



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

Tesis

“Conductas Promotoras de Salud en Estudiantes COBAHE Pisaflores Hgo.

Presenta:

L.E Elisa Hernández Leal

**Para Obtener el Grado de
Maestra en Ciencias de la Enfermería**

Director de Tesis:

ME. Noé Xicali Morales

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.

Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional

Mtra. Florentina Salazar Mendoza

Presidenta

Mtro.

Secretario

Mtro. José Alfredo Romero Soriano

Vocal

Mtro. Noé Xicali Morales

Director

Dr. Rodolfo Emmanuel Albrecht
Junghanns

Decano de la Dirección de Posgrados en
Ciencias de la Salud

Mtra. Florentina Salazar Mendoza
Directora de Posgrados en Enfermería

Resumen

Candidata para obtener el grado L.E Elisa Hernández Leal

de Maestra en Ciencias de la
Enfermería

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 Maestría en Ciencias de la Enfermería

Número de páginas 57

Introducción: El modelo de promoción de la Salud no dio como resultado conocer el comportamiento de los factores biológicos (edad y sexo); psicológicos (autoestima) y socioculturales (estado civil y ocupación); autoeficacia percibida sobre la conducta de responsabilidad en salud en jóvenes estudiantes del Colegio de Bachilleres de la comunidad de Pisaflores Hgo, dentro del Modelo de la Promoción de la Salud (MPS). **Metodología:** el diseño del estudio fue descriptivo, correlacional, predictivo y transversal. Con una población fue jóvenes estudiantes, hombres y mujeres mayores de 18 a 25 años de edad de COBAHE. El tamaño se determinó una muestra de 30 estudiantes para el estudio. Los datos se obtuvieron con la aplicación de una cédula y cuatro instrumentos, de los que previamente se obtuvo su consistencia interna con el índice de confiabilidad de alpha de Cronbach. Los datos se analizaron mediante estadísticos descriptivos e inferenciales. **Resultados:** se aceptaron cuatro hipótesis, **a) H1** los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales predicen la autoeficacia percibida en los estudiantes del COBAHE, **b) H2** Los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales predicen la conducta promotora de salud de los estudiantes del COBAHE **c) H3** La autoeficacia percibida es predictora de la conducta promotora de Salud de los estudiantes del COBAHE **c) H4** El sentido de vida es predictora de la conducta promotora de la Salud en el estudiante del COBAHE. **Discusión:** los factores personales, son predictores de la

autoeficacia percibida y del consumo de drogas, la autoeficacia percibida es predictora de la conducta de responsabilidad en salud en los jóvenes estudiantes de bachilleres, estos resultados incrementan en conocimiento científico y fortalecen el marco conceptual del Modelo de la Promoción de la Salud (MPS).

Firma de la Director de Tesis: _____

Índice

Capítulo I

1. Introducción	8
1.1 Planteamiento del problema	8
1.2 Justificación	9
1.3 Marco teórico del estudio	10
1.3.1 Modelo de la promoción de la salud (MPS)	12
1.3.2 Ubicación del problema de Investigación	13
1.3.3 Estructura conceptual teórica-empírica	14
1.4 Definición de las variables	14
1.4.1 Definición conceptual	14
1.4.1.1 Factores personales biológicos	14
1.4.1.2 Factores personales psicológicos	15
1.4.1.3 Factores personales socioculturales	15
1.4.1.4 Autoeficacia Percibida	16
1.4.1.5 Conducta Promotora de Salud	16
1.4.2 Definición operacional	17
1.4.2.1 Factores personales biológicos	17
1.4.2.2 Factores personales psicológicos	17
1.4.2.3 Factores personales socioculturales	17
1.4.2.4 Autoeficacia percibida	
1.4.2.5 Conducta promotora de salud	
1.5 Revisión bibliográfica	18
1.5.1 Estudios previos	18
1.6 Hipótesis	26

Capítulo II

2. Metodología	27
2.1 Diseño del estudio	27
2.2 Población del estudio	27
2.3 Muestra y muestreo	27
2.4 Criterios de selección	27
2.4.1 Criterios de inclusión	27
2.4.2 Criterios de exclusión	27
2.4.3 Criterios de eliminación	27
2.5 Instrumentos de medición	28
2.5.1 Cédula de factores personales	28
2.5.2 Escala dimensional del sentido de vida	28
2.5.3 Escala general de autoeficacia percibida	28
2.5.4 Perfil de estilo de vida promotor de la salud II	28
2.6 Procedimiento	29
2.7 Plan de análisis de los datos de investigación	29

2.7.1	Confiabilidad de los instrumentos de medición	30
2.7.2	Análisis estadístico descriptivo	31
2.7.3	Análisis estadístico inferencial	31
2.8	Consideraciones éticas	31

Capítulo III

3.	Resultados	33
3.1	Consistencia interna de los instrumentos	34
3.2	Descripción de las variables de estudio	35
3.3	Estadísticas descriptivas y prueba de Kolmogorov-Smirnov	42
3.4	Matriz de correlación de Pearson	43
3.5	Prueba de hipótesis	45
3.5.1	Hipótesis 1	45
3.5.2	Hipótesis 2	45
3.5.3	Hipótesis 3	46
3.5.4	Hipótesis 4	46

Capítulo IV

4.	Discusión	47
4.1	Conclusiones	47
4.2	Recomendaciones	47

Referencias	48
-------------	----

Lista de figuras

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

Lista de tablas

1. Consistencia Interna de los Instrumentos
2. Factores Personales Biológicos (sexo)
3. Factores Personales Biológicos (edad, peso, talla e IMC)
4. Clasificación del Índice de Masa Corporal
5. Factores Personales Socioculturales (Estado Civil, Semestre y Procedencia)
6. Escala Dimensional del Sentido de Vida
7. Escala de Autoeficacia General
8. Escala del Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud de los estudiantes de educación

9. Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud-II, subescala de Responsabilidad en Salud.
10. . Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud-II, subescala de Actividad Física.
11. Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud-II, subescala de Nutrición.
12. Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud-II subescala en Crecimiento Espiritual
13. Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud Subescala Relaciones Interpersonales
14. Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud Subescala Afrontamiento del Estrés
15. Estadística descriptiva y prueba de Kolmogorov-Smirnov
16. Correlación de Pearson
17. Regresión Lineal Múltiple del Efecto de los Factores Personales Biológicos y psicológicos sobre la Autoeficacia Percibida
18. Modelo 1 Efecto de los Factores Personales Biológicos y Psicológicos sobre la Autoeficacia Percibida
19. Regresión Lineal Múltiple del Efecto de los Factores Personales Biológicos y psicológicos sobre la Conducta Promotora de Salud
20. Modelo 1 Efecto de los Factores Personales Biológicos y Psicológicos sobre el Perfil de Estilo de Vida Promotor de la Salud
21. Regresión Lineal Múltiple del Efecto de la Autoeficacia Percibida sobre la Conducta Promotora de Salud
22. Modelo 1 Efecto de la Autoeficacia Percibida sobre la Conducta Promotora de Salud
23. Regresión Lineal Múltiple del Sentido de Vida sobre la Conducta promotora de salud
24. Modelo 1 Efecto del Sentido de Vida sobre la Conducta Promotora de Salud

Capítulo I

Introducción

1.1 Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud, luego de caracterizar el concepto de salud, también estableció una serie de componentes que lo integran: el estado de adaptación al medio (biológico y sociocultural), el estado fisiológico de equilibrio, el equilibrio entre la forma y la función del organismo (alimentación), y la perspectiva biológica y social (relaciones familiares, hábitos). La relación entre estos componentes determina el estado de salud, y el incumplimiento de uno de ellos genera el estado de enfermedad, vinculado con una relación de la triada entre un huésped (sujeto), agente (síndrome) y ambiente (factores que intervienen).

