



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

FACTORES ASOCIADOS A LOS HÁBITOS DE
ALIMENTACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA EN UN GRUPO DE
ESTUDIANTES DE LICENCIATURA.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ITZIHUARI IRATZI MONTUFAR BURGOS

DIRECTORA: DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS

REVISOR: DR. EDGAR LANDA RAMÍREZ

SINODALES:

DRA. ROCÍO IVONNE DE LA VEGA MORALES

DR. HÉCTOR RAFAEL VELÁZQUEZ JURADO

MTRA. ANGÉLICA JUÁREZ LOYA



Ciudad Universitaria, Cd. Mx, 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de imágenes, 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 donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por haberme permitido formar parte de esta institución. Siempre es un orgullo decir que es mi alma mater.

A la Facultad de Psicología, es un honor haber estudiado en este lugar donde encontré conocimiento teórico y práctico de la psicología y de la vida

A la Doctora Angélica Riveros por su inagotable paciencia y por su valioso tiempo, sobre todo por su siempre amable disposición para ayudarme con este proyecto y por su sabiduría compartida. En fin, por el gran apoyo que siempre es para mí, mil gracias.

A mi Revisor el Dr. Edgar Landa y a mis Sinodales Dra. Rocío Ivonne De La Vega, Mtra. Angélica Juárez y Dr. Héctor Velázquez, muchas gracias por sus valiosos y enriquecedores comentarios, por el tiempo dedicado a que el presente trabajo tuviera mejor calidad.

A mi familia y mi leal compañero de tantos años Luis, sin su apoyo y cariño nada sería igual.

A mis queridos profesores y compañeros de esta facultad que sin duda fueron importante pieza en mi formación profesional y a todos aquéllos que de alguna forma han contribuido a este logro personal y profesional.

A todos ustedes mi más sincero agradecimiento.

Dedicatorias

A mis padres, Edgar Néstor Montufar e Hilda Patricia Burgos quienes me cuidaron y me aman incondicionalmente. Gracias por regalarme esta bella experiencia que es la vida. Gracias por su apoyo y por darme lo mejor de ustedes. Mamá, estás viva en mis pensamientos y en mi corazón.

A Luis, mi mejor amigo e incansable compañero de vida. Eres una bendición en mi vida, un motor y el mejor de los cómplices. Te dedico este logro que por supuesto también es tuyo.

A mis hermanas Mireya y Belém por ser desde su trinchera, un ejemplo de fortaleza y resistencia.

A Puma y Kelly que son parte de mi familia, les dedico este logro y les agradezco aportar ternura y cariño a mi vida.

ÍNDICE

RESUMEN	1
1. INTRODUCCIÓN	2
1.1 Planteamiento del problema	4
1.2 Justificación	5
2. ANTECEDENTES	8
2.1 El mantenimiento de la salud	8
2.1.1 Concepto de Salud	10
2.1.2 Conducta saludable	11
2.1.3 Calidad de vida	13
2.1.4 Alimentación y Actividad física.....	15
2.2 Enfermedades No Transmisibles (ENT).....	18
2.2.1 Niveles de prevención en salud.....	18
2.2.2 Las enfermedades no transmisibles y su impacto en la sociedad	20
2.3 Factores asociados a los hábitos saludables	23
2.3.1 Cómo se forman los hábitos	23
2.3.2 La Teoría de la Acción Razonada y la Teoría de la Conducta Planeada.....	26
2.4 La etapa universitaria y su influencia en los hábitos de alimentación y actividad física.	29
2.4.1 Hábitos de alimentación y ejercicio en estudiantes universitarios mexicanos.....	30
2.4.2 Hábitos de alimentación y ejercicio por sexo en México.....	34
3. MÉTODO	36
3.1 Preguntas de investigación	36
3.2 Objetivo general	36
3.2.1 Objetivos específicos:.....	36
3.3 Hipótesis	37
3.4 Definición de variables	37
3.4.1 Definición conceptual.....	37
3.4.2 Definición operacional	38
3.5 Tipo de estudio.....	39

3.6	Participantes	39
3.7	Instrumentos	39
3.8	Procedimiento	41
3.9	Análisis Estadísticos.....	41
4.	RESULTADOS	42
4.1	Edades y sexo de los participantes.....	42
4.2	Correlaciones entre las áreas del instrumento.....	44
4.3	Diferencia de medias por grupo de antecedentes heredofamiliares reportados.....	46
4.4	Diferencia de medias entre hombres y mujeres.....	53
5.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	57
5.1	Discusión	57
5.2	Conclusiones.....	64
	REFERENCIAS.....	67
	ANEXO.....	1

RESUMEN

El objeto de este estudio fue indagar acerca de los factores que pueden determinar la conducta alimentaria y la actividad física en un grupo de estudiantes universitarios utilizando la Escala de Hábitos de Alimentación y Ejercicio de Montiel, et al. (2010), basada en las variables de la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1985). La muestra estuvo conformada por 90 estudiantes de la Facultad de Contaduría y Administración de la UNAM (35 hombres y 55 mujeres). El rango de edad fue de 17 a 29 años de edad (M= 19.04, D. E= 1.85 años). Los resultados indicaron que todas las variables que anteceden a la intención conductual precedieron a la misma, así como ésta y sus antecesoras a la conducta final (hábitos reportados). Las variables intención conductual y hábitos tuvieron la correlación más alta con un coeficiente de .718. También, se conformaron grupos por número de antecedentes heredofamiliares reportados y se encontraron diferencias significativas en la variable percepción de control ($p=.043$) No hubo diferencias significativas entre sexos.

Palabras clave: universitarios, hábitos, alimentación, actividad física, salud.

1. INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años, los avances científicos han propiciado que la sociedad conozca más y mejores indicadores vinculados a la salud. A través de los cuales, se ha descubierto que muchos de éstos tienen que ver con los estilos de vida que redundan en hábitos.

El *Informe sobre la Salud en el Mundo* de la Organización Mundial de la Salud reporta dentro de un conjunto de 25 grandes riesgos evitables seleccionados y estudiados en detalle, que entre los más importantes a nivel mundial se encuentran los siguientes: prácticas sexuales sin protección, presión arterial elevada, consumo de tabaco y alcohol, niveles de colesterol elevados y sobrepeso/obesidad; todos ellos íntimamente vinculados a los estilos de vida de la población. Además, en conjunto estos riesgos representan un tercio de los años de vida sana perdidos en todo el mundo (OMS, 2002). Los principales riesgos examinados en el informe dan lugar a importantes reducciones de la esperanza de vida sana, en promedio unos cinco años en los países en desarrollo y diez años en los países desarrollados. En la mayor parte de América Latina se calcula esta pérdida en 6,9 años (OMS, 2002).

En ese contexto, cabe preguntarse cuáles son los hábitos que actualmente tienen las personas jóvenes aparentemente sanas, ya que estos indicarán qué tipo de problemas de salud podrían enfrentar en un futuro. Esto a su vez, apunta hacia la población universitaria, misma que se encuentra en una etapa crítica, pues ven modificados muchos de sus comportamientos durante un período promedio de al menos cinco años en el que transitan desde la adolescencia a la adultez joven y comienzan a tomar decisiones en diversas situaciones de vida que se les presentan (Troncoso y Amaya, 2009). Algunos autores señalan incluso que esta situación de cambio puede ser un evento estresante y difícil de sobrellevar (Agudelo et al., 2009).

Por lo anterior, este estudio tiene como interés indagar acerca de los factores que pueden determinar la conducta alimentaria y la actividad física en un grupo de estudiantes universitarios.

El trabajo está conformado de la siguiente manera: El planteamiento y la justificación dan un panorama general de los alcances y los intereses que sustentan este trabajo. En los antecedentes se revisan los siguientes temas: mantenimiento de la salud, concepto de la salud, el proceso de salud-enfermedad, la conducta saludable y cómo influyen la actividad física y la alimentación en el mantenimiento de la salud, así como datos actuales sobre las enfermedades no transmisibles y su impacto en la sociedad. Se realiza una revisión teórica acerca de la formación de los hábitos y de las Teorías de la Acción Razonada y de la Conducta Planeada y se describen datos acerca de la alimentación y la actividad física en México y en poblaciones universitarias de este país.

Posteriormente se describe el método¹ utilizado para estudiar los factores asociados a los hábitos de alimentación y actividad física en un grupo de estudiantes de licenciatura, se presentan los resultados encontrados, se discuten y se plantean las conclusiones derivadas de éstos, proponiendo futuras líneas de investigación. Finalmente, se hace una reflexión en la que se presentan las limitaciones y sugerencias de este trabajo.

¹ Los datos analizados en este estudio provienen de algunos de los cuestionarios originales requisitados para el trabajo de tesis que para obtener el título de Maestría en Psicología presentó Zenón, I. (2014). Aplicaciones de la Medicina Conductual a la Preservación de la Salud Psicológica: Estudios en Atención Secundaria y Primaria (Tesis). Universidad Nacional Autónoma de México, Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, México.

1.1 Planteamiento del problema

La juventud es la época idónea para desarrollar habilidades e interés por actividades que perduren toda la vida tales como una buena alimentación y el ejercicio que favorecen la preservación de una buena condición física (Jenkins, 2005).

Lamentablemente, en muchas culturas los alimentos comúnmente conocidos como “comida chatarra” gozan de gran popularidad entre los adultos jóvenes y de mediana edad. Estos alimentos se caracterizan por su alto contenido calórico y escasos en nutrientes esenciales como aminoácidos, vitaminas, minerales y antioxidantes (Jenkins, 2005).

De acuerdo con Pino (2011), los hábitos y conductas alimentarias tienen una relación directa con la morbimortalidad de la población debido a las transformaciones vertiginosas que ha tenido el estilo de vida y la alimentación de las comunidades en desarrollo, cambios que han derivado desde lo socioeconómico y han ocasionado una enorme dificultad para tratar de determinar los hábitos y conductas alimentarias.

Actualmente en México, las enfermedades crónicas comienzan a provocar un número importante de defunciones a partir de los 20 años de edad, exacerbándose en adultos mayores de 65 años. La prevalencia de sobrepeso y obesidad, así como de estilos de vida poco saludables, han ocasionado que las principales causas de muerte entre la población adulta estén dominadas por la diabetes mellitus y las enfermedades isquémicas del corazón (SSA, 2013). Así pues, los estudiantes universitarios corresponden a una población clave para las actividades de promoción y prevención en salud (Troncoso y Amaya, 2006), ya que se encuentran en un periodo crítico en sus vidas, pues tienden a disminuir su nivel de actividad física, aumentar de peso y medidas y por lo mismo suelen adoptar conductas para controlar el peso (Lumbreras, et al., 2009).

En este caso particular, se pretende evaluar una serie de variables psicológicas y su relación con los hábitos alimentarios y de ejercicio actuales en un grupo de estudiantes, pues se ha argumentado que el mejor predictor de la probabilidad de

cambio o disponibilidad de cambio de comportamiento, es el comportamiento actual (Sutton, 1994) y la consideración de las variables que participan en el proceso de valoración de la conveniencia de cambiar, permiten entender los determinantes individuales implicados (Carpi, 2007).

1.2 Justificación

Es importante para el campo de la psicología estudiar y conocer las circunstancias a las que se enfrentan los estudiantes universitarios, las percepciones que tienen del entorno y de sí mismos pues, como se ha mencionado anteriormente, los hábitos que se desarrollan en esa etapa son cruciales e impactarán directamente en su salud.

El bienestar de una persona depende de múltiples factores y desde luego la conducta que desempeña realizando algo tan importante para su salud física y emocional como son la alimentación y el adecuado mantenimiento de su cuerpo a través de la actividad física, determinará en buena medida su desempeño en distintas áreas (social, profesional, familiar y personal), lo que a nivel poblacional representará impactos sociales y económicos importantes.

Dentro de los modelos que destacan al tratar de entender estos factores, está el de la Teoría de la Conducta Planeada (TCP), debido a su estudio de la influencia de factores psicológicos en la intención de realizar conductas saludables. En resumen, esta teoría afirma que la conducta está determinada por la intención conductual, misma que tiene unos antecedentes que la explican y que son: a) la norma subjetiva, que se refiere a la percepción del individuo sobre las presiones sociales que tiene para realizar la conducta; b) la actitud hacia la conducta que refleja la evaluación que la persona hace sobre la conducta; y finalmente, c) el control percibido, que refleja la percepción del individuo sobre su capacidad en realizar la conducta.

Diversas revisiones empíricas apoyan las relaciones de la intención sobre multitud de conductas saludables. Por ejemplo, Godin y Kok (1996), en su estudio "*The theory of planned behaviour: A review of its applications to health-related behaviors*"

encontraron que el modelo de la TCP es bastante eficiente para explicar la intención y que el control conductual percibido es tan importante como la actitud en todas las categorías de comportamiento relacionadas con la salud. En otro ejemplo, Hausenblas, Carron y Mack (1997) realizaron un meta análisis para examinar estadísticamente la utilidad de las teorías de la acción razonada y de la conducta planeada para la explicación y predicción del comportamiento del ejercicio. Los resultados mostraron correlaciones altas entre intención y comportamiento, actitud e intención, actitud y comportamiento, control conductual percibido e intención y control conductual percibido y conducta. El control conductual percibido correlacionó alto con las variables intención (.97) y conducta (.1.01), por lo que los autores concluyeron que la TCP es un modelo más adecuado que la TAR para predecir y explicar intenciones y conductas relacionadas con la actividad física.

