000					
4. IMC	-.160	.788**	.148	1			
Valor de p	.143	.000	.176				
5. Sentido de Vida	.104	-.052	-.031	-.053	1		
valor de p	.344	.637	.780	.631			
6. Autoeficacia P	.039	-.032	-.083	.032	.425**	1	
Valor de p	.723	.775	.449	.772	.000		
7. Conducta Promotora de Salud	.220*	.043	-.033	.079	.492**	.404**	1
Valor de p	.043	.699	.765	.471	.000	.000	

Fuente: CFP (2014), EDSV (2011), EAG (1993), PEVPS II (1995)

n=85

Se puede observar en la correlación de Pearson que presenta la tabla N. 16, que existe, una correlación positiva media ($r=.425$; $p=.000$) de las variables Sentido de Vida y Autoeficacia Percibida de los estudiantes de la Facultad de Educación.

La tabla N.16 de Parson muestra una correlación positiva media ($r=.492$, $p=.000$) entre las variables Sentido de Vida con la Conducta Promotora de Salud de los estudiantes de la Facultad de Educación

Se aprecia en la tabla de Pearson una correlación positiva media ($r=.404$; $p=.000$) entre las variables Autoeficacia Percibida y la Conducta Promotora de Salud, de los estudiante de la Facultad de Educación.

3.5 Prueba de Hipótesis

En la presente sección se describen los resultados de las hipótesis planteadas mismos que servirán para confirmarlas o refutarlas, a través del Modelo Estadístico de Regresiones Lineales Simples y Múltiples, permitiéndonos estimar el efecto de una variable sobre otra considerando como Variables Independientes en la primera hipótesis los Factores Personales Biológicos y Psicológicos y Dependiente la Autoeficacia Percibida; en la segunda hipótesis se consideran los Factores Personales Biológicos y Psicológicos como variables Independientes y como Dependiente la variable Conducta Promotora de Salud, en la tercera hipótesis la Autoeficacia Percibida es la variable Independiente y la Conducta Promotora de Salud la Dependiente y en la cuarta hipótesis la variable Independiente es el Sentido de Vida y la Conducta Promotora de Salud como variable Dependiente de los alumnos de la Facultad de Educación.

3.5.1 Hipótesis 1. Establece que los factores Personales Biológicos (edad, peso, talla e IMC) y Psicológicos (Sentido de Vida) predicen la autoeficacia percibida en el estudiante de la Facultad en Educación, la cual se verifica a través del modelo de regresión lineal múltiple, observando que las variables, edad peso, talla e IMC no predicen a la Autoeficacia solo el Sentido de Vida influyen en la Autoeficacia Percibida, por lo que podemos decir que a mayor sentido de vida mayor autoeficacia.

Tabla 17

Regresión Lineal Múltiple del Efecto de los Factores Personales Biológicos y psicológicos sobre la Autoeficacia Percibida

Variables	Suma de cuadrados	gl	Cuadrado medio	F. cal	Valor de p
Modelo 1	419.542	5	83.908	3.85	.004
Residuos	1733.211	79	21.939		

Variables independientes: FP(edad, talla, sexo, peso e IMC) y Psicológicos (Sentido de Vida)

Variable dependiente: autoeficacia percibida.

$R^2 = 195\%$

Se observa en la tabla N. 17, que los Factores Personales Biológicos y Psicológicos perciben sobre la Autoeficacia Percibida ($F_{cal_{5/79}}=3.85$; $p=.004$) en los alumnos de la Facultad de Educación

Tabla 18

Modelo 1 Efecto de los Factores Personales Biológicos y Psicológicos sobre la Autoeficacia Percibida

Variables	B	Error estándar	T	Valor de p
Constante	-78.109	161.342	-.484	.630
Edad	.111	.348	.317	.752
peso (kg)	-.849	1.351	-.629	.531
talla (cms)	52.053	96.483	.540	.591
IMC	2.583	3.754	.688	.493
PUNTAJEEDSV	6.802	1.622	4.193	.000

Variable dependiente: Autoeficacia Percibida

$R^2 = 195\%$

En la tabla N. 18, se aprecia que los Factores Personales Biológicos y Psicológicos son predictores de la Autoeficacia percibida, en donde la variable sentido de vida induce a la autoeficacia Percibida ($t=4.193$; $p=.000$) en los alumnos de la Facultad de Educación