En los países del tercer mundo, entre ellos México, la realidad en salud es compleja, pues las inequidades típicas del modelo de desarrollo social mantienen presentes un perfil epidemiológico de enfermedades asociadas a la pobreza (como enfermedades infecto-contagiosas, desnutrición, tuberculosis, entre otras), presentándose también enfermedades propias de países desarrollados (enfermedades crónico-degenerativas, coronarias, obesidad, entre otras) Frente a esta realidad, el discurso y la práctica sanitaria, basados en el modelo biomédico, entran en crisis, mostrándose ineficaces para el enfrentamiento de la complejidad de los cuadros sanitarios presentes en el siglo XXI. El estilo de vida promotor de salud, Patrón multidimensional de acciones auto iniciadas y percepciones que sirven para mantener o ampliar el nivel de bienestar, tales como nutrición, actividad física, responsabilidad en salud, manejo de estrés, crecimiento espiritual y relaciones interpersonales. Por tanto, las creencias que tienen las personas sobre sí mismas representan un factor básico para el logro de sus actividades o la toma de decisiones que enfrentarán lo largo de su vida. Cuanto mayor sea la eficacia

percibida, mayor el grado de crecimiento espiritual y mayor también la persistencia en el logro de la meta propuesta; situación de suma importancia para que una persona que se encuentra en un proceso de aprendizaje tenga éxito. El promover los cambios de conducta hacia estilos de vida saludable es campo y preocupación de enfermería. El Modelo de Promoción de la Salud (MPS) propone una forma de explicar y predecir el componente promotor de la salud del estilo de vida (Pender, 1996); constituye una base para estudiar el modo en que los individuos toman las decisiones sobre el cuidado de su propia salud, explora los procesos biopsicosociales.

1.2 Justificación

El presente estudio de investigación tuvo como finalidad conocer el Conocer el comportamiento de los factores biológicos (edad, sexo y talla); psicológicos (escala de autoestima, escala dimensional del sentido de vida, escala de autoeficacia general) y socioculturales (estado civil, semestre y licenciatura); los factores personales biológicos y la autoestima son predictores en el sentido de vida de los estudiantes de COBAHE Pisaflores Hgo.

La conductas promotoras de Salud responde a una necesidad real ya que el plan sectorial de desarrollo de Salud tiene como principales objetivos 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades. 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad. 3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida. 4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país. 5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud. 6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectora de la Secretaría de Salud.

Conocer los estilos de vida y los conocimientos que tienen un determinado grupo seleccionado previamente nos ayudara a tener un panorama más formal sobre cómo se comporta nuestra población y poder determinar las deficiencias y fortalezas que posee.

Es importante conocer e identificar en los jóvenes estudiantes de acuerdo a su género, si existen diferencias en el sentido de vida, por otro lado conocer la autoeficacia que tiene cada uno de los jóvenes universitarios con respecto a la promoción, prevención y manejo de la salud será de utilidad para poder fortalecer sus prácticas saludables mediante métodos eficaces en los jóvenes universitarios del área de ciencias sociales.

1.3 Marco Teórico del Estudio

1.4.1 Modelo de Promoción de la Salud de Pender (2002).El MPS (Aristizabal Hoyos, 2011) expone como las características y experiencias (Aristizabal Hoyos, 2011) (Aristizabal Hoyos, 2011) individuales así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud (Pender, 1996), toda esta perspectiva pender la integra en el siguiente diagrama del Modelo de Promoción de la Salud: En este esquema se puede ubicar los componentes por columnas de izquierda a derecha.

La primera columna trata sobre las características y experiencias individuales de las personas y abarca dos conceptos: conducta previa relacionada y los factores personales. El primer concepto conducta previa relacionada; se refiere a experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud.

El segundo concepto describe los factores personales, categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales de acuerdo con este enfoque son predictivos de una cierta conducta. Los componentes de la segunda columna son los centrales del modelo y se relacionan con los conocimientos y afectos (sentimientos, emociones, creencias) específicos de la conducta, comprende 6 conceptos; el primero corresponde a los beneficios percibidos por la acción, que son los resultados positivos anticipados.

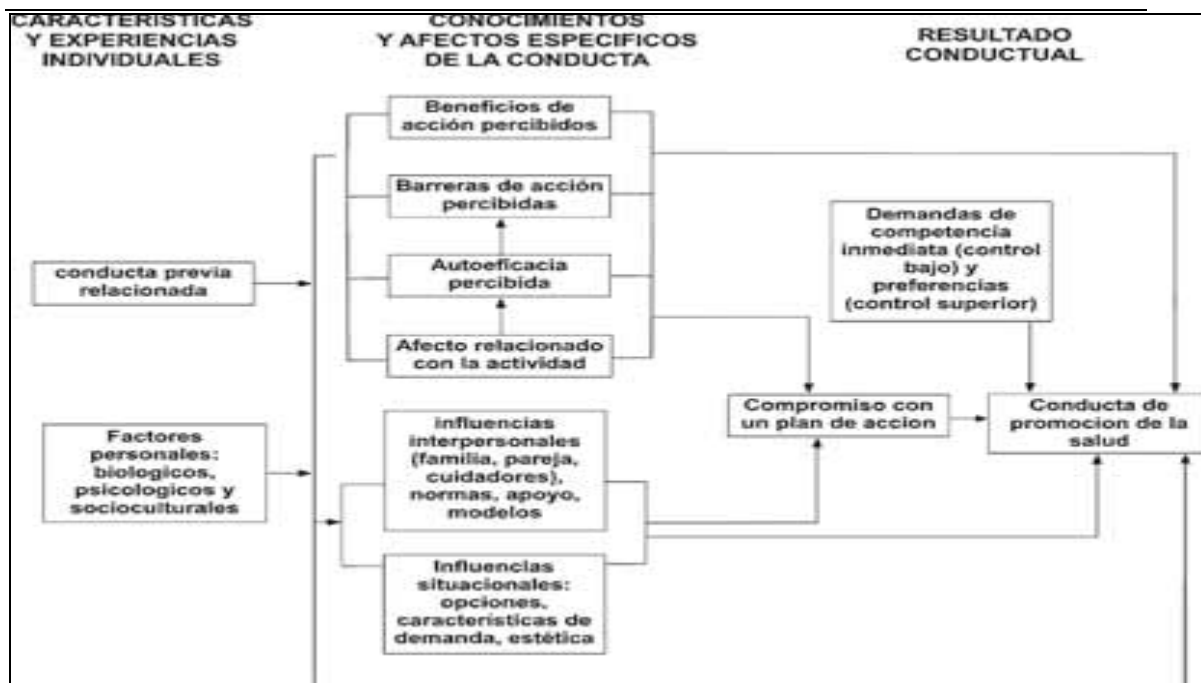
El segundo se refiere a las barreras percibidas para la acción, experiencias negativas o desventajas de la propia persona que puede obstaculizar un compromiso con la conducta.

El tercer concepto auto eficacia percibida, es el más importante en este modelo representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una conducta.

El cuarto concepto afecto relacionado con el comportamiento, emociones o reacciones positivas o negativas favorables o desfavorables hacia una conducta. Quinto concepto influencias interpersonales, las personas se comprometen a adoptar conductas de promoción de la salud cuando personas importantes para ellos esperan que se den estos cambios.