Otro estudio hecho por Hagger, Chatzisarantis y Biddle (2002) examinó las relaciones entre el comportamiento, las intenciones, las actitudes, las normas subjetivas, el control del comportamiento percibido, la autoeficacia y el comportamiento pasado utilizando las Teorías de la Acción Razonada y del Comportamiento Planificado. Encontraron que las intenciones predijeron significativamente el comportamiento ($\beta = .51$, $p < .01$), las actitudes fueron el predictor significativo más fuerte de la intención ($\beta = .56$, $p < .01$) mientras que la norma subjetiva tuvo una influencia pequeña pero significativa sobre las intenciones ($\beta = .12$, $p < .01$), la actitud representó gran parte de las influencias sociales en intención. En general, los componentes del modelo de la Teoría de la Acción Razonada explicaron el 37.27% de la varianza en las intenciones y 26.04% de la varianza en el comportamiento. Los resultados demostraron que ambas teorías muestran un buen ajuste con las matrices de correlación, sin embargo, la TCP representaba una mayor variación en las intenciones y el comportamiento de la actividad física. Además, la autoeficacia explicó una variación única en la intención y la inclusión del comportamiento pasado en el modelo resultó en la atenuación de las relaciones intención-comportamiento, intención-actitud, auto-eficacia-intención y auto-eficacia-conducta. Se mostró evidencia de que las relaciones de estudio fueron

moderadas por la fuerza de intención de la actitud y la edad, pero hubo falta de homogeneidad en los grupos de moderadores. Se concluyó que la inclusión de la autoeficacia y el comportamiento pasado son adiciones importantes. Por lo tanto, la TCP es un modelo adecuado para conocer los motivos que llevan a las personas a iniciar y mantener o no una conducta saludable, razón por la que se decidió trabajar con sus variables en este estudio.

2. ANTECEDENTES

2.1 El mantenimiento de la salud.

Gozar de buena salud requiere de un trabajo de mantenimiento constante. Por ello, las conductas que una persona realiza con el fin de proteger o conservar la salud son la clave para los resultados que cada individuo tendrá en su estado general de salud.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud los determinantes de la salud son un conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones (OMS, 1998, p.6).

Estos factores determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones. Así pues, el mantenimiento de la salud tiene varios aspectos a cubrir, algunos en ocasiones son totalmente controlables por cada individuo y otros son más azarosos como el nivel de desarrollo del país donde viven, las políticas públicas en salud o las costumbres familiares y sociales (OMS, 1998). Entonces, el mantenimiento de la salud va a implicar un esfuerzo conjunto de individuo y estado para poder incidir positivamente en cada uno de los factores.

Actualmente tanto en países desarrollados, como en países subdesarrollados, las principales causas de muerte tienen que ver con enfermedades crónico degenerativas en las que la conducta tiene un papel importante. Por ejemplo, de acuerdo con cifras de la OMS (2014) las enfermedades no transmisibles (ENT), son la principal causa de muerte en el mundo entero, habiendo causado 38 millones (el 68%) de los 56 millones de defunciones registradas en 2012. Más del 40% de ellas (16 millones) fueron muertes prematuras, es decir, ocurridas antes de los 70 años de edad. Los comportamientos modificables como el consumo de tabaco, la inactividad física, las dietas malsanas y el uso nocivo del alcohol aumentan el riesgo de padecer ENT. Por mencionar algunos datos mundiales respecto a malos hábitos alimenticios y sedentarismo, la OMS (2017) calcula 4,1 millones de muertes anuales que se atribuyen a una ingesta excesiva de sal/sodio y aproximadamente 1,6

millones de muertes anuales atribuibles a una actividad física insuficiente. Los cambios de los hábitos alimentarios, el menor gasto de energía asociado a estilos de vida sedentarios y el envejecimiento de la población, unidos al tabaquismo y al consumo de alcohol, son los principales factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles en México y constituyen un reto cada vez mayor para la salud pública (SSA, 2015).

Asimismo, se calcula que en 2015 murieron 1,2 millones de adolescentes, es decir, más de 3000 al día, en su mayoría por causas prevenibles o tratables (OMS, 2017). Para reducir esas cifras y los riesgos de desarrollar ENT, además de los esfuerzos que los países y sus gobiernos hagan en materia de prevención, las nuevas generaciones y la población en general requieren desarrollar habilidades para la vida, es decir capacidades para adoptar un comportamiento adaptativo y positivo que permita a los individuos abordar con eficacia las exigencias y desafíos de la vida cotidiana (OMS, 2017).

Dentro de esos comportamientos adaptativos se encuentra el cuidado de la salud, que se compone de factores estructurales y personales. Los últimos, son de interés para el estudio del comportamiento y permiten también la adaptación a deficiencias en los factores estructurales como los sistemas de salud o acceso a condiciones sanitarias adecuadas.

Respecto de los factores personales, hay dos comportamientos que son del interés de esta tesis: la actividad física y la alimentación, que son conductas auto controlables y modificables, por ello tienen un importante impacto en el estado de la salud. Por ejemplo, en tan sólo cuatro décadas el perfil epidemiológico de México ha cambiado de una situación en que la desnutrición y las enfermedades infecciosas eran los mayores problemas de salud pública a uno dominado por la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la nutrición. Es destacable que en nuestro país se ha documentado uno de los incrementos más rápidos en el mundo en cuanto a la prevalencia de peso excesivo (sobrepeso y obesidad) y sus comorbilidades. De 1980 a 2000, de forma casi paralela se identificó un incremento alarmante de 47%

en la mortalidad por diabetes mellitus tipo 2, pasando de ser la novena causa de mortalidad en 1980 a la tercera en 1997 y a la segunda causa de mortalidad en el país en 2010, con cerca de 83 000 defunciones (Rivera et al., 2013).

Así pues, todo lo que conllevan la adecuada alimentación y la realización de actividad física (calidad, frecuencia y planeación), está relacionado con una serie de actividades y cogniciones propias del individuo que impactan en su bienestar general.

En esta sección se estudiará el tema del mantenimiento de la salud en un marco específico y dirigido a los hábitos relacionados, empezando por definir el concepto de salud y qué es la conducta saludable y la calidad de vida. Finalmente, se revisa el impacto que tienen en la salud la actividad física y la alimentación.

2.1.1 Concepto de Salud

Resulta difícil definir la salud, al igual que los procedimientos para mantenerla o recuperarla, los cuales están determinados por la propia definición. El hecho de que todas las personas tengan un cierto grado de salud y que adquiera numerosas formas, cambiando en cada persona y en ciertos momentos de su vida, indica también que todas esas formas podrían parecer aproximaciones parciales a un concepto único. Así, tanto los procedimientos de evaluación como los de intervención, cambian, según la definición adoptada (Juárez, 2011).

A lo largo de la historia y del avance en la ciencia, el concepto de salud ha tenido modificaciones. Hasta mediados del siglo pasado, entre 1940 y 1950, se consideraba sano al individuo o colectivo que siente bienestar en ausencia de malestar. En 1941, Sigerist estableció que la salud no es simplemente la ausencia de enfermedad; es algo positivo, una actitud gozosa y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida impone al individuo. Sobre esa misma línea, Stampar presentó su definición de salud que fue incluida en 1946 por la Organización Mundial de la Salud en el primer punto de su carta fundacional la cual dice que la salud es

el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades o invalideces. No obstante, ya en los años cincuenta se criticaban algunos aspectos de esa definición, calificándola de utópica y estática. Por ello, con el fin de corregir parte de las críticas a la definición de salud de la OMS, Milton Terris (1980) sugirió que hay distintos grados de salud como los hay de enfermedad. Según Terris, la salud tendría dos polos: uno subjetivo -la sensación de bienestar- y otro objetivo y medible -la capacidad de funcionamiento-, detectable en distintos grados. De acuerdo con estos conceptos, propuso modificar la definición de la OMS y definir la salud como “un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de enfermedades o invalideces” Este concepto elimina el término «completo» manteniendo el bienestar y añade la capacidad de funcionamiento (capacidad de trabajar, de estudiar, de gozar de la vida), introduciendo la posibilidad de medir el grado de salud (Piedrola-Gil 2008, p. 3).

Lo anterior, propone un continuo en el que la enfermedad ocuparía el polo negativo, cuyo extremo es la muerte y la salud ocuparía el polo positivo, en cuyo extremo se situaría el óptimo de salud. En el centro habría una zona neutra donde sería imposible separar lo normal de lo patológico, pues ambas situaciones coexisten. Tanto en el polo positivo (salud) como en el negativo (enfermedad) podrían distinguirse diferentes gradaciones de salud o enfermedad (Piedrola-Gil, 2008, p.4).

Dado que el grado óptimo de salud es difícilmente alcanzable y la muerte es inevitable, estos términos se pueden sustituir por los de elevado nivel de bienestar y de capacidad de funcionamiento y muerte prematura (Salleras, 1985, p.17).

2.1.2 Conducta saludable

Kasl y Cobb (1966) definieron la conducta de salud como cualquier actividad realizada por una persona mientras se encuentra sana, con el fin de prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa asintomática. Harris y Guten (1979) la definen como la conducta realizada por un individuo independientemente de su

percepción del propio estado de salud, con el fin de proteger, promover o mantener la salud. Matarazzo (1984) distinguió entre lo que denominaba *patógenos e inmunógenos conductuales* para referirse a determinados comportamientos de riesgo que se relacionan con la incidencia de enfermedades y a otros que contrariamente, previenen y proporcionan una cierta inmunidad conductual.

La OMS (1998) en su glosario de promoción de la salud reconoce la conducta orientada hacia la salud como cualquier actividad de una persona, con independencia de su estado de salud real o percibido, encaminada a promover, proteger o mantener la salud, tanto si dicha conducta es o no objetivamente efectiva para conseguir ese fin (p.18).

En ese mismo documento la OMS comenta que

(...) todo comportamiento o actividad de un individuo tiene alguna influencia sobre la salud y que, en ese contexto, puede ser útil distinguir entre los comportamientos que se adoptan deliberadamente con el fin de promover o proteger la salud y aquellos que puedan adoptarse con independencia de las consecuencias que puedan tener para la salud. Las *conductas orientadas hacia la salud* se distinguen de las *conductas de riesgo*, en que estas son comportamientos asociados a una mayor susceptibilidad para una causa específica de mala salud. .

En resumen, de acuerdo con las definiciones revisadas, la conducta saludable es aquella que mantiene la homeostasis de la persona y se orienta a proteger mediante un comportamiento preventivo. Ejemplo de este tipo de conductas son aquellas que se relacionan con el buen mantenimiento de las funciones corporales y la evitación de riesgos de contagios o accidentes. Esto, en cualquiera de los niveles de prevención: primario, secundario o terciario (mismos que se revisaran en la siguiente sección), como practicar ejercicio de manera regular, no fumar ni consumir alcohol o hacerlo con moderación, no manejar después de consumir alcohol, usar cinturón de seguridad, utilizar preservativo, llevar una dieta sana, realizar chequeos médicos con regularidad, aplicarse vacunas, adherirse a un tratamiento, asistir a rehabilitación y dormir suficientes horas, permiten preservar el estado de salud.

Después de un tiempo prolongado practicando ciertas conductas saludables, podremos decir que tenemos hábitos saludables. Es importante estudiar este tipo de conductas a nivel personal y a nivel sociedad, ya que son el indicador de la valoración de la salud, por lo tanto, del bienestar.

Las conductas orientadas hacia la salud y las conductas de riesgo a menudo se agrupan en patrones más complejos de comportamiento, conocidos como estilos de vida que son comportamientos identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales (OMS, 1998, p.27). El estilo de vida, a su vez, influye en la calidad de vida que se tiene.

2.1.3 Calidad de vida

Calidad de vida es un concepto que surgió como una etiqueta científica a finales de los años sesenta. La importancia del término se observa en la multicontextualidad y el crecimiento de la literatura sobre este tema que se evaluó examinando el número de citas en varias bases de datos científicas como Urban, Biosis, Medline PsycLit and Sociofile (Fernández-Ballesteros,1998). El término, empieza a utilizarse a partir de los años setenta, como una reacción a los criterios economicistas y de cantidad que rigen en los llamados "*informes sociales*", "*contabilidad social*", o estudios de nivel de vida. Si bien la calidad de vida está relacionada con aspectos como educación, salud, ambiente, aspectos socioculturales, satisfacción, estilos de vida y aspectos económicos, no existe una teoría única que defina el término (Restrepo-Málaga, 2001).

Analizar la calidad de vida de una sociedad, significa analizar las experiencias subjetivas de los individuos que la integran y la percepción que tienen de su existencia dentro de ella. Exige, en consecuencia, conocer cómo viven los sujetos, cuáles son sus condiciones objetivas de existencia, qué expectativas de transformación de estas condiciones tienen y evaluar el grado de satisfacción que consiguen (Restrepo-Málaga, 2001).