3.5.2 Hipótesis 2. Establece que el sentido de vida es predictor de la conducta promotora de salud en el estudiante de la Facultad de Educación, por lo que se verificó a través del modelo de regresión lineal se demostró que si existe correlación entre las variables en donde a mayor sentido de vida mejores conductas promotoras de salud

Tabla 19

Regresión Lineal Múltiple del Sentido de Vida sobre la Conducta promotora de salud

Variables	Suma de cuadrados	gl	Cuadrado medio	F. cal	Valor de p
Modelo 1	8847.550	1	8847.550	26.574	.000
Residuos	27633.556	83	332.934		

Variables independientes: Sentido de Vida

Variable dependiente: Conducta Promotora de Salud

$R^2 = 243\%$

La tabla N. 19, muestra que el Sentido de Vida predice a la Conducta promotora de Salud ($F_{cal_{1/83}}=26.574$; $p=.000$) de los estudiantes de la Facultad de Educación.

Tabla 20

Modelo 1 Efecto del Sentido de Vida sobre la Conducta Promotora de Salud

Variables	B	Error estándar	t	Valor de p
Constante	57.319	15.479	3.703	.000
PUNTAJEEDSV	32.298	6.265	5.155	.000

Variable dependiente: Conducta Promotora de Salud

$R^2 = 243\%$

En la tabla N.20, se observa que el Sentido de Vida presenta predicción con la Conducta Promotora de Salud ($t=5.155$; $p=.000$) de los universitarios de la Facultad de Educación

3.5.3 Hipótesis 3. Expone que la Autoeficacia es predictiva de la Conducta Promotora de Salud en los estudiantes de Educación, para contrastar esta hipótesis se implementa el modelo de regresión lineal múltiple que nos permite verificar que la autoeficacia influye en la Conducta Promotora de Salud de los estudiantes de Educación, de salud por lo que a mayor autoeficacia mejores Conductas Promotoras

Tabla 21

Regresión Lineal Múltiple del Efecto de la Autoeficacia Percibida sobre la Conducta Promotora de Salud

Variables	Suma de cuadrados	gl	Cuadrado medio	F. cal	Valor de p
Modelo 1	419.542	5	5965.199	16.225	.000
Residuos	1733.211	79	367.662		

Variables independientes: Autoeficacia Percibida
Variable dependiente: Conducta Promotora de Salud

$R^2 = 164\%$

La tabla N. 21, muestra que la Autoeficacia Percibida predice a la Conducta promotora de Salud ($F_{cal_{5/79}}=16.225$; $p=.000$) de los estudiantes de la Facultad de Educación.

Tabla 22

Modelo 1 Efecto de la Autoeficacia Percibida sobre la Conducta Promotora de Salud

Variables	B	Error estándar	t	Valor de p
Constante	82.231	13.622	6.036	.000
PUNTAJEEAG	1.665	.413	4.028	.000

Variable dependiente: Conducta Promotora de Salud

$R^2 = 164\%$

En la tabla N.22, se observa que la Autoeficacia percibida presenta predicción con la Conducta Promotora de Salud ($t=4.028$; $p=.000$) de los universitarios de la Facultad de Educación

Capítulo IV

Discusión

Las conductas de Promoción a la salud considero que se cimientan en el hogar en las primeras etapas del Ciclo Vital, se edifican y consolidan a través del desarrollo de la vida fortaleciéndose, mediante el conocimiento y el valor que cada persona le otorgue a su salud influenciados por los diferentes grupos en los que se desarrolla como la escuela, la comunidad o el grupo social al que pertenece a si como su propia cultura y a sus expectativas de vida, sin embargo el personal de enfermería por los conocimientos que posee sobre la salud del ser humano y el compromiso de ayudar a mantenerla y debe de interactuar constantemente con los grupos de edad vulnerables como es la juventud en donde actualmente se da un alto índice de mortalidad y morbilidad por practicar conductas no propicias para su salud cuyas repercusiones los llevan a quebrantar su calidad de vida y bienestar ; por lo que al equipo de salud y específicamente a enfermería nos toca promover conductas promotoras de salud ya que este grupo específico de Estudiantes Universitarios así lo requiere por enfrentarse a una sociedad multifacética y a los nuevos roles que les demande, permitiéndole desempeñar sus obligaciones sociales de una manera que no dañe a su salud o ponga en riesgo su vida.