Sexto componente influencias situacionales, pueden aumentar o disminuir la participación en la conducta promotora de salud

1.3.1 Modelo de Promoción de la Salud



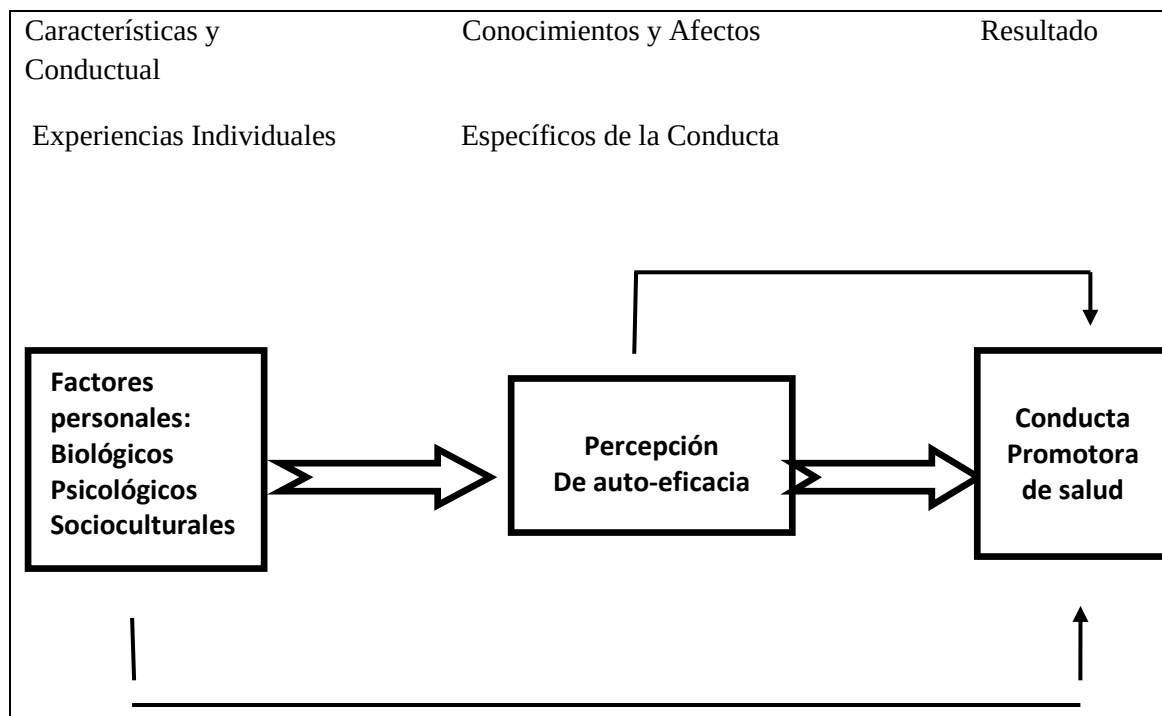
PROPOSICIONES TEORICAS

Este modelo de promoción tiene 14 afirmaciones de las cuales para el estudio solo se utilizaron dos de ellas que a continuación se describen

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.

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.

1.3.2 Ubicación del Problema de Investigación en el Modelo de Promoción de la Salud



Para realizar este estudio se tomaron en cuenta tres conceptos, Características y experiencias individuales (factores personales), Conocimiento y afectos específicos de la conducta (auto eficacia) y Resultado conductual (conducta promotora de la Salud)

Dentro de la conducta promotora de salud; en este compromiso pueden influir las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas, son aquellas conductas en las que los individuos tienen un bajo control, como el trabajo, el cuidado de la familia, a diferencia de las preferencias personales que posibilitan un control relativamente alto dirigidas a elegir algo. El MPS plantea las dimensiones y relaciones que participan para generar o modificar la conducta promotora de salud.

Índice de Masa Corporal: Es una medida de asociación entre el peso y talla de un individuo o también llamado Índice Quetelet

1.3.3 Estructura Conceptual Teórica Empírica

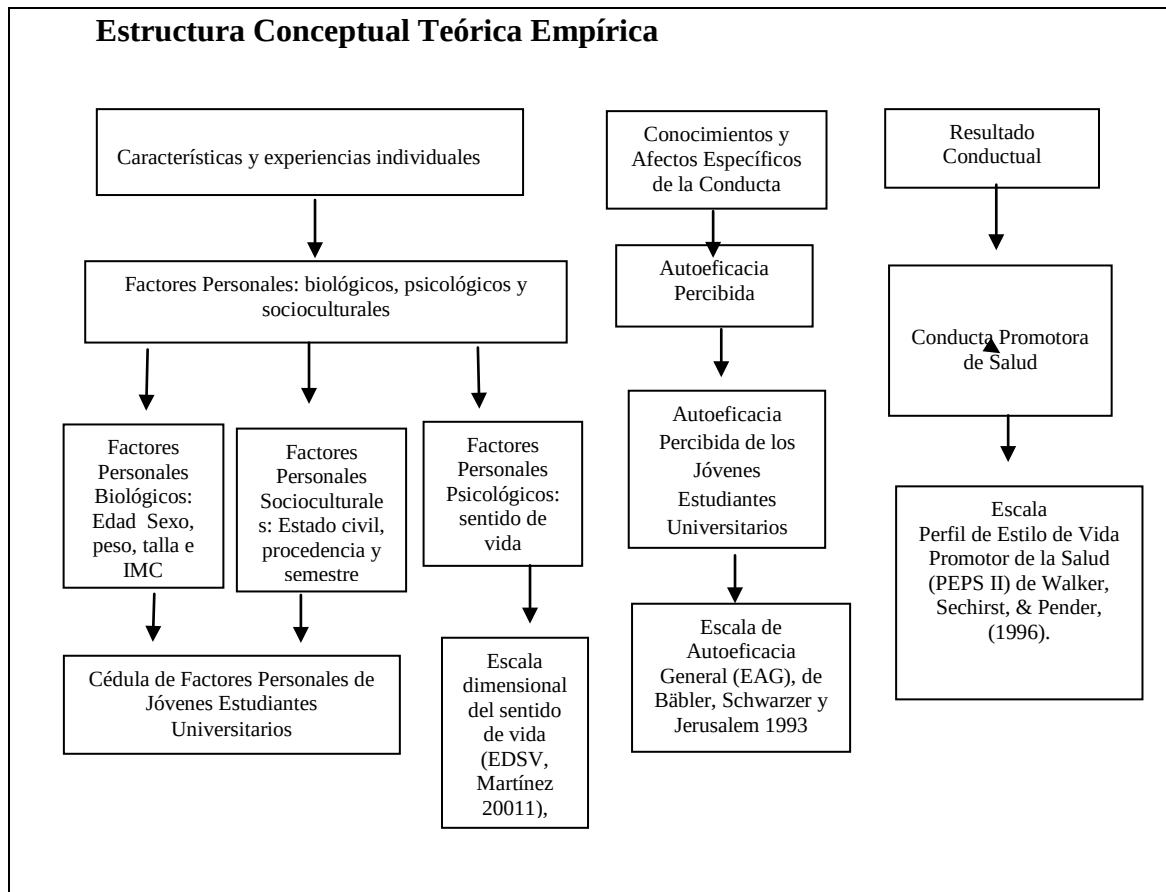


Figura 3: Estructura Conceptual Empírica

1.4 Definición de las variables

Los términos utilizados para este estudio son de acuerdo a la OMS, INEGI y a las definiciones operacionales de Nola J Pender 20011

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. (Según la OMS).

Edad. Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista. (Según INEGI).

Peso. Es el volumen del cuerpo expresado en kilos. La unidad utilizada para medir la masa en el Sistema Internacional de Unidades es el kilogramo (kg). (Según la OMS)

Talla. Se define como la longitud de la planta de los pies a la parte superior del cráneo expresada en centímetros. (Según la OMS). 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 de un individuo; para identificar, bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad.

1.4.1.2 Factores 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, 2009).

1.4.2.3 Factores 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 (Pender 20011).

1.4.2.5 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. (Pender 20011)

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

1.4.2.1 Factores 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:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Talla (m)}^2}$$

para obtener peso bajo, normal, sobrepeso u obesidad

1.4.2.2 Factores 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 el 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. Factores 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 Bábler, 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 este estudio 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

NUMERO UNO

Córdova, J., Lee resume que el Estudiantes de la institución de Educación Superior de Cali Colombia se utilizó diseño descriptivo correlacional, con muestra de 384 estudiantes, aleatoria estratificada, con nivel de confianza de 95% ($\alpha = 0,05$), margen de error del 5%. Las variables fueron la conducta promotora de salud y los factores

biopsicosocioculturales. Se aplicaron los instrumentos: escala estilo de vida promotor de salud II para medir la variable dependiente, percepción de autoeficacia, percepción del estado de salud y variables sociodemográficas. Resultados: El 50,1% de estudiantes obtuvo conductas promotoras de salud superiores a la media. Las conductas fortalecidas en estudiantes por encima de la media fueron: crecimiento espiritual (61,7%), relaciones interpersonales (53,4%), responsabilidad en salud (50,5%); las deficitarias por debajo de la media, actividad física (46,7%), manejo del estrés (46%) y nutrición (49,6%). Según modelo de regresión múltiple, los factores que predijeron mayor variabilidad en la conducta promotora de salud II, fueron: percepción del estado de salud, auto-eficacia y tipo de relación familiar en la vivienda ($R^2 = 11,6\%$, $p < 0,05$). Conclusión: 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.