Para la OMS (1998), la calidad de vida refleja la percepción que tienen los individuos de que sus necesidades están siendo satisfechas, o bien de que se les están negando oportunidades de alcanzar la felicidad y la autorrealización, con independencia de su estado de salud físico, o de las condiciones sociales y económicas. La meta de mejorar la calidad de vida, junto con la prevención de una mala salud evitable, ha tomado mayor importancia en promoción de la salud. Esto es especialmente importante en relación con la satisfacción de las necesidades de ciertas poblaciones como los son: las personas de edad avanzada, los enfermos crónicos, los enfermos terminales y las poblaciones discapacitadas. La OMS (1998) la define como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones” (p.28) e identifica seis extensas áreas que describen aspectos fundamentales de la calidad de vida en todas las culturas:

1. área física (por ejemplo, la energía, la fatiga),
 2. área psicológica (sentimientos positivos),
 3. nivel de independencia (movilidad),
 4. relaciones sociales (apoyo social práctico),
 5. entorno (la accesibilidad a la asistencia sanitaria y salubridad del ambiente)
- y
6. creencias personales/espirituales (significado de la vida).

Asimismo, afirma que los ámbitos de la salud y la calidad de vida son complementarios y se superponen.

En un estudio integrador; tras analizar las definiciones de calidad de vida de Anderson y Szalai (1980), Celia y Tulsy (1990), Chaturvedi (1991) y Quintero (1992); Ardila (2003) la definió como un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el

bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida (p. 163).

En conclusión, la calidad de vida es un concepto complejo y multidisciplinario. Dependiendo del contexto, se compone de diferentes factores que son objetivos y subjetivos, así como de la evaluación del individuo en un proceso de comparación en el que los criterios se relacionan con el propio nivel de aspiraciones, expectativas, grupos de referencia, valores personales, actitudes y necesidades (Sánchez Sosa y González-Celis, 2006).

2.1.4 Alimentación y Actividad física

Las conductas que representan un peligro para la conservación de la salud se consideran factores de riesgo. Dos de los principales, con mayor influencia negativa en las patologías crónicas, son el sedentarismo y la alimentación inadecuada. Por ello, la alimentación y la actividad física juegan un papel decisivo en el cuidado personal de la salud, al ser conductas que se pueden modificar y controlar de una manera más sencilla que algunos de los otros factores que determinan nuestro estado de salud, por ejemplo sociales o ambientales.

Una dieta saludable ayuda a evitar la malnutrición en todas sus formas, así como de algunas de las enfermedades no transmisibles, como la diabetes, las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer; por el contrario, las dietas insalubres y la falta de actividad física están entre los principales factores de riesgo para la salud en todo el mundo (OMS, 2015).

La composición exacta de una alimentación saludable, equilibrada y variada depende de las necesidades de cada persona (por ejemplo, de su edad, sexo, hábitos de vida, ejercicio físico), el contexto cultural, los alimentos disponibles localmente y los hábitos alimentarios. No obstante, los principios básicos de la alimentación saludable son siempre los mismos. Lo ideal sería que las personas comieran varias porciones de verdura, ensaladas y frutas a diario, así como cereales integrales y proteínas con cantidades mínimas de grasas saturadas. Los hábitos

alimentarios deben reducir al mínimo el consumo de carnes grasas, mantequilla, sal y manteca para mejorar la salud cardiovascular. Los productos lácteos son saludables, sobre todo cuando tienen un contenido graso inferior a las concentraciones “naturales” (OMS, 2015).

De acuerdo con la OMS (2010), la inactividad física constituye el cuarto factor de riesgo más importante de mortalidad en todo el mundo (6% de defunciones a nivel mundial). Sólo la superan la hipertensión (13%), el consumo de tabaco (9%) y el exceso de glucosa en la sangre (6%). El sobrepeso y la obesidad representan un 5% de la mortalidad mundial. Asimismo, la actividad física practicada con regularidad reduce el riesgo de padecer cardiopatías coronarias y accidentes cerebrovasculares, diabetes de tipo II, hipertensión, cáncer de colon, cáncer de mama y depresión además de ser un factor determinante en el consumo de energía, por lo que es fundamental para conseguir el equilibrio energético y el control del peso (p.10).

Las recomendaciones de la OMS (2010) en materia de actividad física para personas adultas en un rango de edad entre 18 y 64 años son las siguientes:

Para los adultos de este grupo de edades, la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos a pie o en bicicleta), actividades ocupacionales (es decir, trabajo), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias.

Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y de reducir el riesgo de ENT y depresión la OMS (2010) se recomienda que:

1. Los adultos de 18 a 64 años realicen un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada, o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa cada semana, o bien una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.
2. La actividad aeróbica se practique en sesiones de 10 minutos de duración, como mínimo.

3. Que, a fin de obtener aún mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo de edades aumenten hasta 300 minutos por semana la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien hasta 150 minutos semanales de actividad física intensa aeróbica, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.
4. Dos veces o más por semana, realicen actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares.

2.2 Enfermedades No Transmisibles (ENT)

Las enfermedades no transmisibles son la causa principal de enfermedad y muerte prematura y evitable en la Región de las Américas. Su pesada carga social y económica, especialmente el marcado aumento de los gastos de tratamiento, menoscaba el bienestar individual y familiar y amenaza con obstaculizar el desarrollo social y económico (OPS, 2014).

Dada la magnitud y la importancia del tema, se revisarán en esta sección los niveles de prevención en salud, pues las ENT son enfermedades que se pueden prevenir o controlar si se logran detectar a tiempo. Asimismo, se revisará el impacto de estas enfermedades en la sociedad actual.

2.2.1 Niveles de prevención en salud

La Prevención de la enfermedad se define como "...las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida" (OMS, 1998, p.13).

La expresión *medidas de prevención* indica que una o más intervenciones de carácter preventivo se aplican antes del inicio de la enfermedad o muy al comienzo de su evolución. Las medidas de control, en cambio, se aplican durante el curso de la enfermedad. Las estrategias preventivas constituyen enfoques o maneras de organizar la prevención y el control en determinados ámbitos de la población para alcanzar unos objetivos definidos (Piedrola-Gil, 2008).

Aunque la aplicación de medidas preventivas suele encontrarse en la historia de la medicina y de la salud pública, la inquietud sistemática por la prevención surgió en el seno del movimiento higienista de principios del siglo XX. Este movimiento proponía que, con frecuencia, puede ser menos costoso y más efectivo impedir la aparición de los problemas que tratarlos cuando ya se han establecido. Sin embargo, la noción solo se desarrolló conceptualmente a mediados de 1950, cuando Leavell y Clark propusieron su modelo dinámico para explicar la aparición y

comportamiento de las enfermedades con el cual proponían que la enfermedad, más que un hecho aislado, era el resultado de un proceso que no termina con los signos y síntomas clínicos, pues suele derivar en consecuencias posteriores como la secuela, la invalidez o la muerte temprana (Gómez, 2004).

Vignolo (2011), resume y describe los tres niveles de prevención en salud:

- **Prevención Primaria**

El objetivo de las acciones de prevención primaria es disminuir la incidencia de la enfermedad. Por ejemplo: uso de condones para la prevención del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, donación de agujas a usuarios de drogas para la prevención del VIH y la hepatitis, programas educativos para enseñar cómo se trasmite y cómo se previene el dengue, prohibición de la venta de bebidas alcohólicas a menores de edad.

- **Prevención Secundaria**

Está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas). Significa la búsqueda en sujetos “aparentemente sanos” de enfermedades lo más precozmente posible. Comprende acciones en consecuencia de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Estos objetivos se pueden lograr a través del examen médico periódico y la búsqueda de casos (pruebas de *Screening*). En la prevención secundaria, el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad. Ejemplo es el tratamiento de la hipertensión arterial en sus estadios iniciales realizando un control periódico y seguimiento del paciente, para monitorear la evolución y detectar a tiempo posibles secuelas.

- **Prevención Terciaria**

Se refiere a las acciones relativas a la recuperación ad integrum de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y mediante la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas. En la prevención terciaria son

fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad. Por ejemplo, en lo relativo a rehabilitación, la realización de fisioterapia luego de retirar un yeso por fractura.

Así pues, los niveles de prevención definen el momento de la historia natural de la enfermedad en que el terapeuta y el mismo paciente intervienen para modificarla en sentido favorable (Zurro, 1986).

2.2.2 Las enfermedades no transmisibles y su impacto en la sociedad

Las ENT, también conocidas como enfermedades crónicas, se caracterizan por ser enfermedades de larga duración que resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Los principales tipos de ENT son las enfermedades cardiovasculares (como los ataques cardiacos y los accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes (OMS, 2014).

Los factores de riesgo de padecer estas enfermedades pueden ser comportamentales (consumo de tabaco, la inactividad física, las dietas malsanas y el uso nocivo del alcohol) o metabólicos (sobrepeso, obesidad, tensión arterial, hiperglucemia, hipoglucemia) (OMS, 2014). También ejercen una enorme influencia los determinantes sociales de la salud, como el nivel de ingreso económico, la educación, el empleo y las condiciones de trabajo, el grupo étnico y el género. Las fuerzas culturales y del sector privado también desempeñan un papel importante (OPS-OMS, 2012).

En cuanto a la calidad de vida, la aparición de una enfermedad grave tiene muchas repercusiones, tanto para el individuo afectado como para los que lo rodean. Tras la aparición de los síntomas, la persona con la enfermedad puede experimentar la

ansiedad de tener que esperar y recibir un diagnóstico grave, con la posibilidad de tener que ser hospitalizado, o las incomodidades y perturbaciones para la vida normal. A más largo plazo, es posible que tenga que asumir las restricciones o minusvalías relacionadas con su condición y la posibilidad de que se produzca un declive paulatino de la salud (Morrison-Bennett, 2008).

Las enfermedades no transmisibles (ENT) representan uno de los mayores desafíos del siglo XXI para la salud y el desarrollo, tanto por el sufrimiento humano que provocan como por los perjuicios que ocasionan en el entramado socioeconómico de los países, sobre todo de los de ingresos bajos y medianos. Casi las tres cuartas partes de todas las defunciones por ENT (28 millones) y la mayoría de los fallecimientos prematuros (el 82%) se produjeron en países de ingresos bajos y medios (OMS, 2014). Sus determinantes tuvieron su origen en el progreso y la mejoría del nivel de vida y no podrán revertirse sin un enfoque individual, social e institucional (Córdova-Villalobos et al., 2008).

La pérdida de productividad a causa de las muertes prematuras y los costos individuales y nacionales de la lucha contra las ENT constituyen importantes obstáculos para la reducción de la pobreza y el desarrollo sostenible. Para el periodo 2011-2025, las pérdidas económicas acumulativas debidas a ENT en los países de ingresos bajos y medios, en la hipótesis de que se mantenga la situación actual, se estiman en 7 billones de dólares (OMS, 2014).

En México, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud (Córdova-Villalobos et al, 2008). Las enfermedades no transmisibles se han incorporado con menor prontitud a la lista de intervenciones prioritarias cubiertas por los prestadores públicos de servicios que atienden a la población no asegurada. Como resultado, las demandas no satisfechas han sido cubiertas por el sector privado, por lo general no regulado, generando que más de la mitad del gasto total en salud sea pagado mediante gasto de bolsillo (González-Pier y col, 2007).

De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016, ENSANUT, (Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de

Salud, 2016) la prevalencia de diagnóstico médico previo de diabetes en adultos fue de 9.4%, siendo ligeramente mayor en las mujeres y en las localidades urbanas. El 87.8% de los pacientes con diabetes están bajo tratamiento médico para controlar su enfermedad. En el último año 15.2% de los pacientes con diabetes tuvieron medición de hemoglobina glicosilada, 4.7% de microalbuminuria, y al 20.9% revisión de pies. La complicación más frecuente entre las personas con diabetes fue la visión disminuida (54.46%), seguida de ardor, dolor o pérdida de la sensibilidad en la planta de los pies (41.17%). El 46.4% de los pacientes con diabetes no realiza medidas preventivas para evitar o retrasar alguna complicación.

Asimismo, se encontró que el 25.5% de los adultos mexicanos tienen hipertensión arterial, de los cuales, un poco más de la mitad conocía su diagnóstico al momento de realizar la encuesta. De los adultos con diagnóstico médico previo de hipertensión, casi la mitad de ellos tenía valores de tensión arterial arriba de los considerados en control.

Así pues, en este ambiente global, y al tomar en cuenta el reto que representan estas enfermedades, en los años venideros se hace necesario crear y/o fortalecer decididamente programas de prevención de las diferentes enfermedades crónicas; organizar mejores protocolos de atención médica y pensar en incentivos que ayuden a los pacientes y sus familias a adoptar mejores hábitos de salud que fomenten la prevención como una estrategia (Caballero, 2010).

2.3 Factores asociados a los hábitos saludables

Los hábitos son actos aprendidos que llegan a ser respuestas automáticas a las situaciones (Carpi et al, 2007), son tendencias del comportamiento, dado un contexto de apoyo estable y que se adquieren a través de la repetición y la práctica (Ouellette y Wood, 1998).

De acuerdo a los hábitos, se conformará el estilo de vida o forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales (OMS, 1998, p.27). El estilo de vida puede orientar al médico para saber qué tipo de paciente esta tratando y con esa información, decidir una vigilancia estricta, un ingreso o un egreso, en dependencia de la capacidad del paciente para cuidarse y cumplir las orientaciones (Espinosa, 2004).