En la presente tesis se investigó los Factores Personales Biológicos (edad, peso, talla e IMC), Psicológicos (Sentido de Vida) y socioculturales (Estado Civil, Procedencia y Semestre) y la Autoeficacia Percibida como predictores de la Conducta Promotora de Salud en la Facultad de Educación, participando alumnos de las Licenciaturas de Educación, Psicología y Psicopedagogía; en donde intervinieron 85 estudiantes de diferentes semestres , prevaleciendo el sexo femenino con el 92 % y con tal solo el 8% el masculino, lo cual se relaciona con otros estudios realizados por Martínez O, E, Trujillo, M

(2011) y Martínez, O, E, Castellanos M, C, (2013) en donde prevalece el sexo femenino cuyas edades están entre los 18 y 24 años con una media de 20.2, en relación a los Factores Biológicos se encontró que el peso tubo una media de 55.800, la talla presento una media de 1,61 y el IMC 21.23, lo cual reflejo que el 94.1% estudiantes presentan adecuados parámetros de grasa corporal en relación a lo que establece la OMS.

En relación a la fiabilidad de los instrumentos realizada por medio del Coeficiente Alfa de Cronbach se obtuvo el resultado siguiente: para la **Escala Dimensional del Sentido de Vida se obtuvo el .781**, exhibiendo que los alumnos presentaron alto sentido vital (34%) lo que refleja que los alumnos tienen propósitos fijos y que no se desvían de ellos hasta lograrlos.

Para la **Escala de Autoeficacia general se logró el .878**, en este instrumento se alcanzó que el 55% de los alumnos de la Facultad de Educación se percibieron eficaces lo que se deduce como la capacidad que tienen para enfrentarse a tareas desafiantes y estresante, para el **Perfil Estilo de Vida Promotor de Salud se obtuvo el .928**, así mismo se adquirió que un poco más de la mitad de los alumnos no tienen conductas de Promoción a la Salud (52%); siendo similares estos resultados con los estudios efectuados por Martínez O, E, Trujillo, M (2011), Cid, H, P, Orellana, A, y Barriga, O (2010) y Triviño, V, Z, G, (2013); en relación a las subescalas de Responsabilidad en Salud (52%), Relaciones Interpersonales (52%) y Manejo del Estrés (58%) los alumnos se mostraron no tener una Conducta promotora de salud. En correlación a las hipótesis establecidas se aceptaron debido a que presentaron un valor menor a $p = > 0.005$.

4.1 Conclusiones

De acuerdo a la literatura especializada y en relación a esta investigación sobre las hipótesis las cuales fueron aceptadas se puede deducir lo siguiente, los factores biológicos y el estilo de vida predicen conductas convenientes para la Autoeficacia ($F_{5/79}=3.85$; $p=.004$); por lo que a mayor sentido de vida mayor autoeficacia, a sí mismo muestra que el Sentido de Vida predice a la Conducta promotora de Salud ($F_{1/83}=26.574$; $p=.000$) de los estudiantes de la Facultad de Educación, en donde mayor Sentido de Vida mejores Conductas promotora de Salud y por último se obtuvo que la Autoeficacia Percibida predice a la Conducta promotora de Salud ($F_{5/79}=16.225$; $p=.000$) de los estudiantes de la Facultad de Educación, donde a mayor autoeficacia mejores Conductas de Promotoras de Salud.

4.2 Recomendaciones

Seguir realizando este tipo de estudios con otras variables que nos orienten a saber cuáles son las Conductas de Promoción a la salud que los Universitarios realizan para mantener su salud y en cuales hay que interactuar como profesional de enfermería.

Realizar estudios en Universidades públicas para hacer comparaciones con los Universitarios de escuelas Particulares ya que ambos grupos practican diferentes roles en la sociedad.

Efectuar estudios sobre Conductas Promotoras en Salud Mental ya que los estudiantes de Educación presentaron no tener un adecuado manejo del estrés, ni tener adecuadas relaciones interpersonales, lo que es un factor de riesgo a su salud.

Desarrollar Intervenciones de Enfermería que Permita fortalecer las Conductas Promotoras de Salud y las variable que se estudiaron.