NUMERO DOS

LA CALIDAD DE VIDA Y EL ESTADO DE SALUD DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS, Estudio percibido para Niños (Bandura, 1990, en Pastorelli, Caprara, Bar-baranelli, Rola, Rozsa y Bandura, 2001) que es una escala multidimensional que mide 7 distintos dominios específicos de la autoeficacia en niños y pre-adolescentes, como por ejemplo autoeficacia para el logro académico y autoeficacia en habilidades asertivas, b) las escalas que miden un sentido general de autoeficacia. Dentro de éstas se puede destacar la Escala Generalizada de Autoeficacia (Luszczynska *et al*, 2005). Esta escala ha sido traducida a 25 idiomas y utilizada en diversas culturas, en población adulta y adolescente desde los 12 años de edad. La revisión de la literatura muestra que los instrumentos más utilizados para medir el constructo de autoeficacia, son escalas de

auto reporte. Dentro de éstas podemos distinguir dos grupos: a) Aquellas escalas que miden un sentido de eficacia específico. En relación a este tipo de medición Bandura (1997, 2001) plantea que es importante que las escalas se ajusten al dominio particular de funcionamiento que es objeto de interés. En nuestro estudio estos factores se concretan de la siguiente manera: Muestreo aleatorio simple. Tamaño del universo: 30.000. Nivel de confianza: 0,9544 (dos sigmas) Escalación de las variables: cualitativas y cuantitativas Error de muestreo: 0,05. Varianza poblacional: $p=q=0,5$; entonces 0,52 (Este supuesto conservador de varianza máxima es razonable cuando son múltiples las cuestiones a estudiar y lógicamente de homogeneidad variable en la población). El tamaño muestral resultante es de 395 elementos (estudiantes en nuestro caso). Este valor debe aumentarse en atención a la tasa de participación esperable. Consideramos como tasa de participación mínima aceptable el 50% (por debajo de este valor el sesgo de selección es intolerable), por lo que se opta por multiplicar por dos el tamaño inicial, esto es, 790 (395×2). Se estima, además, un 5% de errores atribuibles al proceso postal (errores del censo, del servicio de correos, etc.), por lo que se redondea finalmente a 845 el tamaño muestral.

NUMERO TRES

Marcus *et al.* (1994), en este estudio longitudinal de Autoeficacia y desarrollo se examinaron como se relacionaban las ventajas, desventajas y autoeficacia para hacer ejercicio con estados de predisposición para realizar ejercicio. Un análisis exploratorio reveló que los 3 componentes evaluados eran independientes: las ventajas, desventajas y autoeficacia.

Los resultados confirmaron que entre los factores evaluados, la autoeficacia funcionaba (junto a las variables de planificación de conducta y control de la acción) como

mediadora entre las intenciones iniciales de realizar ejercicio y la actividad física realizada posteriormente. La distribución empírica de los puntajes obtenidos de la variable dependiente EVPS fue la siguiente : el mínimo fue de 78 puntos y el máximo de 183 puntos, siendo la media de 131,5 puntos (52,2% de las personas obtuvieron puntajes iguales o mayores a la media) y la mediana de 132 puntos. Las medidas de tendencia central son muy cercanas, por lo que puede decirse que la distribución tiene una asimetría mínima. El 25% de las personas obtuvo puntajes inferiores a 119 puntos y otros alcanzó 25% alcanzó puntajes superiores a 145 puntos en la escala EVPS.

NUMERO CUATRO

El estudio de Wiendenfeld *et al.* (1990), apoya la hipótesis que la autoeficacia y control del dolor percibida para ejercer control sobre estresores es un modulador del sistema inmunológico. Aquí, la adquisición de un mayor nivel de autoeficacia, para controlar estresores produce más que simples cambios transitorios en la inmunidad Por otro lado, se han encontrado que en situaciones que son dolorosas, la autoeficacia y las expectativas de resultado están altamente correlacionadas (Baker & Kirsch, 1991). Mientras más dolor esperado por una persona, menor es su autoeficacia para hacer acciones relacionadas con disminuir el dolor (Council, Ahern, Folick, & Kline, 1988, en Baker & Kirsch, 1991), y a más temor esperado por una persona, menor será su autoeficacia para acercarse a los estímulos temidos (Williams, Turner & Peer, 1985, en Baker & Kirsch, 1991) Seleccionado el grupo de interés (N = 636), el análisis de sus respuestas se describe de acuerdo a cinco apartados: percepción de salud, comportamientos de riesgo, estrés, depresión y relaciones disfuncionales.

NUMERO CINCO

Ross, Bohannon, Davis y Gurchiek (1999) evaluaron el efecto a corto plazo de un programa de 18 clases de Tai-Chi en relación con el estado de ánimo de un grupo de adultos mayores con edades entre 68 a 92 años de edad. La prueba t reportó diferencias significativas entre el dolor y el estado de ánimo, obteniendo la media mas alta el estado de ánimo posterior al ejercicio ($g=.05$). Rudolph y Kim (1996) compararon los efectos del baile aeróbico y el deporte recreativo sobre las respuestas en el estado de ánimo después del ejercicio intenso en 108 hombres y mujeres coreanos estudiantes de licenciatura. Los deportes recreativos comprendieron soccer, tenis y boliche. Las sesiones de todos los grupos fueron de dos veces por semana, por espacio de un semestre. El análisis de varianza múltiple (MANOVA) reveló que tanto en el grupo de baile aeróbico como el de fútbol soccer incrementaron los sentimientos de bienestar ($\alpha=.05$)

NUMERO SEIS

Alvarez y López (1999) reportaron que los estudiantes de preparatoria mostraron una actitud positiva hacia la práctica de ejercicio, la mayoría (69.1%) comentó que practicaba ejercicio y la prueba de Chi cuadrada mostró que una proporción significativamente mayor de hombres practicaban ejercicio en comparación a las mujeres ($\chi^2 = .0001$), García et al. (1995) estudiaron a 286 jóvenes con relación al género, entre otras variables y el ejercicio, y reportaron que las mujeres adolescentes dedicaban menos tiempo a actividades físicas que los varones y que se percibían menos atléticas ($p < .001$). Estos hallazgos son congruentes con la literatura de ejercicio.

NUMERO SIETE

En el Departamento de Didáctica ciencias Experimentales y Sociales. Universidad de Valencia el presente artículo muestra la evolución de la escuela en su contribución a la Educación para la Salud, en otro estudio llevado a cabo en 88 hombres y mujeres sedentarios entre 45 y 64 años de edad (Me Auley & Courneya, 1992) se examinó la relación de esfuerzo percibido y el afecto producido por una prueba de ejercicio tipo caminadora. En el análisis de correlación lineal múltiple las personas que experimentaron menor esfuerzo reportaron mayores sentimientos positivos ($r = -.37$, $g = .05$). De la concepción tradicional de la salud, se pasa a una perspectiva holística que engloba las dimensiones física, psicológica y social y bajo estos principios se definen las características de la escuela saludable. La necesidad de abordar el concepto de «transversal» ofrece a los centros escolares la posibilidad de desarrollar un gradiente de compromiso mayor en Educación para la Salud. Finalmente, la incorporación del concepto de promoción de la salud dibuja a la escuela promotora de salud, que intenta avanzar en la integración de los centros docentes en la sociedad donde se ubican

NUMERO OCHO

Similar al anterior, Hardy y Rejesky (1989) llevaron a cabo un estudio en 67 estudiantes de pregrado para determinar las relaciones entre el esfuerzo percibido y la respuesta afectiva. Las pruebas t revelaron que los hombres eran significativamente más positivos para la intensidad del ejercicio que las mujeres ($g < .05$). Los resultados sugieren que las calificaciones de la escala de sentimientos positivos disminuyen a medida que aumenta el esfuerzo, indicando que el afecto negativo se asocia al trabajo duro. El modelo de la Universidad de Alicante está respondiendo de forma positiva e ilusionada a las demandas de la sociedad a través de una gestión responsable de los

recursos públicos que proporciona esa misma sociedad (Pedreño, 1998) Los estudiantes universitarios constituyen una población de relevancia e interés para la realización de estudios de bienestar y salud. Tres son las ventajas generales de estudiar a este colectivo (Steptoe y Wardle, 1996). En primer lugar, los estudiantes universitarios son un grupo poblacional accesible y homogéneo que se puede identificar y acceder con facilidad. Los estudiantes universitarios son, en segundo lugar, un grupo relativamente sano y saludable. En tercer lugar, los estudiantes universitarios ocupan una posición significativa en la vida pública y en determinados casos, los estudiantes de las ciencias de la salud, constituyen un grupo ejemplar como modelo saludable desde el punto de vista sanitario.