Desde la perspectiva de la psicología de la salud, la comprensión del hecho de que la conducta es predictiva de la mortalidad sólo es parte de la historia. También necesitamos saber qué conducta se relaciona con qué enfermedades. Si se quiere evitar que las personas tengan conductas de riesgo también es necesario comprender los factores psicológicos y sociales que contribuyen a que se realice una conducta de riesgo o a que no se realicen conductas preventivas (Morrison, 2008), por ello es importante conocer las teorías que intentan explicar cómo se forman los hábitos. En esta sección se recopilará la información que han brindado las teorías más destacadas en esa materia y se revisará qué hábitos en materia de salud son los más comunes en México.

2.3.1 Cómo se forman los hábitos

Un hábito se forma por la repetición constante sobre el tiempo. Si una acción es persistente, es muy probable que termine por grabarse en la memoria en forma de un hábito. La repetición hace que poco a poco el esfuerzo por realizar una acción disminuya considerablemente e incluso sea ejecutada sin pensarlo (Betsch, 2004).

El cerebro logra establecer esta conexión neuronal permanente para iniciar, ejecutar y terminar una acción repetida, siempre que se tenga el mismo impulso o recordatorio. Si el resultado de la acción es positivo, la próxima vez que exista el mismo recordatorio, se tendrá la misma rutina (Gardner, 2012). Sin embargo, además de la explicación fisiológica, la conducta es el resultado de muchas influencias: la cultura y el entorno generales en los que se ha nacido; la cultura cotidiana en la que se vive y trabaja; los grupos, subgrupos e individuos con los que se establecen relaciones; y las emociones, creencias, valores y actitudes personales, influidas por estos factores más generales (Morrison, 2008).

De acuerdo con la investigación; existen fuertes y consistentes diferencias individuales que determinan los comportamientos de salud, algunos de los cuales son atribuibles a variables sociodemográficas (por ejemplo, género, situación socioeconómica, cultura; (Blaxter, 1990; Gregory, Foster, Tyler and Wiseman, 1990). Sin embargo, las variables sociodemográficas no son fácilmente modificables. Díaz y Gámez (2003) indican que una limitante de este tipo de estudios es que enfatizan factores ambientales y sociodemográficos, que sólo presentan un panorama descriptivo, con poco valor teórico o explicativo. Por lo tanto, los investigadores han centrado su atención en las variables socio cognitivas que podrían explicar las diferencias individuales en el comportamiento de la salud y que se han atribuido anteriormente a las variables sociodemográficas (Rosenstock, 1974). Desde la perspectiva de la salud pública, esto es de particular importancia, dado que las variables psicológicas son potencialmente más susceptibles al cambio que las variables sociodemográficas (Conner y Norman, 1996).

Sin embargo, el que la persona sepa cómo emitir una conducta no implica que quiera hacerlo o que lo lleve a cabo. En la psicología tradicional, los procesos relacionados con querer hacer algo han sido abordados desde las teorías de la motivación (Michael, 1993). Así, de acuerdo con Sánchez (2006), realizar o no una conducta o hábito saludable (p.ej., dejar de fumar), a nivel individual, dependería de los costos y beneficios que supone la realización de dicha conducta.

Las creencias acerca de la adopción de un comportamiento, los obstáculos y las ventajas del medio ambiente social y natural son determinantes importantes en la identificación de un cambio de conducta o práctica. Reconocer que estos determinantes pueden variar de una población a otra, ilustra la importancia de considerar la diversidad teórica en el desarrollo de una comunicación en salud efectiva (Mosquera, 2003). Con el fin de identificar las variables que sustentan las decisiones relacionadas con la salud, se han propuesto una serie de modelos motivacionales del comportamiento en salud, estos modelos están diseñados para predecir comportamientos e identificar las variables que subyacen a las decisiones relacionadas con la salud (Armitage, 2000).

Entre los diversos modelos conceptuales en boga, algunos son de especial valor debido al alto volumen de investigaciones y de aplicaciones a las que han dado origen, como sucede con el Modelo de Creencias en Salud (Rosenstock, 1974), la Teoría de Acción Razonada (Fishbein, & Ajzen, 1975), la Teoría de Conducta Planeada (Ajzen, 1985), la Teoría de Motivación a la Protección (Rogers, 1975), el Modelo Proceso de Adopción de Precauciones (Weinstein, 1988) y el Modelo Transteórico (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992). Todos estos modelos motivacionales de corte cognitivo proponen constructos y variables intermediarias de gran utilidad para explicar y predecir la evolución de la probabilidad de ejecución de una acción.

Sin embargo, la evidencia empírica ha demostrado suficientemente que esa evolución no es una función continua que cambie de manera lineal y proporcional al estado de alguno de los factores incluidos en los modelos (Flores et al., 2014). A pesar de esa desventaja, la Teoría de la Acción Razonada (TAR) y, posteriormente, la Teoría de la Conducta Planeada (TCP) han probado ser eficaces en las mediciones y predicciones acerca de la conducta en salud.

Al respecto, un meta-análisis de 87 estudios (Sheppard, Hartwick y Warshaw, 1988) confirmó la importancia de las actitudes y las normas subjetivas para explicar la intención, y de la intención para predecir la conducta posterior. Se concluyó que la correlación media de las actitudes y las normas sociales con las intenciones era de,

aproximadamente 0.67, y la correlación entre la intención y la conducta se encontraba entre 0.53 y 0.62.

Por su parte, la TCP ha sido puesta a prueba ampliamente respecto a la conducta de salud o la intención conductual (Morrison, 2008), por ejemplo, en otro meta-análisis a gran escala de los estudios que utilizan la TCP (Sutton, 1998) sus variables explican entre el 40 y el 50 por ciento de la varianza de la intención y entre el 19 y el 38 por ciento de la varianza de la conducta.

2.3.2 La Teoría de la Acción Razonada y la Teoría de la Conducta Planeada

La TAR se basa en el paradigma general de que los humanos, antes de actuar, hacen uso sistemático, detallado y racional de la información que poseen sobre las posibles implicaciones de ejecutar una conducta. En este modelo, la intención, entendida como la representación cognitiva de la disposición de una persona para realizar un comportamiento, funge como la variable que antecede la conducta (Fishbein & Ajzen, 1975, citado por Mújica et al., 2011).

La intención se sustenta en dos componentes: el primero cognitivo, la actitud hacia realizar la conducta, es decir, las predisposiciones aprendidas para responder a un objeto de manera favorable o desfavorable; y el otro sobre percepción social llamado norma subjetiva, o sea, las creencias del individuo sobre lo que las personas significativas para él (padres, amigos, compañeros de trabajo) piensan que debería hacer en la ejecución de una conducta.

La actitud hacia la conducta está constituida por dos subcomponentes: las creencias del individuo sobre las consecuencias de llevar a cabo una conducta y la evaluación positiva o negativa de estas consecuencias. Mientras que la norma subjetiva es el producto conjunto de las creencias normativas del individuo, que son percepciones sobre las expectativas que las personas significativas para ellos (familia, amigos, pareja, etc.), tienen sobre su conducta y, su motivación para complacerlos (Mújica et al., 2011).

La TAR se desarrolló inicialmente para aplicarla a la conducta volitiva (la que está bajo el control de la persona) y, como tal, no analiza la creencia que tiene una persona sobre su capacidad de realizar la conducta en cuestión. Sin embargo, gran parte de la conducta no es completamente volitiva (por ejemplo, las conductas adictivas como fumar o como la negociación en la utilización del preservativo al mantener relaciones sexuales (Morrison, 2008).

Esto originó que la TAR evolucionara al incluir una nueva variable. La Teoría de la Conducta Planeada, es la continuación directa de la TAR e incluye al control percibido, es decir, la percepción sobre la facilidad o dificultad, personal o ambiental, para ejecutar un comportamiento, como otro antecedente de la intención, junto con la actitud y la norma subjetiva, y del comportamiento mismo puede creer que le resultará relativamente fácil volver a hacerlo otra vez (Ajzen, 1985; 1991, citado por Mújica et al., 2011).

Por lo general, la teoría de la conducta planeada ha tenido más éxito para predecir el cambio de conducta que su predecesora (Morrison, 2011). Ajzen (1991) encuentra una correlación media entre el control conductual percibido y la intención de 0.71, por lo que es evidente que este planteamiento ha constituido una adición importante, aunque la intención sigue siendo un mejor factor de predicción de la conducta posterior que el control conductual percibido.

El constructo de *percepción de control* ha sido equiparado al concepto de *autoeficacia* propuesto por Bandura en 1977, pues ambos comparten la percepción de capacidad por parte de la persona para realizar una conducta.

La autoeficacia percibida fue definida como la creencia de las personas acerca de su capacidad para producir niveles designados de desempeño que ejercen influencia sobre los eventos que afectan sus vidas "(...), determina cómo se sienten, piensan, se motivan y se comportan. (...) Tal perspectiva eficaz produce logros personales, reduce el estrés y disminuye la vulnerabilidad a la depresión" (Bandura, 1994, p.2).

No obstante, como ya indicó Ajzen (1985, 1991, 1996), la percepción de control que se incluye en la TCP considera, además, la percepción de barreras externas (dificultad o facilidad) que pueden interponerse en la ejecución del comportamiento. De este modo, actitud, norma subjetiva y percepción de control son las variables antecedentes de la intención que conforman la teoría de acción planeada (Carpi et al, 2005).

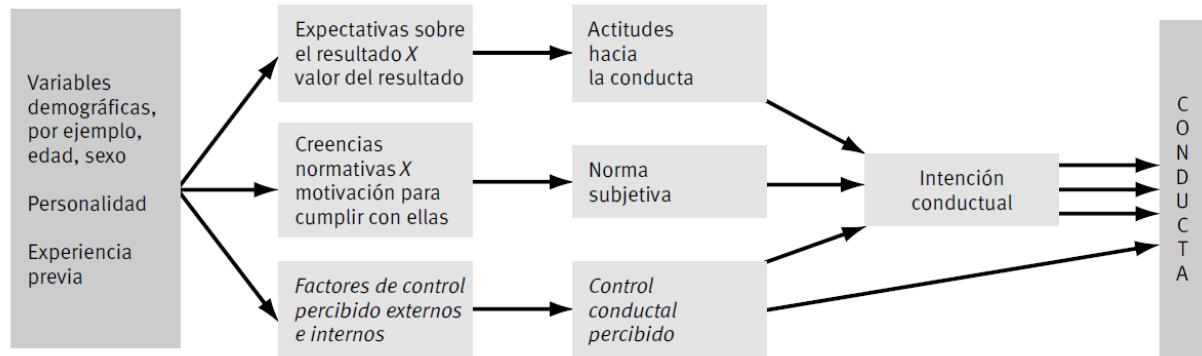


Figura 1. La teoría de la acción razonada y la teoría de la conducta planeada (las incorporaciones posteriores de esta última aparecen en cursiva). Figura tomada de Morrison, V., Bennett, P. *Psicología de la salud*. Pearson, Prentice Hall, S.A., Madrid, 2008, p. 149.

Así, el modelo implícito en esta teoría hace énfasis en que la conducta puede o no estar bajo el control de la persona, de modo que la decisión de actuar depende también de las habilidades individuales y de los recursos ambientales disponibles (Mújica et al, 2011).

2.4 La etapa universitaria y su influencia en los hábitos de alimentación y actividad física.

La etapa universitaria constituye el inicio de un periodo crítico de adaptación que plantea diversos retos, entre ellos, convivir con una gran cantidad de compañeros que provienen de muy diversos marcos socioeconómicos y culturales, que realizaron sus estudios previos en distintas escuelas con diferentes planes de estudio y cuyas existencias están matizadas por estilos de vida muy variados. Al ingresar a la universidad los patrones de vida cambian debido a las cargas de trabajo pues hay que cumplir con las tareas encomendadas a costo de muchos sacrificios como son la alimentación y el descanso, derivado de la falta de adaptación y autocuidado del estudiante (Sánchez et al., 2017).

La experiencia universitaria constituye una influyente etapa en la vida, en la que se produce un cambio importante de progresivo abandono de la etapa de juventud y de entrada en la adultez, con lo que ello supone en cuanto a responsabilidades laborales, sociales y familiares. Cada uno de estos cambios y de estas nuevas situaciones a las que el alumno ha de enfrentarse tendrán repercusiones en muy diferentes niveles (González, 2007).

En cuanto a los temas de interés de esta tesis, la alimentación y la actividad física, se tiene como antecedente que estos dos factores influyen en la salud ya sea de manera combinada o cada una por separado. Así pues, mientras que los efectos de la alimentación y la actividad física en la salud suelen interactuar, sobre todo en el caso de la obesidad, la actividad física aporta beneficios adicionales independientes de la nutrición y el régimen alimentario y hay riesgos nutricionales considerables que no guardan relación con la obesidad. La actividad física es fundamental para mejorar la salud física y mental de las personas. La mala alimentación, la insuficiente actividad física y la falta de equilibrio energético que se observan en los niños y los adolescentes son motivo de especial preocupación (OMS, 2004).

Una etapa crítica en la adquisición de estos buenos hábitos, ocurre al ingresar a la universidad (Troncoso y Amaya, 2009). El hecho de que sea una época crítica debido a la edad, se une, en el caso de muchos universitarios, una mayor libertad,

pues dejan de vivir bajo la vigilancia y control familiar, se crean nuevos grupos de amigos, y además deben aprender a distribuir de modo más autónomo su tiempo de ocio y de estudio (González, 2007). Durante esa etapa los estudiantes pasan de una rutina regular de actividad física a nivel escolar a una rutina cargada de inactividad física (Aránguiz, 2010), típica de la vida universitaria (MacMillan, 2007).