Referencias

- Beltrán, G, F, J, Fermán, T, I, Martínez, P, M, Guerra, B, F, Calderón, M, (2011)
Valoración del Sentido de Vida y la Autoestima en estudiantes universitarios de Psicología, Revista electrónica Medicina, Salud y Sociedad. Vol. 1, no. 3, p, 1-23 de Cienciasdelasalud.com/revistas/index.php/mss/article/view/33
- Carta de OTTAWA (2001) para la *Promoción de la Salud*, Salud Pública, Educ Salud; 19-22.
- Carta de Bangkok, (2005) *Guía de Evidencias Promoción de la salud*, 7, Recuperado el 30 de junio del 2010, de: <http://www.promoción.salud.gob.mx>
- Carrasco, A, P. Rubio, A, M Y Fuentes, O, (2012), *Consentimiento informado: un pilar de la investigación clínica* AÑO 12 - VOL. 12 N° 1 - CHÍA, COLOMBIA - ABRIL 2012, p, 32-41, de, <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n1/v12n1a04>
- Cid H, P, Orellana, A, Barriga, O, (2010), *Validación de la escala de autoeficacia general en Chile* Rev. Méd. Chile v.138 n.5 Santiago mayo 2010 551-557, de, http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000500004
- Cid P, Merino J, Stiepovich J. (2006) *Factores biológicos y psicosociales Predictores del estilo de Vida Promotor de Salud*. Rev Med Chile; 134(12), 1491-1499.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO 2013). *Proyecciones de población de México 2010-2050*, Recuperado de, <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>, julio de 2013.
- Definiciones de la OMS 2012, Recuperado de, <http://sexosaludyenfermeria.blogspotimx/p/def>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). *Marco de acción sobre adolescentes y jóvenes*. Recuperado el 16 de julio de 2014, de:

http://www.unfpa.org.mx/estrategia_jovenes.php.

- García, A, J, Gallego, P, J, F, Pérez, D, E, (2010) *Sentido de Vida y desesperanza*, Universidad Psicológica, Bogotá Colombia, Vol.8. no.2. p, 447-454 de www.redalyc.org/articulo.oa?id=64712165013
- Gamarra, S, Rivera, T, Alcalde, G, Cabellos, V, (2010), *Estilo de vida, autoestima y apoyo social en estudiantes de enfermería, UCV - Scientia* 2(2), 2010,73-81,de, ojs.ucv.edu.pe/index.php/UCV-SCIENTIA/article/download/451/326
- Ledo, V, M, T, Román, I, González, S, M, Jáuregui, R, I, y Conde, V, R, (2011), *Características nutricionales y estilo de vida en universitarios*, Nutr. Hosp. vol.26 no.4 Madrid jul.-ago. 2011, p, 214-218, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000400022
- Martínez O, E, Castellanos, M, C, 2013, *Percepción del Sentido de Vida en Universitarios Colombianos*, Pensamiento Psicológico vol., 1, 1, p, 71-82, Recuperado de, <http://www.redalyc.org/pdf/8012700009.p>
- Martínez O, E, Trujillo, M, A, Días C, J, P, Osma, MGJ, J, (2011), *Desarrollo y Estructura de la Escala Dimensional del Sentido de Vida*, Acta Colombiana de Psicología 14 (2): 113-119, de www.ucatolica.edu.co/easyweb2/files/23_7753_v14n2_art10.pdf.
- Martínez, O, E, Osma, J, J, E (2012) *Validación de la prueba sentido del trabajo en población Colombiana*, Psicología del Caribe, vol. 29, núm. 1, enero-abril 2012, p, 64-86 de, www.redalyc.org/articulo.oa?id=21323171003
- MADRID, H, (1983), *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*, Diario oficial de la Federación de fecha 3 de febrero de 1983, <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Muñoz M y Cabieses B (2008) *Universidades y promoción de la salud: ¿cómo alcanzar el*

punto de encuentro? Rev Panam Salud Pública; 24(2):139-46.

Organización de Naciones Unidas [ONU] (2010) *Objetivos del desarrollo del milenio*, 1-76 de http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2010_SP.pdf

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2011). *Radiografía de la salud de la Juventud en el mundo*. Recuperado el 9 de abril de 2014, de: http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=774&Itemid=0

Programa de Acción Específico, *alimentación y actividad física*, (2013-2018), 5-101. Recuperado el, 26-01-15, de [www.ssps,gob,mx/programas-accion](http://www.ssps.gob.mx/programas-accion)

Programa de Acción Específico, *promoción de la salud y determinantes sociales*

(2013-2018), 5-107. Recuperado el, 26-01-15, de [www.ssps,gob,mx/programas-accion](http://www.ssps.gob.mx/programas-accion)

Programa de Acción Específico, *entornos y comunidades saludables*

(2013-2018), 5-79. Recuperado el, 26-01-15, de [www.ssps,gob,mx/programas-accion](http://www.ssps.gob.mx/programas-accion)

Raile, A, M, Marriner, T, A, (2011), *Modelo de la Promoción de la Salud*, Modelos y