NUMERO NUEVE

Conductas promotoras de salud en estudiantes de una institución de educación superior, determinar factores predictores que influyen conductas promotoras de salud según modelo de enfermería Pender en estudiantes de una institución de educación superior de Cali, Colombia.**Materiales y métodos:** Diseño descriptivo correlacional, con muestra de 384 estudiantes, aleatoria estratificada, con nivel de confianza de 95% ($\alpha = 0,05$), margen de error del 5%. Las variables fueron la conducta promotora de salud y los factores biopsicosocioculturales. Se aplicaron los instrumentos: escala estilo de vida promotor de salud II para medir la variable dependiente, percepción de autoeficacia, percepción del estado de salud y variables sociodemográficas.

Resultados: El 50,1% de estudiantes obtuvo conductas promotoras de salud superiores a la media. Las conductas fortalecidas en estudiantes por encima de la media fueron: crecimiento espiritual (61,7%), relaciones interpersonales (53,4%), responsabilidad en salud (50,5%); las deficitarias por debajo de la media, actividad física (46,7%), manejo

del estrés (46%) y nutrición (49,6%). Según modelo de regresión múltiple, los factores que predijeron mayor variabilidad en la conducta promotora de salud II, fueron: percepción del estado de salud, auto-eficacia y tipo de relación familiar en la vivienda ($R^2 = 11,6\%$, $p < 0,05$). **Conclusión:** 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.

NUMERO DIEZ

Factores biopsicológicos y socioculturales como predictores de la conducta promotora de salud en los estudiantes de Enfermería de la Universidad Adventista de Chile, Objetivo: Determinar si los factores biológicos, psicológicos y socioculturales de los estudiantes de Enfermería de la Universidad Adventista de Chile son predictores de las conductas promotoras de salud (CPS). Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo–correlacional, de corte transversal. La población: todos los estudiantes del primer al quinto año de la carrera de Enfermería. La muestra fue de 137 alumnos, seleccionada con un muestreo probabilístico aleatorio, estratificado. El instrumento estuvo conformado por un cuestionario semiestructurado, escala de estilo de vida promotor de salud (EVPS), escala de percepción de autoeficacia y escala de autoestima. Los datos fueron procesados con SPSS 19.0. Resultados: Los factores biosocioculturales no son predictores de las conductas promotoras de salud en los estudiantes de Enfermería, pues fueron evaluados a un nivel de confianza de 95% sin embargo, el factor psicológico autoestima presentó una asociación con la conducta promotora de salud, como lo indica el valor $X^2 = 23.56$, $p = 0.00$. y el factor percepción de autoeficacia, una relación directa, significativa con la conducta promotora de salud, $r = 0.30$, $p = 0.00$. Conclusión: La autoestima y la autoeficacia percibida son predictores

de la conducta promotora de salud en los estudiantes de Enfermería de la Universidad Adventista de Chile.

1.6 Hipotesis de Investigación

H1 los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales predicen la autoeficacia percibida en los estudiantes del COBAHE

H2 Los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales predicen la conducta promotora de salud de los estudiantes del COBAHE

H3 La autoeficacia percibida es predictora de la conducta promotora de Salud de los estudiantes del COBAHE

H4 El sentido de vida es predictora de la conducta promotora de la Salud en el estudiante del COBAHE.

Capítulo II

Metodología

2.1 Diseño del Estudio

Este tipo de Estudio fue descriptivo, correlacional, predictivo y transversal, con un muestreo por conveniencia constituida por 30 estudiantes matriculados en el COBAHE de Pisaflores Hgo, distribuidos según escolarizados en 5to y 6to semestre y Sexo (hombre y mujer) Edad entre estado civil (con pareja y sin pareja)

2.2 Población, muestra y muestreo

POBLACIÓN: está constituida por 107 estudiantes del COBAHE matriculados en el programa educativo siendo los participantes hombres y mujeres que se encontraron en el rango entre 15 y 23 años.

2.3 Muestreo: El tipo de muestreo fue no aleatorio por convivencia en el que solo los estudiantes mayores de 18 años firmaron consentimiento informado para realizar este tipo de

Muestra: Son 30 alumnos del COBAHE donde el tamaño de muestra se obtiene del número total de estudiantes del 5to y 6to semestre.

2.4 Criterios de Selección

2.4.1 Criterios de Inclusión

Ser un estudiante de 5to y 6to semestre, mayores de 18 años del COBAHE dan su consentimiento informado para la contestación de ítems.

2.4.2 Criterios de Exclusión

En la elaboración de esta investigación no hubo excluidos ya que participó el 100% de la plantilla estudiantil del 5to y 6to semestre mayor de 18 años.

2.4.3 Criterios de Eliminación

Cer eliminados ya que el 100% de los estudiantes mayores de 18 años participaron en la realización de la encuesta.

2.5 Instrumentos de medición

2.5.1 Cédula de factores personales: Este documento por datos personales biológicos y los datos personales socioculturales

2.5.1 Cedula de factores personales

Este instrumento de medición de tipo Likert está diseñada para medir la Autoestima con 10 ítems con cuatro opciones de respuestas, el contenido de estos se centran en las dimensiones de auto respeto y auto aceptación, siendo sus puntuaciones de 10 a 40 donde las más altas reflejan una mayor Autoestima.

2.5.2 Escala Dimensional del Sentido de Vida (EDVS) Martínez (2011)

El objetivo del instrumento es dimensionar el sentido de vida que mueve a una persona y la lleva a actuar de modo particular ante situaciones específicas (Martínez, 2011), el instrumento contiene 20 ítems con un formato de respuesta tipo Likert con cuatro opciones, totalmente en desacuerdo (0 puntos), en desacuerdo (1 punto), de acuerdo (2 puntos) y totalmente de acuerdo (3 puntos). 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). Un menor valor indica menor sentido de vida y un mayor valor un mayor nivel de sentido de vida.

2.5.3 Escala de Autoeficacia General (EAG) Bábler, Schwarzer y Jerusalém, (1993). se conforma de 10 ítems con un puntaje mínimo de 10 puntos y un máximo de 40 puntos ⁽¹¹⁾. Las respuestas son tipo Likert donde la persona responde a cada reactivo de acuerdo a lo que ella percibe: Incorrecto (1 punto); apenas cierto (2 puntos); más bien cierto (3 puntos) o cierto (4 puntos). En esta escala nos muestra que a mayor puntaje mayor autoeficacia general percibida.

2.5.4 Perfil de Estilos De Vida Promotor de la Salud (PEVPS-II) de Walker, Sechrist & Pender, (1995).

la escala está estructurada por 52 ítems con respuestas tipo Likert y presenta seis subdivisiones: crecimiento espiritual, manejo del estrés, actividad física, relaciones

interpersonales, nutrición y responsabilidad en salud, cada ítem de esta escala permite calificación de 1 a 4, donde 1 es nunca; 2 corresponde a algunas veces; 3 es frecuentemente y 4 es rutinariamente. El puntaje puede variar de 52 a 208

2.6 Procedimiento

Se realiza el siguiente de investigación con 30 estudiantes del COBAHE Pisaflores de 5to y 6to semestre que con la aplicación de estas encuestas se comprueba la viabilidad de realizar este estudio de la misma forma se verifica la comprensión así como su congruencia de las preguntas formuladas además de familiarizarse con la aplicación de los instrumentos, que a continuación se describen:

Escala de Autoestima (EAR) de Rosenberg (1989) Esta es una escala de tipo Likert diseñada para medir autoestima, la cual incluye 10 ítems con cuatro opciones de respuesta que van desde el nivel más bajo (“muy en desacuerdo”) hasta el más alto (“muy de acuerdo”). Cinco de los ítems son inversos (1, 3, 4, 6 y 7). El contenido de éstos se centra en las dimensiones de auto respeto y auto aceptación. Las puntuaciones van de 10 a 40, donde las más altas reflejan una mayor autoestima. Esta escala ha sido validada en 53 países, además de contar con traducción a más de 28 idiomas, mostrando valores alfa de Cronbach de entre 0.80 y 0.89 (Martín, Núñez, Navarro y Grijalvo, 2007; Vázquez, Jiménez y Vázquez, 2004).