En materia de alimentación, se señala a menudo la poca importancia que, en general, los jóvenes conceden a su dieta. Sin embargo, ésta tiene una relevancia fundamental durante sus estudios, ya que además de contribuir a su salud en general, una dieta equilibrada favorecerá su rendimiento académico.

En la edad universitaria, se adquieren hábitos que en la mayoría de los casos se mantienen en la edad adulta, por ello los universitarios son una población clave para las actividades de promoción y prevención en salud porque sus estilos de vida de intervienen directamente en su desarrollo físico, psíquico y mental (Gómez, 2010).

2.4.1 Hábitos de alimentación y ejercicio en estudiantes universitarios mexicanos.

De acuerdo con un estudio realizado por Sánchez y Luna (2015), en el que se realizó una revisión exhaustiva de literatura en materia de hábitos de vida saludables en población universitaria, se encontró que los jóvenes universitarios poseen una alta presencia de creencias favorables sobre hábitos de vida saludables y a pesar de ello, no lo llevan a la práctica pues de acuerdo con las autoras, los universitarios en general, no tienen buenos hábitos alimentarios, ni realizan actividad física aun sabiendo que una buena alimentación y la realización de ejercicio tienen efectos benéficos sobre la salud.

En México, el perfil epidemiológico que más impacta a los jóvenes de nuestro país está encabezado por adicciones, violencia social, accidentes de tránsito, enfermedades de transmisión sexual, conductas alimentarias de riesgo y embarazos no planeados; además de que presentan riesgos para desarrollar enfermedades crónico degenerativas a corto o mediano plazo (INSP, 2006).

Un estudio realizado en la Universidad Autónoma de Tlaxcala (Lumbreras et al., 2009), encontró que la prevalencia de sobrepeso y obesidad de la población universitaria fue del 23 y 6%, respectivamente; asociándose éstos con el mayor uso de estrategias para perder peso y conductas de riesgo para desarrollar trastornos de la alimentación. Respecto al uso de estrategias para perder peso, 38.8% refirió haber intentado perder peso en el último año; de los cuales sólo el 6.9% logró una pérdida significativa (> 10% del peso corporal); las estrategias que más se utilizaron fueron dieta y ejercicio. La prevalencia de intentos por perder peso en los universitarios de Tlaxcala es mayor a las reportadas en otros países como el Líbano el 30%, Canadá 23%, Finlandia 20.8%, Japón 37% y en Estados Unidos 38%. El 63% de la población de ese estudio no realiza ninguna actividad física, lo que se asoció al sobrepeso y la obesidad; sólo el 37% de estudiantes refirió practicar algún deporte. No obstante, cerca del 80% manifestó haberlo hecho durante sus estudios de primaria y preparatoria; lo cual significa que más de la mitad ha dejado de hacer actividad física.

Gómez et al. (2016), trabajaron con una muestra de 335 alumnos de una universidad pública de Guadalajara a quienes se les realizó una entrevista personal para identificar las características del estilo de vida; además de aplicar cuestionarios de frecuencia de consumo de alimentos. Se realizaron mediciones antropométricas y se determinó el porcentaje de grasa corporal. Se encontró que el 43% de los alumnos mencionó realizar ejercicio diario, 33% ocasional y 24% eran sedentarios. También se les cuestionó si en el Centro Universitario contaban con espacios para hacer ejercicio, 70% contestó que sí. De los alumnos que realizan ejercicio, 75% lo practican más de 30 minutos al día. Al relacionar el ejercicio con la clasificación de diagnóstico nutrimental (IMC), los autores observaron que los alumnos que no realizaban ejercicio presentaron mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad con diferencia significativa ($p < 0.028$). En cuanto a los hábitos de alimentación se les preguntó sobre la importancia del desayuno y si lo consumían diariamente; 97% refirió que sí, de éstos 33% desayuna en casa, y 64% en la escuela. De la población estudiada, 69% realiza 3 a 4 comidas al día, sin embargo 22% de los alumnos mencionó que sólo consumen 2 comidas diarias. En relación al consumo de

alimentos se les preguntó a los estudiantes con qué frecuencia ingerían los diferentes grupos de alimentos: nunca, rara vez, de 1 a 4 veces por semana o diario, observándose una mayor preferencia por los productos de origen animal, ya que la carne (84%) y la leche (66%) fueron los productos con mayor frecuencia de consumo diario por los estudiantes, además de los azúcares (63%), sin embargo se observa menor frecuencia en la ingestión de frutas (49%), verduras (47%) y leguminosas (39%).

Pulido et al. (2011), encontraron resultados en estudiantes mexicanos coincidentes con estudios efectuados en los Estados Unidos en los cuales se aprecia un deterioro en la salud de los jóvenes conforme progresan en sus estudios (Racette et al., 2005 en Pulido et al., 2011).

Otro estudio realizado en estudiantes universitarios de primer ingreso en Jalisco, encontró que las conductas no saludables que se registraron con más frecuencia por los estudiantes de nuevo ingreso fueron “hacer poco o ningún ejercicio” con un 44.03% de la población encuestada (Pérez et al., 2010).

Pliego et al. (2007), mencionan que no existen estadísticas confiables acerca de los niveles de sedentarismo en poblaciones universitarias. Al respecto, los mismos autores llevaron a cabo un estudio realizado en una comunidad universitaria de Jalisco, en el cual encontraron que solamente el 28% de su población llenó los requerimientos para ser considerados como sujetos activos físicamente.

Gallardo y Buen Abad (2011), realizaron un estudio de mala nutrición en estudiantes universitarios de la Escuela de Dietética y Nutrición del ISSSTE. Encontraron que 22.64% de los alumnos eran sedentarios. Al analizar las características de su alimentación se observó que todos los estudiantes desayunaban y la mayor parte de los tiempos de comida los realizaban en casa o en la escuela. El 60.3% ingerían alguna cantidad de refresco al día y 98% consumían regularmente agua sola al día. El 62% refirió el consumo diario de frutas y el 66% de verduras. En cuanto a la energía y macronutrientes, se encontró que la mediana del consumo de energía fue de 1405 Kcal con un porcentaje de adecuación del 41 al 161% con respecto al requerimiento diario de acuerdo con la fórmula propuesta por Harris-Benedict en

1919 (p.9). Las autoras concluyeron que más de la mitad de los alumnos estudiados (52.8%) tuvieron estados de mala nutrición tanto por deficiencia como por exceso de acuerdo con el IMC. Asimismo, las autoras señalan que al analizar el patrón de dieta de los alumnos observaron que en general la población estudiada subestimó el consumo de energía siendo mayormente los alumnos con obesidad quienes más subestimaron su consumo de energía (60.8%), dato que de acuerdo con las autoras, probablemente se deba a que se utilizó la fórmula de Harris-Benedict para predecir el gasto energético (dicha fórmula sobreestima el gasto) o también pueda deberse a que los alumnos sobreestimaron su realización de actividad física.

En Monterrey, Guevara et al. (2015) encontraron que, de una muestra de jóvenes universitarios entre 17 y 19 años, el 80% de ellos mantenía un estilo de vida poco saludable; 60% de su muestra tuvo obesidad o sobrepeso. Independientemente del IMC, predominó un mal estilo de vida, sin embargo, aquellos que presentaban obesidad demostraron los peores resultados. En cuanto a la actividad física, se encontró que el 43% de la muestra reportó no seguir un programa de ejercicios planificado.

En la Ciudad de México, un estudio realizado en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México que evaluó la incidencia de obesidad, factores de riesgo y problemas emocionales en sus estudiantes, reportó que entre los factores de riesgo reportados por la muestra se presentaba como el más alto la vida sedentaria. Asimismo, el 46% de los estudiantes manifestaron tener una ingesta diaria de alimentos alta en colesterol (carne de cerdo, res y chorizo), 28.5% reportó un consumo alto de refrescos y 22.75% consumos de azúcares refinadas (bollería industrial, galletas, dulces, helados). Asimismo, un 15.35% manifestó saltarse comidas (Ríos, Rodríguez y Álvarez, 2010).

2.4.2 Hábitos de alimentación y ejercicio por sexo en México

México atraviesa una transición epidemiológica, cuyos efectos se hacen presentes en la carga de la morbilidad y mortalidad. Esta transición se define por factores económicos y sociales, estilos de vida y situaciones como falta de actividad física, alimentación inadecuada, consumo de drogas, así como otras problemáticas (SSA, 2013).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), 2012 (Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud, 2016) puso de manifiesto los problemas más importantes relacionados con la nutrición, entre los que se encuentran las altas tasas de sobrepeso y obesidad que afectaban en el 2012 a siete de cada 10 adultos y tres de cada 10 niños y a todos los grupos socioeconómicos en México.

De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino² (ENSANUT 2016), la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en adultos de 20 años y más, pasó de 71.2% en 2012 a 72.5% en 2016; este aumento de 1.3 puntos porcentuales no fue estadísticamente significativo. Las prevalencias tanto de sobrepeso como de obesidad y de obesidad mórbida fueron más altas en el sexo femenino. Aunque las prevalencias combinadas de sobrepeso y obesidad no son muy diferentes en zonas urbanas (72.9%) que en rurales (71.6%), la prevalencia de sobrepeso fue 4.5 puntos porcentuales más alta en las zonas rurales, mientras que la prevalencia de obesidad fue 5.8 puntos porcentuales más alta en las zonas urbanas. La prevalencia de obesidad abdominal fue de 76.6%, siendo mayor en mujeres que en hombres (87.7% vs 65.4%) y en los grupos de 40 a 79 años comparados con el grupo de 20 a 29 años.

En relación a la actividad física, la proporción de adultos que no cumplen con la recomendación de actividad física de la OMS (<150 minutos de actividad física moderada-vigorosa/semana) disminuyó ligeramente de 16.0% a 14.4% de 2012 a

² El término medio camino refiere a la primera presentación de resultados con el propósito de atender la urgencia en la necesidad de su difusión (Instituto Nacional de Salud Pública, 2017, en: <https://www.insp.mx/produccion-editorial/novedades-editoriales/4669-encuesta-nacional-salud.html>).

2016, siendo mayor en hombres (15.2% vs. 13.7%) que en mujeres (16.7% vs. 15.0%). La prevalencia de adultos que pasan dos horas o menos al día frente a la pantalla fue de 44.5%, siendo mayor en mujeres que en hombres (49.9% vs. 38.5%).

En cuanto a la dieta, en adultos se observaron bajas proporciones de consumidores regulares de la mayor parte de los grupos de alimentos recomendables: 42.3% consumen regularmente verduras, 51.4% frutas, 70.0% leguminosas. En cambio, se observó una elevada proporción de consumidores de algunos grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano: 85.3% consumen regularmente bebidas azucaradas no lácteas, 38% botanas, dulces y postres y 45.6% cereales dulces. La diversidad total de la dieta en el ámbito nacional fue de 6.5 grupos de alimentos por día. La media de consumo de grupos de alimentos recomendables fue 4.2 y para los grupos no recomendables para consumo cotidiano de 2.3.

En cuanto a población universitaria López et al. (2006) encontraron que cerca del 70% de los varones realizaba ejercicio al ingreso de las preparatorias, disminuyendo a 55% al ingreso de las licenciaturas y que las mujeres realizaron menos ejercicio que los hombres ya que al ingreso a las preparatorias poco más del 40% lo hacían, y al ingreso de las licenciaturas sólo el 35%. Se resalta que en el cuarto año de las licenciaturas cerca de 50% de los hombres continuaron realizando ejercicio mientras que, en el caso de las mujeres, sólo 30% continuaron esta práctica.

En un estudio con población más pequeña (335 alumnos), 11% presentó bajo peso, con mayor prevalencia en el sexo femenino y 28.8% con sobrepeso u obesidad (se identificó mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en sexo masculino) (Pérez et al., 2016).

Pulido et al. (2011), en un estudio de salud física hábitos alimentarios y ejercicio en estudiantes de licenciatura se encontraron diferencias estadísticamente significativas por género. Una prueba t de Student para muestras independientes mostró que los puntajes más bajos y, por lo tanto, más saludables fueron los de los hombres ($t(677) = 3.462, p = .001$).

3. MÉTODO

3.1 Preguntas de investigación

- ¿Existe relación entre los factores intención conductual, norma subjetiva, percepción de control, actitud y los hábitos actuales de actividad física y conducta alimentaria de los estudiantes evaluados?
- ¿Existen diferencias de acuerdo al número de antecedentes heredofamiliares reportados en los factores intención conductual, norma subjetiva, percepción de control, actitud y hábitos actuales de actividad física y conducta alimentaria de los estudiantes evaluados?
- ¿Existe diferencias por sexo en la intención conductual, la norma subjetiva, la percepción de control, la actitud y los hábitos actuales de actividad física y conducta alimentaria de los estudiantes evaluados?

3.2 Objetivo general

Reconocer factores que puedan determinar la conducta alimentaria y la actividad física en un grupo de estudiantes universitarios.