Teorías en Enfermería, Séptima edición, España; Elsevier España S.A Cp., 21, 816

Reigal, G, R, Videra, G, A, Tamayo, I, Juárez, R, R, (2012) *Importancia del autoconcepto físico y la autoeficacia general en la predicción de la conducta de práctica física*,

Apunts. Educación Física y Deportes 2013, n. ° 112, 2. ° Trimestre (abril-junio), pp. 46-

51 de, www.raco.cat/index.php/ApuntsEFD/article/download/268187/355765

Reigal, R, Videra, A, Gil, J. (2013), *práctica física, autoeficacia general y satisfacción*

vital en la adolescencia, Rev.int.med.cienc.act.fís.deporte- vol. X - número x - ISSN:

1577-0354, 1-16, de, <http://cdeporte.rediris.es/revista/inpress/artpractica502.pdf>

Reyes, J, K, Hernández, P, M, R, (2011), *análisis crítico de los estudios que exploran la*

autoeficacia y bienestar vinculados al comportamiento saludable, Journal of Behavior,

Health & Social Issues vol. 3 num. 2, p, 5-24 nov-2011 / apr-2012, de

www.journals.unam.mx/index.php/jbhsi/article/download/29915/pdf

Rozalén, C, M, 2009, *Crecias de autoeficacia*, Madrid, p, 24, Recuperado

De, <http://innovacioneducativa.upm.es/jimcue-09>

Rodríguez, R, F, Palma L, X, Romo, B, A, Escobar, B, D, Aragón, G, B, Espinoza O, L,

(2013) *Hábitos alimentarios, actividad física y nivel socioeconómico en estudiantes*

universitarios de Chile, Nutr Hosp. 2013; 28(2):447-455, de,

<http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v28n2/24original19.pdf>

Salvador, Morales, (2009), *Fundamentos psicológicos de la autoeficacia emprendedora en*

jóvenes mexicanos Universidad de Almeria, España, Colegio de Postgraduados.

Campus Puebla Altern. Psicol. v.14 n.20 México mar. 2009, de,

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1405->

[339X2009000100004&script=sci_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1405-339X2009000100004&script=sci_arttext)

Salazar, T, I, C, Varela, A, M, T, Lema, S, I, Tamayo, C, J, A, Duarte, A, C, (2010),

Colombia, *Evaluación de las conductas de salud en jóvenes universitarios*, Rev. Salud

pública. 12 (4): 599-611, de, <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12n4/v12n4a07>

Triviño, Vargas, (2012) *Conductas Promotoras de Salud en estudiantes de una Institución*

de Educación Superior. Universidad del Valle, Colombia, 275-285.

**Anexos****APENDICE A**

Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla

Centro Interdisciplinario de posgrados

Departamento de Ciencias de la Salud

CÉDULA DE FACTORES PERSONALES (CFP)

No. De Folio _____

Fecha de aplicación _____

Día/Mes/Año

Dependencia Universitaria _____

Semestre _____

I. Datos Personales Biológicos

1. Edad: en años cumplidos _____ 2. Sexo: Masculino () Femenino ()

3. Peso _____ 4. Talla _____ 5.1MC _____

II. Datos Personales Socioculturales

6. Estado civil: 1 con pareja () 2 sin pareja ()

7. Procedencia _____

Gracias por su participación



APÉNDICE B

Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Dirección de Posgrados en Salud
Coordinación Académica de Posgrados en Enfermería
Maestría en Ciencias de enfermería

No. De folio _____

Escala Dimensional del Sentido de Vida (EDSV, Martínez, 2011)

Instrucciones: Este cuestionario contiene oraciones acerca de tu percepción sobre el sentido de vida. Por favor responde a cada oración lo más exacto posible y trata de no pasar por alto ninguna oración, encerrando en un círculo alrededor de la respuesta correcta.

0= Totalmente en desacuerdo (TED) 1=En desacuerdo (ED) 2= De acuerdo (DA) 3= Totalmente de acuerdo (TDA)