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 por lo que sí, han demostrado su confiabilidad por medio del coeficiente de consistencia interna como el Alfa de Cronbach que es aplicable al instrumento de la investigación por tener ítems de tipo Likert; obteniendo la fiabilidad siguiente:

Escala dimensional del sentido de la vida (EDSV, Martínez 2011) -----.781

Escala de autoeficacia general EAG (Babler, Schwarzer y Jerusalem 1993) -----.878

Perfil estilo de vida promotora de salud (PEVPS 11, 1995 Walter/Pender) -----.928

Lo que demostró la fiabilidad de los instrumentos de esta investigación.

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 para métricas y no para métricas

2.8 Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegará en la Ley General de Salud de acuerdo de acuerdo con lo establecido en el artículo 17, fracción II, se considera a este estudio como de riesgo mínimo, prevaleciendo en todo momento el criterio de 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 1, artículo 13. Se contará con el dictamen favorable de la dirección de investigación del COBAHE Pisuflares Hgo, 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 usaran y sus propósitos, las molestias a los riesgos esperados, 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 reiterar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se crearan perjuicios en su contra.

2.9 Recursos

2.9.1.-Humano. El presente trabajo de investigación que fue realizada de manera individual en apoyo del asesor de tesis y los estudiantes del Colegio de bachilleres de Pisaflores Hgo.

2.9.2 Materiales. El material utilizado fue generado por el propio investigador utilizando cuestionarios, bolígrafos, engrapadora, fotocopias

2.9.3.- Físico. El área física en donde se realizó el trabajo de investigación, fue el Colegio de Bachilleres de Pisaflores Hgo., así como el área física del salón de clases en donde se aplicara los cuestionarios.

2.9.4 Técnico. El equipo técnico fue cubierto por el propio investigador utilizando como material técnico la computadora.

2.9.5 Financiamiento. Los gastos generados dentro de la investigación fueron cotizados por el propio investigador.

Capítulo III

3 Resultados

En este ultimo capitulo se presentan los resultados obtenidos del estudio realizado sobre Conductas Promotoras de Salud en Estudiantes del COBAHE Pisaflares Hgo, estudio en el que participaron 30 jóvenes estudiantes de la institución mencionada mayores de 18 años de 5to y 6to semestre en el siguiente orden

- Descripción de la muestra de estudio
- Confiabilidad de los instrumentos
- Descripción de las variables de estudio
- Matriz de correlación
- Prueba de Hipótesis

3.1 Consistencia Interna de los Instrumentos

Tabla 1 Consistencia interna de los instrumentos

No.	Escala	Ítems	Alpha de Cronbach
1	Escala dimensional del sentido de vida	1-18	.775
2	Escala de Autoeficacia G.	1-10	.875
3	Perfil de Estilo de vida promotor de la Salud	1-52	.923
3.1	Subescala responsabilidad de salud	3,9,15,21,27,33,39,45,51	.751
3.2	Subescala actividad física	4,10,16,22,28,34,40,46	.625
3.3	Subescala nutrición	2,8,14,20,26,32,38,44,y 50	.795
3.4	Subescala Crecimiento espiritual	6,12,18,24,30,36,42,48,y,52	.661
3.5	Subescala relaciones interpersonales	1,7,13,19,25,31,37,43 y 49	.668
3.6	Subescala manejo del estrés	5,11,17,23,29,35,41,47	.639

Fuente Instrumentos:EAR, EDSV, EAG,PEVPS-II y subescala de perfil de estilo de vida n=30

Como se observa en esta tabla la consistencia interna del instrumento de Estilos de Vida Promotor de la Salud siendo la subescala de nutrición quién obtuvo el mayor puntaje con un alpha de Cronbach de .795, cabe hacer mención que las sub escalas de actividad física, crecimiento espiritual, sub escala de relaciones interpersonales y manejo del estrés son bajas en comparación con el resto de los instrumentos , ya que la consistencia interna fue aceptable para la aplicación del estudio de acuerdo con el resultado de los tres instrumentos de Samperi Hernández Roberto.

3.2 Descripción de las variables de Estudio

En este estudio se describen y presentan tablas respectivamente para factores biológicos, psicológicos y socioculturales que a continuación se describen

Tabla 2 *Factores Personales Biológicos (Sexo)*

Variable	Categoría	F	%
Sexo	Mujer	13	43.3
	Hombre	17	56.7
	Total	30	100

Fuente: CFP (2014)

n=30

En la tabla N.2 de factores personales biológicos, indica que la prevalencia respecto al sexo, en los estudiantes del COBAHE es del 56.7 es el masculino % y solo el 43.3% lo conforma el sexo femenino

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

Tabla 3 Factores personales biológicos (edad, talla, imc)

	N	Rango	Valor Mínimo	Valor Máximo	Media	Desviación Estándar	Varianza
Edad	30	5.0	18.0	23.0	19.100	1.7685	3.128
Peso	30	24.0	56.0	80.0	64.500	5.3611	28.741
Talla	30	16.0	154.0	170.0	161.467	4.4624	19.913
IMC	30	5.6	22.0	27.6	24.647	1.2566	1.579
N válido (según lista)	30						

Fuente: CFP (2014)

En esta tabla N.3, se aprecia que los estudiantes del COBAHE tienen entre 18 y 23 años, con una media de 19.1 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

Tabla 4 Clasificación de Índice de Masa Corporal			
Clasificación	Intervalo	<i>f</i>	%
Insuficiencia Ponderal	<18.5	0	0
Intervalo normal	18.5-24.9	15	50
sobrepeso	>25.0	0	0
Pre obesidad	25.0-29.9	15	50
Obesidad	>30.0	0	0
Obesidad de clase I	30.0-34.9	0	0
Obesidad de Clase II	35.0-39.9	0	0
Obesidad de Clase III	>40	0	0
Total		30	100
Fuente: Cédula de Factores Personales (OMS		n=30	

La tabla 4 nos muestra que dentro de los instrumentos utilizados que el 50% de los entrevistados se encuentra dentro del intervalo normal, mientras que el otro 50% se encuentra en pre obesidad.

Tabla 5 Factores personales socioculturales (estado civil y semestre)

Clasificación	Perímetro	<i>f</i>	%
Estado civil	Con pareja	1	3.3
	Sin pareja	29	96.7
	Total	30	100
Semestre	5to. Semestre	20	66.7
	6to.Semestre	10	33.3
	Total	30	100

Fuente: EAR, EDSV, PEVPS-II y subescala de perfil de sentido de Vida PEVPS-II

Como se muestra en la tabla 5 los instrumentos nos indican que dentro de la población entrevistada solo el 3.3% se encuentra con pareja mientras que el 96.7 % se encuentra sin pareja sentimental.

Tabla 6 Escala Dimensional de Sentido de Vida

clasificación	<i>F</i>	núm.	%
Plenitud del sentido 73.3	2.65 a 3	22	73.3
Alto sentido vital 13.3	2.4 a 2.35	4	13.3
Medio sentido vital .6	2.34 a 2	2	6.6
<u>Búsqueda de Sentido Vital</u>	0 a 1.99	2	6.6

Fuente Escala Dimensional de Sentido de Vida EDSV

En la tabla # 6 se observa que los estudiantes del COBAHE exteriorizan para la búsqueda del sentido vital (.6 %); lo que se supone que no tienen metas claras y están en un desencuentro personal, de igual manera con el .6 % 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(13.3%) y plenitud del sentido vital (73.3%), refleja que su vida está llena de sentidos y propósitos y que no se desvían de ellos hasta lograrlos, llamando a esta clasificación punto de corte .