3.2.1 Objetivos específicos:

- Conocer si existe correlación entre las variables intención conductual, norma subjetiva, percepción de control, actitud y los hábitos actuales de alimentación y actividad física.
- Identificar si los estudiantes presentan diferencias estadísticamente significativas en las variables intención conductual, norma subjetiva, percepción de control, actitud y los hábitos actuales de alimentación y actividad física en función del número de antecedentes heredofamiliares reportados.
- Conocer si hay diferencias estadísticamente significativas en los hábitos reportados, entre hombres y mujeres

3.3 Hipótesis

- Existe correlación positiva entre las variables actitud, norma subjetiva, percepción de control e intención conductual vs hábitos actuales.
- Existen diferencias estadísticamente significativas en las medias de los grupos de estudiantes conformados en función del número de antecedentes heredofamiliares reportados.
- Existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, siendo más saludables los hábitos reportados por los hombres.

3.4 Definición de variables

3.4.1 Definición conceptual

De acuerdo con Carpi et al. (2007), los hábitos, la intención conductual, la norma subjetiva, la percepción de control y la actitud se definen como sigue:

- a) **Hábitos:** actos aprendidos que llegan a ser respuestas automáticas a las situaciones.
- b) **Intención conductual:** la decisión o el propósito firme de realizar la conducta en el futuro próximo inmediato.
- c) **Norma subjetiva:** percepción subjetiva sobre las presiones sociales para realizar la conducta e incluye, tanto la percepción de las creencias conductuales que las personas relevantes poseen acerca de si se debe o no realizar una acción, como la motivación del individuo en satisfacer dichas expectativas.
- d) **Percepción de control:** el control conductual percibido, integra la percepción sobre la capacidad y habilidad para realizar una acción (percepción de control interno) y la percepción sobre la facilidad para realizar la acción, es decir, la ausencia de obstáculos físicos e interpersonales y oportunidad de acción.
- e) **Actitud:** el juicio de la persona sobre la utilidad o conveniencia/idoneidad de realizar la conducta.

Variables sociodemográficas:

- **Antecedentes Heredofamiliares**, son el registro de las relaciones entre los miembros de una familia junto con sus antecedentes médicos. Los antecedentes familiares pueden mostrar las características de ciertas enfermedades en una familia. También se llama antecedentes médicos familiares. Dentro del instrumento aplicado para este estudio se podían seleccionar ocho padecimientos como antecedentes heredofamiliares: Hipertensión, Diabetes, Cáncer, Sobrepeso/obesidad, Infarto, Hipercolesterolemia, Hipertrigliceridemia y Gota
- **Sexo:** Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.

3.4.2 Definición operacional

Puntajes obtenidos en cada una de las secciones de la Escala de Hábitos de Alimentación y Ejercicio de Montiel et al. (2010).

De acuerdo con Montiel et al. (2010), las variables del instrumento se definen como sigue:

- a) **Hábitos:** frecuencia de ocurrencia en conductas de alimentación y ejercicio.
- b) **Intención conductual:** probabilidad de ocurrencia de ciertas actividades o características en la alimentación y ejercicio en un lapso de una semana a un mes.
- c) **Norma subjetiva:** importancia que se le asigna a actividades relacionadas con la alimentación y el ejercicio.
- d) **Percepción de control:** qué tanto depende del individuo una serie de actividades relacionadas con la alimentación y el ejercicio.

- e) **Actitud:** evaluación en términos de Perjudicial-Benéfico, Desagradable-Agradable de una serie de actividades relacionadas con la alimentación y el ejercicio.

Variables sociodemográficas:

- **Antecedentes heredofamiliares:** se clasificaron por cantidad en cuatro diferentes grupos cuya conformación fue:
 - Grupo 1=Ningún antecedente heredofamiliar reportado
 - Grupo 2=Un antecedente heredofamiliar reportado
 - Grupo 3=Dos antecedentes heredofamiliares reportados
 - Grupo 4=Tres o más antecedentes heredofamiliares reportados

- **Sexo:** hombre o mujer

3.5 Tipo de estudio

Estudio no experimental, transversal, correlacional.

3.6 Participantes

Muestra no probabilística de 90 alumnos del primer semestre de la carrera de Administración de la Facultad de Contaduría y Administración de la UNAM. El rango de edad de los participantes fue de 17 a 29 años.

3.7 Instrumentos

Para recabar los datos de este estudio se utilizó la Escala de Hábitos de Alimentación y Ejercicio de Montiel, et al. (2010) desarrollado en la Universidad de Sonora, dirigido a población estudiantil universitaria cuyo propósito es evaluar los elementos de intención conductual, norma subjetiva, percepción de control, actitud y las conductas actuales de actividad física, consumo de frutas, verduras y agua.

Cabe mencionar que cada una de las cinco secciones que componen el cuestionario está denominada como sigue:

- **Sección I Hábitos** y corresponde a la *Conducta* en la TCP, (Ajzen, 1985).
- **Sección II Disposición**, corresponde a la variable *Intención Conductual* en la TCP (Ajzen, 1985).
- **Sección III Importancia**, corresponde a la variable *Norma Subjetiva* en la TCP (Ajzen, 1985).
- **Sección IV Decisión**, corresponde a la variable *Percepción de Control* en la TCP (Ajzen, 1985).

- **Sección V Creencias**, corresponde a la variable *Actitud* en la TCP (Ajzen, 1985).

De aquí en adelante puede nombrarse o referirse indistintamente a las variables de este estudio por el nombre de la sección, según corresponda en la Escala de Hábitos de Alimentación y Ejercicio de Montiel, et al. (2010), o por el nombre de la variable componente de la Teoría de la Acción Planeada (Ajzen, 1985).

La versión final aplicada para validación psicométrica es la que sigue:

- **Hábitos**: 10 reactivos que indican la frecuencia de ocurrencia en número de días durante un mes, con consistencia interna (Alfa de Cronbach) de .803;
- **Intención conductual**: 14 reactivos que indican la probabilidad de responder en una escala de cero a cien durante la próxima semana y el próximo mes (con Alfa de Cronbach de .858),
- **Norma subjetiva**: 6 reactivos que indican la importancia de sobre conductas de alimentación y ejercicio para la familia y los amigos de la persona encuestada y 6 reactivos más que indican la importancia para la persona encuestada sobre hacer lo que su familia y amigos esperan respecto de esas conductas, en una escala de seis puntos de Nada Importante a Muy Importante (con Alfa de Cronbach de .894),

- **Percepción de control:** siete reactivos que indican qué tanto depende del individuo el comportamiento en una escala de seis puntos de Nada a Totalmente, (con Alfa de Cronbach de .818) y
- **Actitud:** seis reactivos que indican qué tan Perjudicial-Benéfico y Desagradable-Agradable resultan los comportamientos en una escala de seis puntos, (con Alfa de Cronbach de .583) para un total de 49 reactivos.

Asimismo, el cuestionario recaba los siguientes datos sociodemográficos: edad, sexo, carrera, semestre y antecedentes heredofamiliares.

3.8 Procedimiento

Se aplicó la Escala de Hábitos de Alimentación y Ejercicio a estudiantes de la población estudiantil de la Facultad de Contaduría de la UNAM en sus salones de clase durante alguna hora autorizada por el profesor, se presentó al grupo la información relativa al objetivo del estudio, la importancia de sus respuestas honestas e individuales, la imposibilidad del reconocimiento de su participación individual y el carácter anónimo, confidencial y voluntario de esta. Los instrumentos se entregaron impresos y el aplicador se mantuvo disponible para cualquier duda de los estudiantes. Finalmente se recolectaron los instrumentos, se verificó su llenado y se agradeció a los estudiantes y al profesor por su colaboración.

3.9 Análisis Estadísticos

La relación entre las áreas se obtuvo mediante el coeficiente rho de Spearman para las puntuaciones obtenidas de las variables de tipo intervalar. Para establecer las diferencias entre grupos por número de antecedentes heredofamiliares se aplicó la prueba ANOVA. Para las diferentes áreas del instrumento y la variable nominal dicotómica (sexo), se aplicó una prueba de diferencia de medias (prueba t).

4. RESULTADOS

Los resultados se dividen en cuatro apartados. En el primero, se presenta la estadística descriptiva de las edades y el sexo de los participantes. En el segundo apartado se presenta la correlación entre las áreas del instrumento, obtenida mediante coeficiente rho de Spearman. En el tercer apartado se presenta el análisis en el que se comparan las medias de cuatro diferentes grupos de estudiantes de acuerdo al número de antecedentes heredofamiliares que reportaron. En el cuarto apartado se presentan las diferencias de medias entre hombres y mujeres.

4.1 Edades y sexo de los participantes.

Se obtuvo la media de las edades y la distribución de los sexos. Todos los participantes de la muestra correspondieron al primer semestre de la carrera de Administración. El rango de edad de los participantes fue de 17 a 29 años, con un promedio de 19, (ver Figura 2).

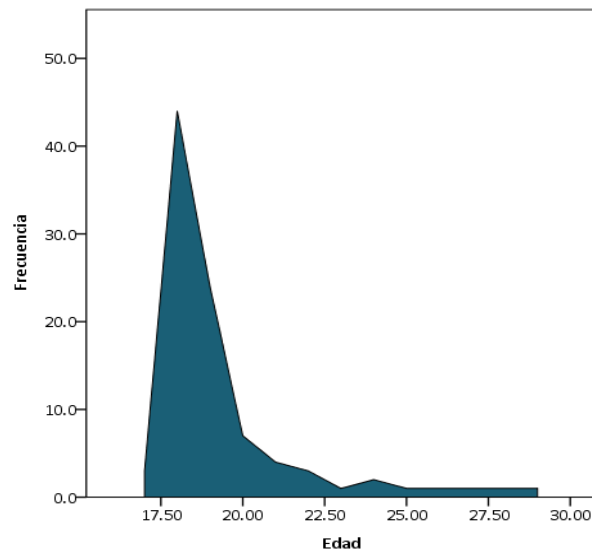


Figura 2 Distribución de las edades de los participantes. $M= 19$, desviación estándar=1.85
N=90

Respecto al sexo, 35 eran hombres y 55 mujeres, en total 90 participantes, (ver Figura 3).

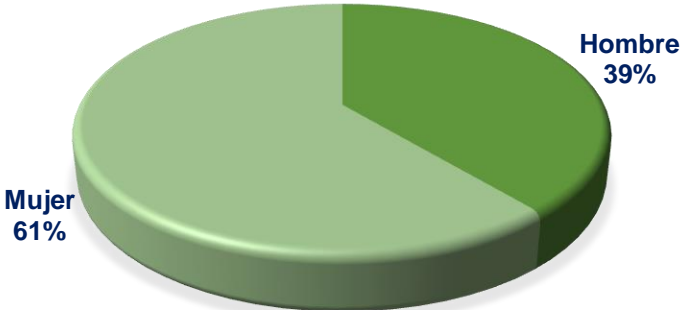


Figura 3 Distribución de los participantes por sexo

4.2 Correlaciones entre las áreas del instrumento.

Se realizó un análisis de correlación mediante el coeficiente *rho de Spearman* con el fin de conocer si existen relaciones significativas entre las diferentes áreas del instrumento aplicado (ver Tabla 1).

Tabla 1. Resultados del Coeficiente de Correlación de Spearman

			Hábitos	Disposición	Importancia	Decisión	Creencias
Rho de S.	Hábitos	Coeficiente de correlación	1.000	.718**	.334**	.355**	.260*
		Sig. (bilateral)	.	.000	.001	.001	.013
		N	90	90	90	90	90
	Disposición	Coeficiente de correlación		1.000	.470**	.423**	.246*
		Sig. (bilateral)		.	.000	.000	.020
		N		90	90	90	90
	Importancia	Coeficiente de correlación			1.000	.094	.200
		Sig. (bilateral)			.	.376	.059
		N			90	90	90
	Decisión	Coeficiente de correlación				1.000	.318**
		Sig. (bilateral)				.	.002
		N				90	90
	Creencias	Coeficiente de correlación					1.000
		Sig. (bilateral)					.
		N					90

*p≤.05, **≤.01

Los resultados del coeficiente *rho de Spearman* mostraron que todas las áreas del instrumento mantienen una correlación positiva estadísticamente significativa con la variable Hábitos (Conducta) de alimentación y actividad física que mantienen los estudiantes. Con la variable Disposición (Intención conductual) se encontró una correlación positiva de .718 (P=.000), esta fue la que mostró mayor fuerza de asociación entre todas. Lo anterior, indicaría que aquellos estudiantes con mejor puntaje en Disposición son los que mantienen los hábitos más saludables. Respecto

a la variable Importancia (Norma subjetiva), se encontró una correlación positiva de .334 ($p=.001$), resultado muy parecido al de la variable Decisión (Percepción de control), que obtuvo un coeficiente de .355 ($p=.001$). Finalmente, para la variable Creencias (Actitud), la prueba arrojó un índice de correlación .260 ($p=.013$).

En cuanto a la variable Disposición se observa que, en la muestra estudiada, esta precede a las variables Importancia, Decisión y Creencias, ya que correlacionó positivamente con las mismas. En la tabla 1 se observa un coeficiente de correlación positivo de .470 ($p=.000$) con Norma subjetiva, de .423 ($p=.000$) con Percepción de control y de .246 ($p=.20$) para Actitud, ésta última con una fuerza de asociación un poco más débil.