VARIABLE	ORACIONES	RESPUESTAS			
		0	1	2	3
EDSV01	Enfrentarme a mis tareas cotidianas constituye una experiencia aburrida.	TED	ED	DA	TDA
EDSV02	La vida me parece una experiencia llena de razones por la cual vivir.	TED	ED	DA	TDA
EDSV03	Normalmente me siento pleno con lo que estoy haciendo en mi vida.	TED	ED	DA	TDA
EDSV04	Frecuentemente me desconozco a mí mismo en mi forma de actuar.	TED	ED	DA	TDA
EDSV05	Aun teniendo claro mis deberes, generalmente hago solo lo que quiero.	TED	ED	DA	TDA
EDSV06	He descubierto metas claras en mi vida.	TED	ED	DA	TDA
EDSV07	Si muriera hoy, me parecería que mi vida ha sido un completo fracaso.	TED	ED	DA	TDA
EDSV08	Tal y como yo lo veo, en relación con mi vida, no se para dónde voy.	TED	ED	DA	TDA
EDSV09	Las metas que tengo en mi vida hablan de quien soy en este momento.	TED	ED	DA	TDA
EDSV10	A pesar de mis metas he considerado seriamente el suicidio como una salida a mi situación.	TED	ED	DA	TDA
EDSV11	Considero que mi capacidad de encontrar un significado, un propósito o una misión en la vida es prácticamente nula.	TED	ED	DA	TDA
EDSV12	Mi vida es vacía y llena de desesperación.	TED	ED	DA	TDA
EDSV13	Con frecuencia no logro entender porque actuó de cierta manera.	TED	ED	DA	TDA
EDSV14	Al pensar en mi propia vida me pregunto a menudo porque existo.	TED	ED	DA	TDA
EDSV15	Me siento coherente con las acciones que realizo para lograr mi proyecto de vida.	TED	ED	DA	TDA
EDSV16	En el logro de mis metas vitales no he conseguido ningún progreso.	TED	ED	DA	TDA
EDSV17	Mi existencia personal es sin sentido y propósitos.	TED	ED	DA	TDA
EDSV18	Si pudiera elegir nunca habría nacido.	TED	ED	DA	TDA



APÉNDICE C

Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Dirección de Posgrados en Salud
Coordinación Académica de Posgrados en Enfermería
Maestría en Ciencias de enfermería
 No. De folio _____

Escala de Autoeficacia General (EAG, Babler, Schwarzer y Jerusalem, 1996)

Instrucciones: Este cuestionario contiene oraciones acerca de tu percepción sobre tu autoeficacia. Por favor responde a cada oración lo más exacto posible y trata de no pasar por alto ninguna oración, encerrando en un círculo alrededor de la respuesta correcta.

1=incorrecto (INC) 2=apenas cierto (APC) 3=más bien cierto (MBC) 4=cierto (C)

VARIABLE	ORACIONES	RESPUESTAS			
		1	2	3	4
EAG01	Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.	INC	APC	MBC	C
EAG02	Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente	INC	APC	MBC	C
EAG03	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.	INC	APC	MBC	C
EAG04	Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.	INC	APC	MBC	C
EAG05	Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.	INC	APC	MBC	C
EAG06	Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	INC	APC	MBC	C
EAG07	Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.	INC	APC	MBC	C
EAG08	Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.	INC	APC	MBC	C
EAG09	Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.	INC	APC	MBC	C
EAG10	Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	INC.	APC	MBC	C



APÉNDICE D

Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Dirección de Posgrados en Salud
Coordinación Académica de Posgrados en Enfermería
Maestría en Ciencias de enfermería

No. De folio _____

Perfil de Estilo de Vida Promotor de la Salud (PEVPS-II) Walker Sechirst & Pender, (1995)

Instrucciones: Este cuestionario contiene oraciones acerca de tu estilo de vida o hábitos personales presentes. Por favor responde a cada oración lo más exacto posible y trata de no pasar por alto ninguna oración, Indica la frecuencia con la que te dedicas a cada conducta o costumbre encerrando un círculo alrededor de la respuesta correcta.