Tabla 7 Escala de Autoeficacia General

clasificación	<i>f</i>	%
Se percibe eficaz	30	100%
No se percibe eficaz	0	0%
Total		

Fuente Escala de Auto eficacia General 2014

En la tabla # 7 se observa el 100% n de los estudiantes entrevistados se percibe eficaz.

Tabla 8 Perfil de Estilo de Vida promotor de Salud

Clasificación	<i>f</i>	%
Demuestra conductas promotoras de salud	18	60
No demuestra conductas promotoras de salud	12	40
Total		

Fuente Escala de Auto eficacia General 2014

En tabla # 8, los estudiantes del COBAHE para el PVPS demuestran que un poco más de la mitad (60%), tienen una conducta adecuada a la promoción de la salud, mientras que el resto de los encuestados (40%) no se interesa por construir relaciones positivas, realizar ejercicio, mantener una dieta sana

Tabla 9 Perfil de Estilo de Vida promotora de Salud subescala Responsabilidad de Salud

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
RESDESALUD	30	2.11	3.56	2.8852	.39953
N válido (según lista)	30				

Referente a Responsabilidad de salud el valor mínimo nos indica el 2.11 mientras que el valor máximo nos indica el 3.56

Tabla 9

Clasificación	<i>F</i>	%
Demuestra conductas promotoras de Salud	17	56.6
No demuestra conductas promotoras de salud	13	43.3
Total	30	100

Fuente: Escala de Estilo de Vida Promotor de Salud n=30

En esta escala nos demuestra que la mayoría de los alumnos presentan una conducta promotora de salud optima (56.6%).

Tabla 10 *Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud subescala*

Actividad Física

Clasificación	<i>f</i>	%
Demuestra conductas promotoras de Salud	16	53.3
No demuestra conductas promotoras de salud	14	46.6
Total	30	100

Fuente: Escala de Estilo de Vida Promotor de Salud n=30

En la tabla # 10 se demuestra que más de la mitad de los encuestados (53.3%) realizan actividad física y el resto no les interesa esta actividad (46.6%)

Tabla 11 Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud Subescala Nutrición

Clasificación	<i>f</i>	%
Demuestra conductas promotoras de Salud	12	40
No demuestra conductas promotoras de salud	18	60
Total	30	100

Fuente: Escala de Estilo de Vida Promotor de Salud n=30

La tabla # 11 nos demuestra que el 60% tienen una dieta sana y el resto no tiene hábitos alimenticios adecuados 40%

Tabla 12 Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud subescala Crecimiento Espiritual

Clasificación	<i>f</i>	%
Demuestra conductas promotoras de Salud	19	63.3
No demuestra conductas promotoras de salud	11	36.6
Total	30	100

Fuente: Escala de Estilo de Vida Promotor de Salud n=30

En esta tabla se puede observar que los estudiantes de COBAHE tienen altos niveles de espiritualidad (63.3%) lo que les permite estar en armonía consigo mismo y su medio ambiente, mientras que el 36.6 % no mantienen niveles de espiritualidad

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

Clasificación	<i>f</i>	%
Demuestra conductas promotoras de Salud	7	23.3
No demuestra conductas promotoras de salud	23	76.6
Total	30	100

Fuente: Escala de Estilo de Vida Promotor de Salud n=30

En esta tabla se visualiza que un poco más de la mitad (76.6) NO mantiene buenas relaciones interpersonales, mientras que solo el 23.3% de los entrevistados demuestran buenas relaciones sociales.

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

Clasificación	<i>f</i>	%
Demuestra conductas promotoras de Salud	18	60
No demuestra conductas promotoras de salud	12	40
Total	30	100

Fuente: Escala de Estilo de Vida Promotor de Salud n=30

La tabla # 14 nos demuestra que el 60% de los entrevistados maneja adecuadamente sus tensiones lo que le ayuda a tener una buena salud mental, mientras que el 40% de los estudiantes les es difícil mantener equilibrio en este aspecto.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra				
		P.S.V	PEAG	P.S.DE VIDA
N		30	30	30
Parámetros normales ^{a,b}	Media	2.8852	32.2333	25.9667
	Desviación típica	.39953	5.34779	3.59581
	Absoluta	.146	.190	.146
Diferencias más extremas	Positiva	.074	.105	.074
	Negativa	-.146	-.190	-.146
Z de Kolmogorov-Smirnov		.802	1.042	.802
Sig. asintót. (bilateral)		.541	.227	.541

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

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.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra			PEAG
N			30
Parámetros normales ^{a,b}	Media		32.2333
	Desviación típica		5.34779
	Absoluta		.190
Diferencias más extremas	Positiva		.105
	Negativa		-.190
Z de Kolmogorov-Smirnov			1.042
Sig. asintót. (bilateral)			.227
	Sig.		.333 ^c
Sig. Monte Carlo (bilateral)	Intervalo de confianza de 95%	Límite inferior	.165
		Límite superior	.502

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

c. Basado en 30 tablas muestrales con semilla de inicio 2000000.

Tabla 15 Estadística descriptiva y prueba de Kolmogorov-Smirnov

	<i>R</i>	<i>XMín</i>	<i>XMáx</i>	<i>X</i>	<i>S</i>
P.SENTIDODEVIDA	30	19.00	32.00	25.9667	3.59581
P.S.V	30	2.11	3.56	2.8852	.39953
PEAG	30	22.00	40.00	32.2333	5.34779
N válido (según lista)	30				

3.4 Tabla 16 Matriz de correlación de Pearson

Correlaciones				
		Peso	Edad	IMC
Peso	Correlación de Pearson	1	.078	.745**
	Sig. (bilateral)		.681	.000
	N	30	30	30
Edad	Correlación de Pearson	.078	1	.068
	Sig. (bilateral)	.681		.722
	N	30	30	30
IMC	Correlación de Pearson	.745**	.068	1
	Sig. (bilateral)	.000	.722	
	N	30	30	30

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Matriz de correlación de Pearson

		Edad	Peso	Talla	IMC	P.S.V	PEAG
Edad	Correlación de Pearson	1					
	Sig. (bilateral)						
	N	30					
Peso	Correlación de Pearson	.078	1				
	Sig. (bilateral)	.681					
	N	30	30				
Talla	Correlación de Pearson	.046	.801**	1			
	Sig. (bilateral)	.808	.000				
	N	30	30	30			
IMC	Correlación de Pearson	.068	.745**	.204	1		
	Sig. (bilateral)	.722	.000	.278			
	N	30	30	30	30		
P.S.V	Correlación de Pearson	.304	-.251	-.261	-.111	1	
	Sig. (bilateral)	.102	.180	.163	.559		
	N	30	30	30	30	30	
PEAG	Correlación de Pearson	-.167	-.058	.043	-.166	.022	1
	Sig. (bilateral)	.379	.759	.822	.381	.908	
	N	30	30	30	30	30	30

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

n=30

En la correlación de Pearson que presentan en esta tabla se observa una asociación negativa moderada ($r = -0.111$; $p = .022$), donde la autoestima se asemeja con el sentido de vida en los estudiantes del COBAHE

3.5 Prueba de Hipotesis

H1 los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales predicen la autoeficacia percibida en los estudiantes del COBAHE

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

$R^2 = .195\%$

La tabla 18 muestra que el efecto de los factores personales son predictores, ya que es impulsada por la variable autoeficacia ($T = 4.193$; $p = .000$)

Tabla 19

Tabla 19 Regresión Lineal Múltiple del Efecto de los Factores Personales Biológicos y psicológicos sobre la Conducta Promotora de Salud

Variables	Suma de cuadrados	gl	Cuadrado medio	F. cal	Valor de p
Modelo 1	11017.683	5	2203.537	6.836	.000
Residuos	25463.422	79	322.322		

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

Variable dependiente: Conducta Promotora de Salud

$R = .302\%$

En la tabla 19 se observan los factores personales sobre la conducta promotora de Salud afecta en la autoeficacia de los jóvenes estudiantes del COBAHE ($F_{cal} = 6.836$, $p = .000$)

H2 Los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales predicen la conducta promotora de salud de los estudiantes del COBAHE

H3 La autoeficacia percibida es predictora de la conducta promotora de Salud de los estudiantes del COBAHE

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 22 el efecto sobre la conducta sobre la conducta promotora de Salud nos da como siguiente resultado($t=4.028;p=.000$)

H4 El sentido de vida es predictora de la conducta promotora de la Salud en el estudiante del COBAHE.