A diferencia de su correlación con el resto de las variables, la variable Importancia, no correlacionó significativamente con Decisión y Creencias, obteniendo un coeficiente de correlación positivo de .094 ($p=.376$) y .200 ($p=.059$), respectivamente.

Finalmente, la correlación entre las variables Creencias y Decisión, fue positiva y significativa con un coeficiente de .318 ($p=.002$).

4.3 Diferencia de medias por grupo de antecedentes heredofamiliares reportados.

A todos los participantes se les preguntó acerca de sus antecedentes heredofamiliares en los siguientes padecimientos: a) hipertensión, b) diabetes, c) cáncer, d) sobrepeso/obesidad, e) infarto, f) hipercolesterolemia, g) hipertrigliceridemia y h) gota. La Tabla 2 muestra los porcentajes reportados por padecimiento:

Tabla 2 Antecedentes heredofamiliares reportados por la población general.

A. Reportado	N	Porcentaje
Ninguno	22	24.4%
Hipertensión	24	26.7%
Diabetes	28	31.1%
Cáncer	17	18.9%
Obesidad	29	32.2%
Infarto	9	10.0%
Colesterol	14	15.6%
Triglicéridos	10	11.1%
Gota	3	3.3%

Respecto de los grupos conformados de acuerdo al número de antecedentes heredofamiliares reportados, podemos observar su distribución y porcentaje en la Tabla 3, siendo el grupo más grande el de un antecedente reportado:

Tabla 3. Grupos por número de antecedentes

Antecedentes reportados	Frecuencia	Porcentaje
0	22	24.4
1	28	31.1
2	24	26.7
≥3	16	17.8
Total	90	100.0

Posteriormente se obtuvieron las medias por cada grupo conformado y los valores de *Anova* (*F*) por cada variable:

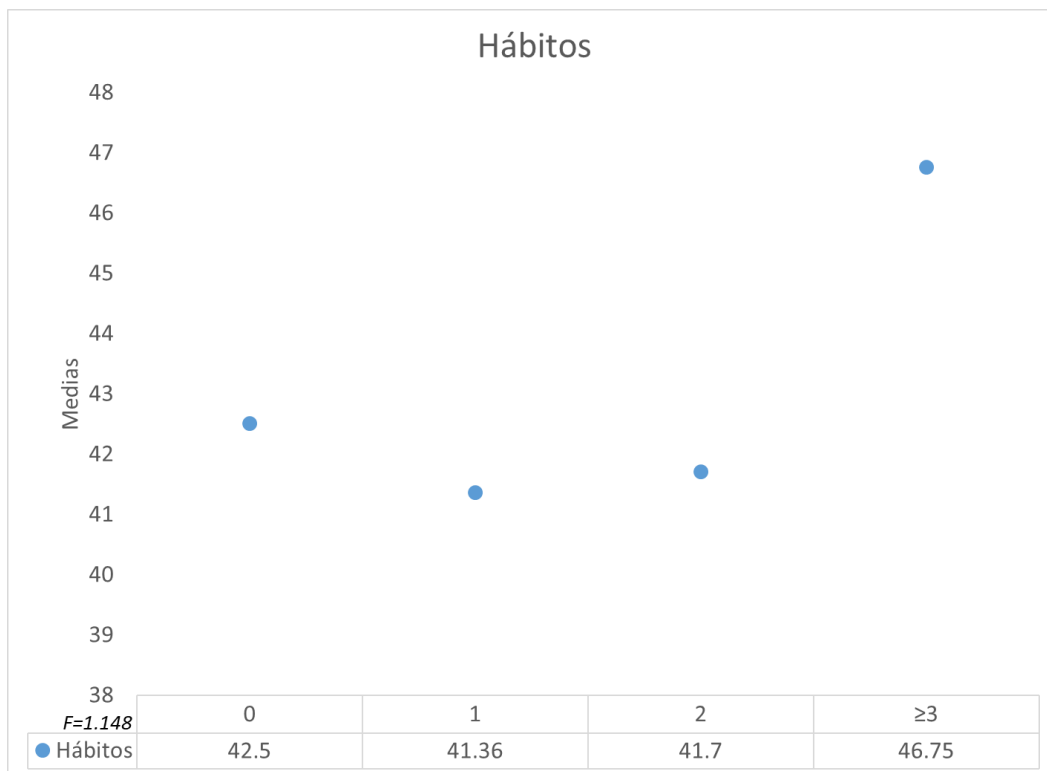


Figura 4 Diferencias entre los grupos con 0,1,2 y ≤ 3 antecedentes heredofamiliares reportados y sus hábitos de alimentación y actividad física.

La Figura 4 muestra la Variable *Hábitos* donde el valor *F* es de 1.148 ($p=.335$), se observan medias muy parecidas entre los grupos, siendo el cuarto grupo la más alta, lo que podría indicar que posiblemente mientras mayor número de padecimientos crónicos tiene la familia del estudiante, mejores hábitos mantiene, sin embargo, no se observan diferencias significativas entre los grupos.

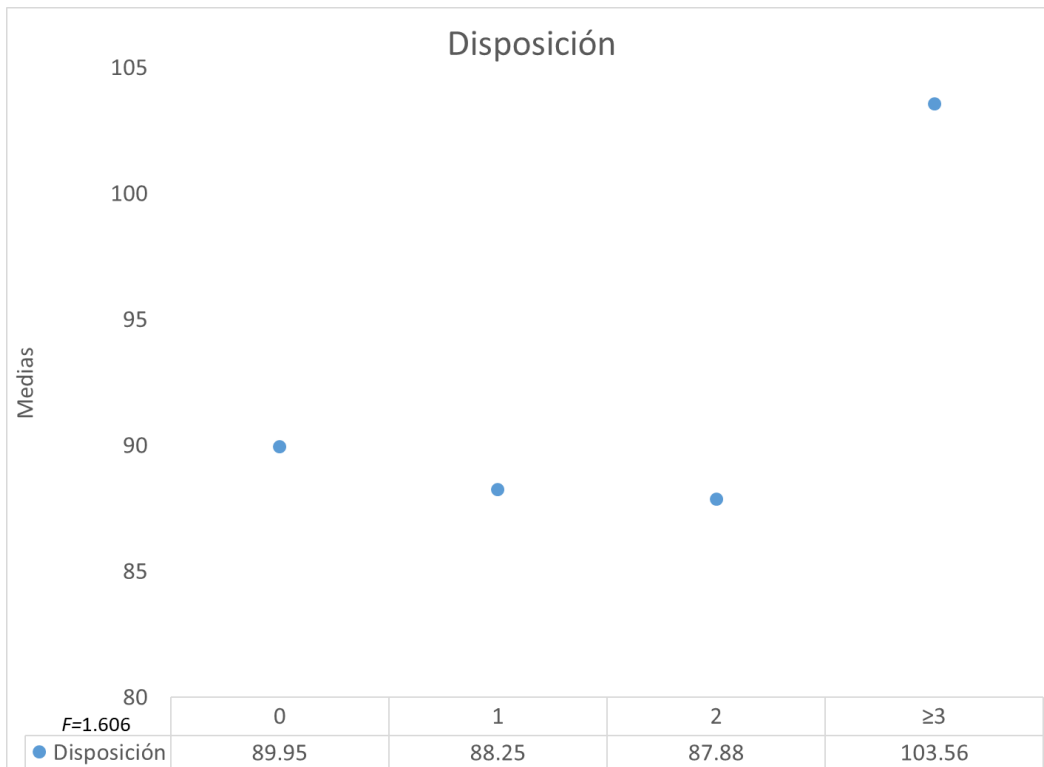


Figura 5 Diferencias entre los grupos con 0,1,2 y ≤ 3 antecedentes heredofamiliares reportados y su disposición a mejorar sus hábitos de alimentación y actividad física.

La Figura 5 muestra la Variable *Disposición* donde el valor F es de 1.606 ($p=.194$), se observan aquí medias muy parecidas entre los grupos uno, dos y tres, siendo el cuarto grupo la media más alta. Nuevamente el cuarto grupo muestra valores más altos en la disposición a realizar conductas saludables, sin embargo, las diferencias de estas medias no son significativas.

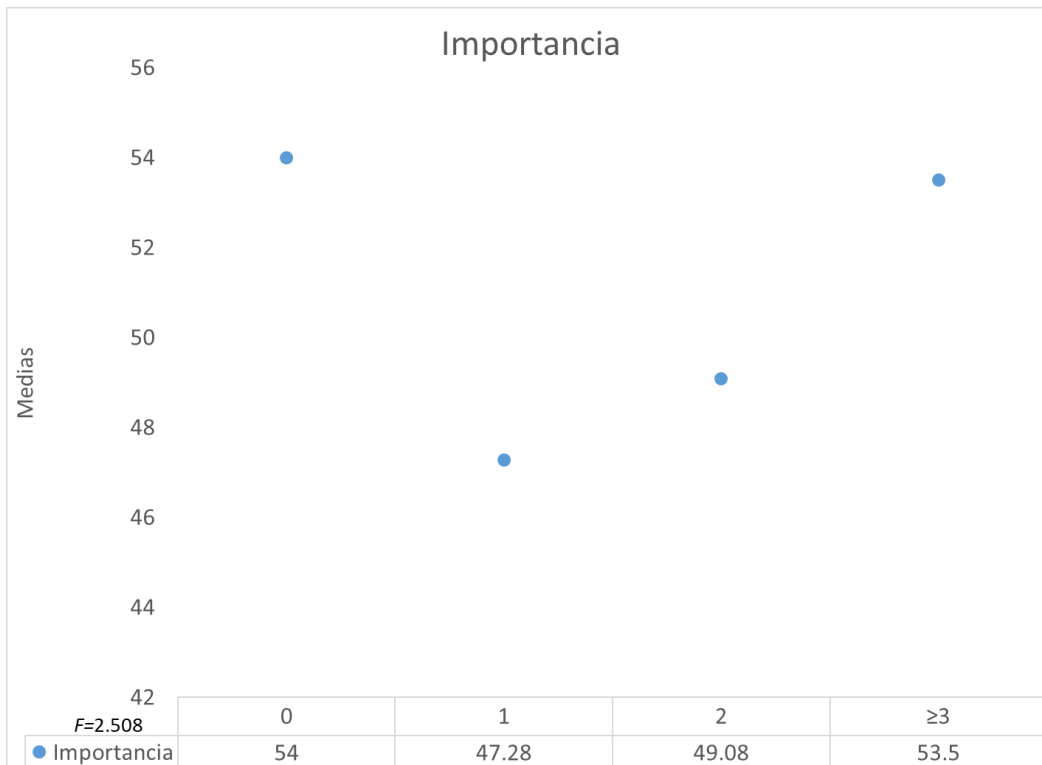
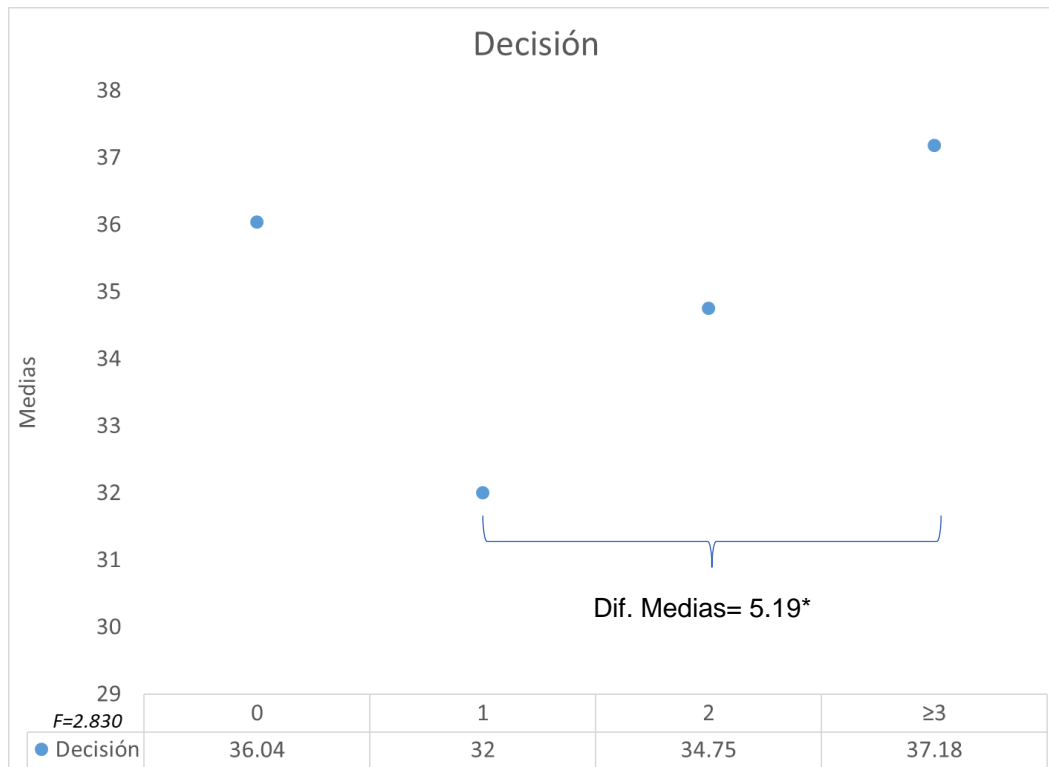


Figura 6 Diferencias entre los grupos con 0,1,2 y ≤ 3 antecedentes heredofamiliares reportados y la importancia que dan a los hábitos de alimentación y actividad física.