N= Nunca, AV= Algunas veces, F= Frecuentemente, o R= Rutinariamente

VARIABLE	ORACIONES	RESPUESTAS			
		1	2	3	4
PEVPS01	Discuto mis problemas con personas allegadas.	N	AV	F	R
PEVPS02	Escojo una dieta baja en grasas, grasas saturadas y colesterol.	N	AV	F	R
PEVPS03	Informo a un Doctor (a) o a otros profesionales de la salud cualquier señal inusual o síntoma extraño.	N	AV	F	R
PEVPS04	Sigo un programa de ejercicios planificados.	N	AV	F	R
PEVPS05	Duermo lo suficiente.	N	AV	F	R
PEVPS06	Siento que estoy creciendo y cambiando en una forma positiva.	N	AV	F	R
PEVPS07	Elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos.	N	AV	F	R
PEVPS08	Limito el uso de azúcares y alimentos que contienen azúcar (dulces).	N	AV	F	R
PEVPS09	Leo y veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud.	N	AV	F	R
PEVPS10	Hago ejercicio vigoroso por 20 o más minutos, por lo menos tres veces a la semana (tales como: caminar rápidamente, andar en bicicleta, baile aeróbico, usar máquina escaladora).	N	AV	F	R
PEVPS11	Tomo algún tiempo para relajarme todos los días.	N	AV	F	R
PEVPS12	Creo que mi vida tiene propósito.	N	AV	F	R
PEVPS13	Mantengo relaciones significativas y enriquecedoras.	N	AV	F	R
PEVPS14	Como de 6 a 11 porciones de pan, cereales, arroz o pasta (fideo) todos los días.	N	AV	F	R
PEVPS15	Hago preguntas a los profesionales de la salud para poder entender sus instrucciones.	N	AV	F	R
PEVPS16	Tomo parte en actividades físicas livianas a moderadas (tales como caminar continuamente de 30 a 40 minutos, 5 o más veces a la semana).	N	AV	F	R
PEVPS17	Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar.	N	AV	F	R
PEVPS18	Miro adelante hacia el futuro.	N	AV	F	R
PEVPS19	Paso tiempo con amigos íntimos.	N	AV	F	R

PEVPS20	Como de 2 A 4porciones de frutas todos los días.	N	AV	F	R
PEVPS21	Busco una segunda opinión, cuando ponga en dudas las recomendaciones del proveedor de servicios de salud.	N	AV	F	R
PEVPS22	Tomo parte en actividades físicas de recreación (tales como: nadar, baila, andar en bicicleta).	N	AV	F	R
PEVPS23	Me concentro en pensamientos agradables a la hora de acostarse.	N	AV	F	R
PEVPS24	Me siento satisfecho y en paz con migo mismo(a).	N	AV	F	R
PEVPS25	Se me hace fácil demostrar preocupación, amor y cariño a otros.	N	AV	F	R
PEVPS26	Como de 3 a 5 porciones de vegetales todos los días.	N	AV	F	R
PEVPS27	Discuto mis cuestiones de salud con profesionales de la salud.	N	AV	F	R
PEVPS28	Hago ejercicio para estirar los músculos por lo menos 3 veces por semana.	N	AV	F	R
PEVPS29	Uso métodos específicos para controlar mi tensión.	N	AV	F	R
PEVPS30	Trabajo hacia metas de largo plazo en mi vida.	N	AV	F	R
PEVPS31	Toco y soy tocado (a) por las personas que me importan.	N	AV	F	R
PEVPS32	Como de 2 a 3 porciones de leche yogurt o queso cada día.	N	AV	F	R
PEVPS33	Examino mi cuerpo por lo menos mensualmente por cambios físicos o señales peligrosas.	N	AV	F	R
PEVPS34	Hago ejercicio durante actividades físicas usuales diariamente, (tales como: caminar a la hora del almuerzo, utilizar escaleras en vez de elevadores, estacionar el carro lejos del lugar del destino y caminar).	N	AV	F	R
PEVPS35	Mantengo un balance de tiempo entre el trabajo y pasatiempos.	N	AV	F	R
PEVPS36	Encuentro cada día interesante y retador (estimulante).	N	AV	F	R
PEVPS37	Busco maneras de llenar mis necesidades de intimidad.	N	AV	F	R
PEVPS38	Como solamente de 2 a 3 porciones de carne, aves pescados, frijoles, huevo y nueces todos los días.	N	AV	F	R
PEVPS39	Pido información de los profesionales de la salud sobre como tomar buen cuidado de mí mismo (a).	N	AV	F	R
PEVPS40	Examino mi pulso cuando estoy haciendo ejercicio.	N	AV	F	R
PEVPS41	Practico relajación o meditación por 15 - 20 minutos diariamente.	N	AV	F	R
PEVPS42	Estoy consciente de lo que es importante para mí en la vida	N	AV	F	R
PEVPS43	Busco apoyo de un grupo de personas que se preocupan por mí.	N	AV	F	R
PEVPS44	Leo las etiquetas nutritivas para identificar el contenido de las grasas y sodio en los alimentos empacados.	N	AV	F	R
PEVPS45	Asisto a programas educacionales sobre el cuidado de salud personal.	N	AV	F	R
PEVPS46	Alcanzo mi pulso cardiaco objetivo cuando hago ejercicio.	N	AV	F	R
PEVPS47	Mantengo un balance para prevenir el cansancio.	N	AV	F	R
PEVPS48	Me siento unido(a) con una fuerza más grande que yo.	N	AV	F	R
PEVPS49	Me pongo de acuerdo con otro por medio del dialogo y compromiso.	N	AV	F	R
PEVPS50	Desayuno.	N	AV	F	R
PEVPS51	Busco orientación o consejo cuando es necesario.	N	AV	F	R
PEVPS52	Expongo mi persona a nuevas experiencias o retos.	N	AV	F	R