Tabla 23

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 se aprecia el efecto de los factores personales sobre el sentido de vida ($t=3.703;p=.000$)

Capítulo IV

4 Discusión

El presente estudio nos permitió aplicar instrumentos a una población estudiantil de 30 entrevistados entre ellos tenemos los conceptos factores personales biológicos, aspectos socioculturales, aspectos psicológicos, Perfil del Estilo de Vida del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender.

En relación con las hipótesis nos demuestra...

4.1 Conclusiones

En base a los resultados obtenidos se concluye lo siguiente:

- En primer lugar que la consistencia interna de los instrumentos aplicados fueron aceptados
- Entre los estudiantes que participaron el predominio destaca el sexo masculino la media más alta de los instrumentos fue el sentido de vida, lo que representa un potencial para la promoción de la salud en los estudiantes del COBAHE

24.2 Recomendaciones

Es importante considerar el hecho de que para llevar a cabo una conducta promotora de salud se debe tomar primeramente la decisión de llevarla a cabo y por lo tanto no se está libre de influencias, es por ello que se recomienda que para un futuro estudio se tomen en cuenta otras variables, que como refiere Pender (1996), pueden afectar de manera directa o indirecta la conducta promotora de salud. Esto es importante para determinar las razones del porqué no se realiza el ejercicio y trabajar en ellas, de tal manera que los jóvenes puedan interesarse en realizar ejercicio con regularidad como parte de un estilo de vida saludable que es una de las acciones inmediatas del Programa Regional de Acciones para el Desarrollo de la Juventud en la América Latina (1994). Algunas de las variables que pueden ser estudiadas serían las creencias de salud de los jóvenes, ya que finalmente como lo refiere Alvarez y López (1999) lo que determina el comportamiento son las creencias que se tienen respecto al objeto y son un indicador del agrado o desagrado que la persona tiene ante determinado objeto. Otra podría ser la auto-eficacia percibida, beneficios y barreras, que de acuerdo a la teoría cognoscitiva social de Bandura referida por Pender (1996), proponen que la conducta previa también tiene una influencia

indirecta en la conducta promotora de salud a través de las percepciones de auto-eficacia, y beneficios y barreras relacionadas a la actividad. Se recomienda también incluir algunas preguntas de complacencia social como filtro para deducir la fidelidad de las respuestas, además de escoger otro lugar para la recolección de los datos, de tal manera que los jóvenes no asocien el ejercicio con una actividad académica. Por último, es bueno considerar que enfermería como una profesión que busca preservar la salud de las personas se interese en buscar y seleccionar estrategias que favorezcan la práctica de ejercicio en la comunidad de tal manera que puedan evitarse las enfermedades propias de estilo de vida sedentario.

Referencias

Abercrombie, N., Gatrell, T., Thomas, C. (1998). Universities and health in the twenty-first century. En: Tsouros, A.G., Dowding, G., Thompson, J. & Dooris, M. (Eds.) (1998). *Health Promoting Universities. Concept, experience and framework for action*. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe: 29-34.

Baker S. & Kirsch I. (1991). Cognitive Mediators of pain perception and tolerance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61 (3), 504-510

Córdova, J., Lee, G., Hernández, M., Aguilar, M., Barriguete M., M., Kuri, P., Lara, A., Álvarez, C., Molina, V., Barquera, S., Rosas, M. y González, A. (2008). Plan de prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas: sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus, 2007-2012, y sistema de indicadores de diabetes en México. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 16(3), julio-septiembre, 104-107.

González P., E., Gutiérrez D., C., Stevens, G., Barraza Ll., M., Porras C., R., Carvalho, N., Loncich, K., Dias, R.H., Kulkarni, S., Casey, A., Murakami, Y., Ezzati, M. y Salomón, J.A. (2007). Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. *Salud Pública de México*, 49(Supl. 1), 37-52.

López-Bárcena, J. y González, M. (s/a). Modelo universitario de salud integral en la Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en línea: <http://www.ejournal.unam.mx/revfacmed/no48-6/RFM48602.pdf>

Fernández, P. F. & Sumano, A. E. (1986). Obesidad en la niñez y adolescencia: Factores de riesgo. *Boletín Médico del Hospital Infantil*. 43(1). 53-59.

García, A., Norton, B. M., Fren, M., Coviak, C., Pender, N. & Ronis, D. (1995). Gender and developmental differences in exercise beliefs among youth and prediction of the exercise behavior. *Journal of School Health*, 65(6), 213-219.

Gauvin, L. & Rejeski, W. J. (1993). The exercise induced feeling inventory: development and initial validation. *Journal of Sport and Exercise Psychology*. 15.403-423.

Anexos



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla

Dirección de Posgrados en Salud

Coordinación Académica de Posgrados en Enfermería

Maestría en Ciencias de la 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 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 llena de razones por las cuales vivir	TED	ED	DA	TDA
EDSV03	Normalmente me siento pleno con lo que estoy haciendo de 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 solo hago 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 para 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 actúo 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	18. Si pudiera elegir nunca habría nacido	TED	ED	DA	TDA

Escala de Autoeficacia General (EAG) Bäßler, Schwarzer y Jerusalem, (1993).

Instrucciones: A continuación se presenta una lista de enunciados que tratan sobre tu percepción respecto a tus capacidades para manejar en tu vida diaria diferentes situaciones estresantes.

La respuesta que escojas puede ser:

INCORRECTO	encierra en un círculo	I
APENAS CIERTO	encierra en un círculo	AC
MÁS BIEN CIERTO	encierra en un círculo	MBC
CIERTO	encierra en un círculo	C

VARIABLE	ENUNCIADOS	RESPUESTAS			
		1 INCORRECTO	2 APENAS CIERTO	3 MÁS BIEN CIERTO	4 CIERTO
EAG01	Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.	I	AC	MBC	C
EAG02	Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.	I	AC	MBC	C
EAG03	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.	I	AC	MBC	C
EAG04	Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.	I	AC	MBC	C
EAG05	Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.	I	AC	MBC	C

EAG06	Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo(a) porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	I	AC	MBC	C
EAG07	Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.	I	AC	MBC	C
EAG08	Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.	I	AC	MBC	C
EAG09	Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.	I	AC	MBC	C
EAG10	Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	I	AC	MBC	C



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla

Dirección de Posgrados en Salud

Coordinación Académica de Posgrados en Enfermería

Maestría en Ciencias de la Enfermería

No. de Folio _____

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

N=NUNCA, AV=ALGUNAS VECES, F=FRECUENTEMENTE, O R=RUTINARIAMENTE

VARIABLE	ORACIONES	RESPUESTAS			
		1	2	3	4
PEVPS01	Discuto mis problemas y preocupaciones 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 o veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud.	N	AV	F	R
PEVPS10	Hago ejercicios vigorosos por 20 o más minutos, por lo menos tres veces a la semana (tales y 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 6–11 porciones de pan, cereales, arroz o pasta (fideos) 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 4 porciones de frutas todos los días.	N	AV	F	R
PEVPS21	Busco una segunda opinión, cuando pongo en duda las recomendaciones de mi proveedor de servicios de salud.	N	AV	F	R
PEVPS22	Tomo parte en actividades físicas de recreación (tales como nadar, bailar, 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 conmigo 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

VARIABLE	ORACIONES	RESPUESTAS			
		1	2	3	4
PEVPS28	Hago ejercicios 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 ejercicios 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 de destino y caminar).	N	AV	F	R
PEVPS35	Mantengo un balance del 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, pescado, frijoles, huevos y nueces todos los días.	N	AV	F	R
PEVPS39	Pido información de los profesionales de la salud sobre como tomar buen cuidado de mi 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 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 cardíaco objetivo cuando hago ejercicios.	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 otros por medio del diálogo 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