APÉNDICE E
CONSENTIMIENTO INFORMADO
(CI)

Universidad Popular del Estado de Puebla

Centro Interdisciplinario de Posgrados

Departamento de Ciencias de la Salud

_____ a _____ de _____ 2014

Proyecto de investigación sobre Conductas Promotoras de Salud en estudiantes universitarios de la Facultad de Educación.

A través de este medio (CI) te invitamos a participar de forma voluntaria en este estudio, ya que nos interesa conocer cómo influyen las variables de esta investigación en la Conducta Promotora de Salud en los Universitarios de la Licenciatura de Educación. Si tú aceptas darás respuesta a 4 cuestionarios autoaplicables que nos permitirán lograr el objetivo planteado. Los cuestionarios se aplicaran dentro de tus actividades académicas, en las aulas de clase, en horarios disponibles; si aceptas participar te pido que contestes todas las preguntas de los cuestionarios, así como que contestes de la forma más honesta posible; me comprometo a respetar tu privacidad, anonimato y confidencialidad de tu información; si decides participar te pediré que firmes esta forma de consentimiento. Cabe mencionar que no existen riesgos o repercusiones en tu vida académica si decides lo contrario.

Beneficios esperados.

La información que nos proporcionen será de gran utilidad para crear intervenciones que nos permitan interferir como personal de salud, en la conducta promotora de salud en los universitarios. Sin esperar a tener algún beneficio personal

Por favor lee este documento y has todas las preguntas que consideres pertinente al asistente de la investigación, antes de firmar el consentimiento y se parte de este proyecto.

Riesgos e Incomodidades del estudio

No existe riesgo alguno al no querer participar, se respetara tu decisión sin represarías y te podrás retirar en el momento que lo desees.

Consentimiento de participar.

De forma voluntaria doy mi consentimiento para participar en el estudio con el entendimiento de que puedo retirarme en cualquier momento.

Si tienes alguna pregunta o duda en relación a los derechos como participante de esta investigación, por favor comunícate con la autora de este proyecto de investigación la L.E.Ma. Isabel Pérez Muñoz a este número de teléfono 01 246 41 6 29 39.

Firma del estudiante universitario

Firma del investigador principal

APENDICE F



Puebla, Pue. a 24 de Octubre de 2014.

Dr. ARTURO VILLANUEVA GONZÁLEZ.
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE EDUCACIÓN.
P R E S E N T E:

AT'N: MTRA. FLAVIA MARICRUZ BAÑUELOS HERNÁNDEZ

La que suscribe **Mtra. Florentina Salazar Mendoza**, Coordinadora Académica de Posgrados en Enfermería de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, por medio del presente, me es grato saludarle, así mismo solicitar su valioso apoyo para la **L. E. MA. ISABEL PÉREZ MUÑOZ** con ID 163136 estudiante de la **Maestría en Ciencias de la Enfermería** generación 2013-2015, para aplicar encuestas al alumnado de la Facultad en Educación para llevar a cabo la tesis de titulación que a continuación le detallo:

"Conductas Promotoras de Salud en Estudiantes Universitarios de la Facultad de Educación"

Periodo: Octubre – Noviembre de 2014.

Con la finalidad de acreditar la Maestría en Ciencias de la Enfermería, motivo por el cual me permito solicitar a usted de la manera más atenta su autorización para la recolección de datos.

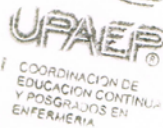
Adjunto a la presente, sirvase encontrar propuesta de cuestionario y consentimiento informado.

Agradeciendo de ante mano su invaluable apoyo a esta Universidad, en beneficio de la formación del profesional de Enfermería, quedo a sus distinguidas órdenes.

ATENTAMENTE

"CREAR CORRIENTES DE PENSAMIENTO Y FORMAR LÍDERES QUE TRANSFORMEN A LA SOCIEDAD"

MTRA. FLORENTINA SALAZAR MENDOZA
Coordinadora Académica de Posgrados en Enfermería
UPAEP



Autorizada la aplicación de encuestas.
Arturo Villanueva

C.c.p. Archivo.