Para la Variable *Importancia* donde el valor F es de 2.508 ($p=.064$), las medias de los grupos uno (sin antecedentes) y cuatro (tres o más antecedentes) son cercanas y más altas que las de los grupos 2 (un antecedente) y 3 (dos antecedentes). Nuevamente las diferencias de estas medias no son significativas (Ver Figura 6). Sin embargo, se observa que, por igual, estudiantes sin antecedentes y estudiantes con 3 antecedentes o más, se ven más influidos por la norma subjetiva en las conductas saludables.



* $p \leq .05$, comparación post hoc de Games-Howell.

Figura 7 Diferencias entre los grupos con 0,1,2 y ≤ 3 antecedentes heredofamiliares reportados y el nivel de percepción de control para cambiar o mejorar hábitos de alimentación y actividad física.

La Figura 7 muestra que para la Variable *Decisión* el valor F es de 2.830 ($p = .043$) con medias de los grupos uno y cuatro más altas que las de los grupos 2 y 3 aunque no tan cercanas. El grupo que puntúa más alto respecto la percepción de control en sus hábitos, es el que tiene más antecedentes heredofamiliares. Las diferencias significativas se identificaron en el grupo 4 (tres o más antecedentes) en comparación con el grupo 2 (un antecedente) con la prueba post hoc de Games-Howell en virtud del tamaño pequeño de los grupos.

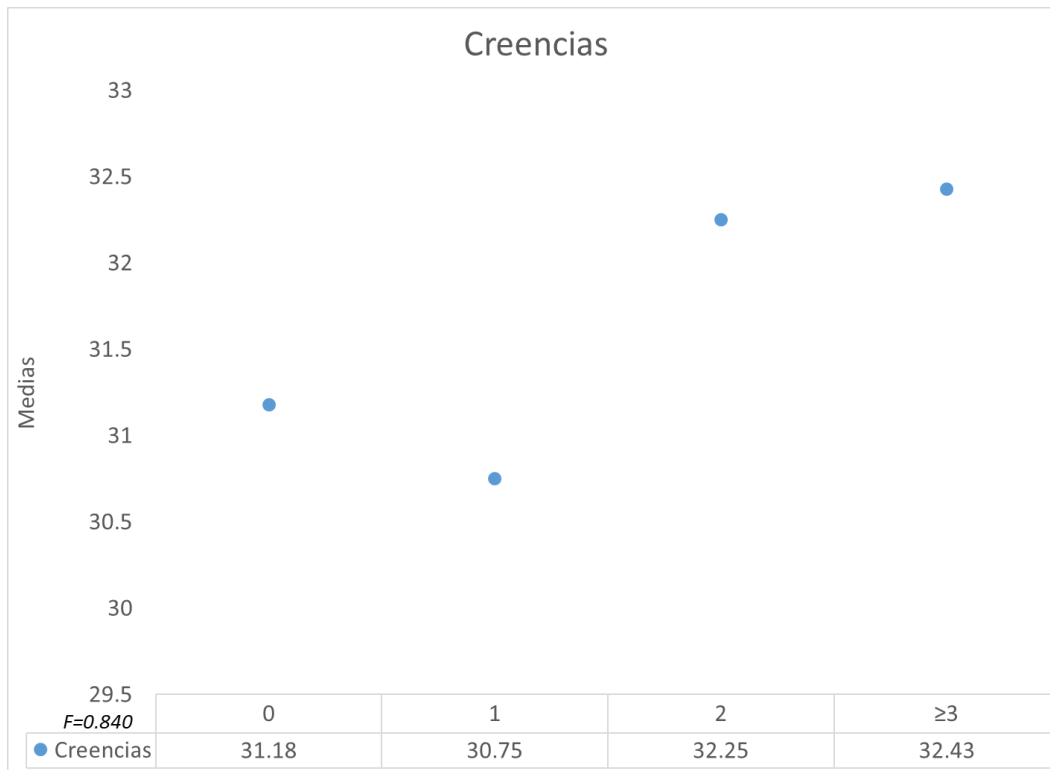


Figura 8 Diferencias entre los grupos con 0,1,2 y ≤ 3 antecedentes heredofamiliares reportados y las creencias de conveniencia para mejorar o cambiar sus hábitos de alimentación y actividad física.

Por último, en la Variable *Creencias* el valor F es de .840 ($p=.476$) nuevamente la media del cuarto grupo es notablemente mayor a los grupos uno, dos y tres, que en esta ocasión son muy cercanos, sin embargo, no hay diferencias significativas entre las medias de los cuatro grupos (ver Figura 8), no obstante, se observa que a mayor número de antecedentes se mantiene una mejor actitud hacia la conducta saludable.

4.4 Diferencia de medias entre hombres y mujeres.

Para conocer si hay diferencias significativas entre sexos respecto a las variables del cuestionario, se realizó un análisis por prueba *t de Student para muestras independientes*, la Tabla 4 muestra los resultados:

Tabla 4. Estadísticos de grupo

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Hábitos	Hombre	35	43.1143	9.60934	1.62428
	Mujer	55	42.4182	10.19748	1.37503
Disposición	Hombre	35	96.1714	25.93713	4.38417
	Mujer	55	88.1818	24.36838	3.28583
Importancia	Hombre	35	48.9429	9.25121	1.56374
	Mujer	55	51.5091	10.78729	1.45456
Decisión	Hombre	35	34.4286	7.12199	1.20384
	Mujer	55	34.7818	6.21733	.83834
Creencias	Hombre	35	31.6000	4.18822	.70794
	Mujer	55	31.5273	4.28976	.57843

En la Figura 9 podemos observar el resultado de la prueba, donde se presentan las medias graficadas de las diferentes áreas del instrumento, por sexo. No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables.

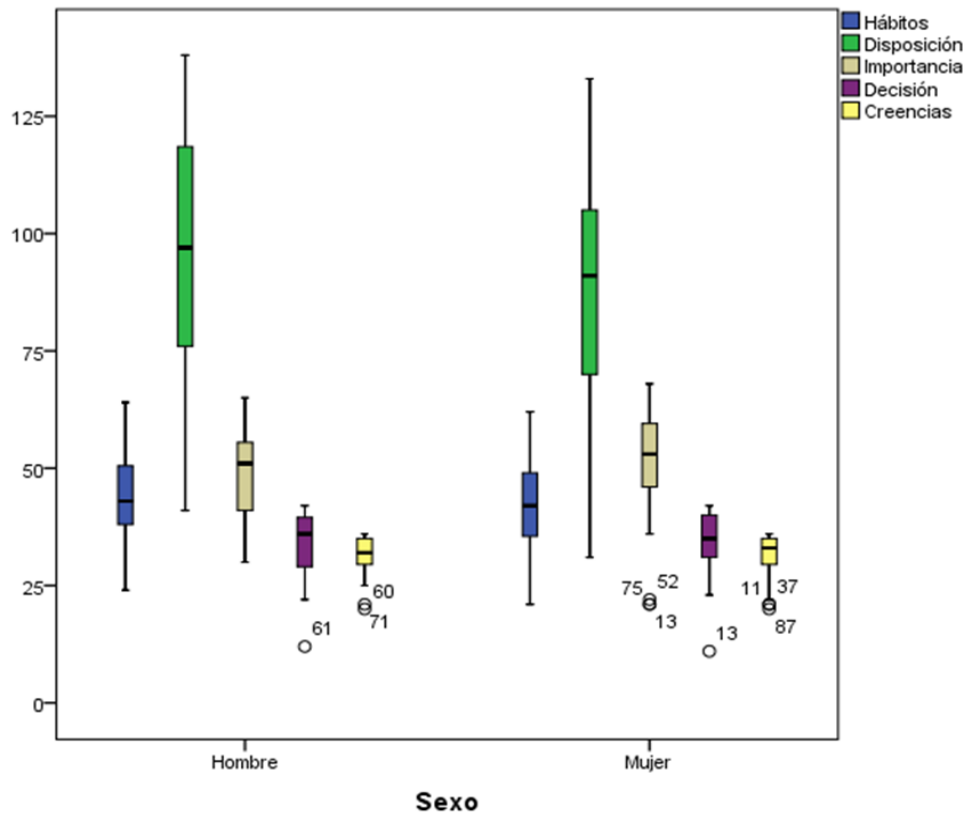


Figura 9 Diferencias entre sexos a través de todas las variables de la Teoría de la Conducta Planeada.

A continuación, se describe cada una de las variables:

Hábitos: respecto a los hábitos, prácticamente no hubo diferencia de medias entre hombres (43.11) y mujeres (42.41).

El estadístico de *Levene* toma el valor 0.509 y su valor *p* fue de 0.478 lo cual indica igualdad de las varianzas de las dos muestras. El valor estadístico asumiendo igualdad de varianzas fue de $t = .323$. Además, el intervalo de confianza muestra

que la diferencia estará comprendida entre los valores -3.58989 y 4.98210; por lo tanto, las medias de ambas muestras son estadísticamente iguales (ver Tabla 5)

Disposición: hubo poca diferencia entre las medias de hombres (96.17) y mujeres (88.18).

El estadístico de *Levene* toma el valor 0.905 y su valor p fue de 0.344 lo cual indica igualdad de las varianzas de las dos muestras. El valor estadístico de $t= 1.479$. El intervalo de confianza muestra que la diferencia estará comprendida entre los valores -2.74699 y 18.72621; por lo tanto, no hay diferencias significativas (ver Tabla 5).

Importancia: hubo poca diferencia de medias entre hombres (48.94) y mujeres (51.50).

Levene toma el valor 0.122 y su valor p fue de 0.728 lo cual indica igualdad de las varianzas de las dos muestras. El valor estadístico de $t= -1.161$. El intervalo de confianza muestra que la diferencia estará comprendida entre los valores -6.95830 y 1.82584; por lo tanto, no hay diferencias significativas (ver Tabla 5).

Decisión: para esta variable prácticamente no hubo diferencia de medias entre hombres (34.42) y mujeres (34.78)

Levene toma el valor 1.573 y su valor p fue de 0.213 lo cual indica igualdad de las varianzas de las dos muestras. El valor estadístico de $t= -.248$. El intervalo de confianza muestra que la diferencia estará comprendida entre los valores -3.18138 y 2.47488; por lo tanto, no hay diferencias significativas (ver Tabla 5).

Creencias: para esta variable las medias entre hombres (31.60) y mujeres (31.52), son prácticamente iguales.

Levene tuvo un valor de 0.042 y su valor p fue de 0.839 lo cual indica igualdad de las varianzas de las dos muestras. El valor estadístico de $t= 0.079$. El intervalo de confianza muestra que la diferencia estará comprendida entre los valores -1.75385 y 1.89931; por lo tanto, no hay diferencias significativas (ver Tabla 5).

Tabla 5. Diferencias por sexo

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias					95% Intervalo de confianza para la diferencia	
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Inferior	Superior
Hábitos	.509	.478	23	88	.748	.69610	2.15671	-3.58989	4.98210
			27	75.711	.744	.69610	2.12814	-3.54271	4.93492
Disposición	.905	.344	179	88	.143	7.98961	5.40263	-2.74699	18.72621
			158	69.181	.149	7.98961	5.47884	-2.93987	18.91909
Importancia	.122	.728	161	88	.249	-2.56623	2.21008	-6.95830	1.82584
			202	80.395	.233	-2.56623	2.13565	-6.81600	1.68353
Decisión	1.573	.213	148	88	.805	-.35325	1.42311	-3.18138	2.47488
			141	65.304	.810	-.35325	1.46698	-3.28276	2.57626
Creencias	.042	.839	79	88	.937	.07273	.91913	-1.75385	1.89931
			80	73.831	.937	.07273	.91420	-1.74892	1.89438

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

5.1 Discusión

Como se ha revisado a lo largo de este trabajo, los estilos de vida influyen en el estado de salud de la población, por lo cual la educación integral, representa un componente determinante en ésta, pues impacta de forma directa en la preservación de la salud y futura calidad de vida. Los hábitos alimentarios y de actividad física son componentes importantes de los estilos de vida, pues estos determinan algunos de los problemas actuales de salud en la población, por tanto, abordar estos temas en el espacio universitario significa avanzar en la educación integral de los futuros profesionales (Rivera, 2006) de ahí, el interés de este estudio en indagar acerca de los factores que pueden determinar la conducta alimentaria y la actividad física en un grupo de estudiantes universitarios.

El estudio se conformó por la comparación de las diferencias de las medias por sexo entre los datos reportados por los estudiantes acerca de sus hábitos alimenticios y de actividad física, así como de otras áreas que representan las variables que componen la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1985). También se analizó la correlación que esas áreas tienen entre ellas. Además, se compararon las medias de grupos conformados de acuerdo al número de antecedentes heredofamiliares reportados.

Respecto a las correlaciones entre áreas, dicho análisis fue de particular importancia para este trabajo, pues podemos inferir que la probabilidad de una conducta humana se podría predecir atendiendo a factores psicológicos y sociales. Por lo que se refiere a los factores psicológicos, podemos diferenciar entre características afectivas y cognitivas. En cuanto a los factores sociales (ej. redes y normas sociales), éstos actuarán facilitando o inhibiendo la manifestación de una conducta dada. Todos los factores comentados deben ser considerados al buscar predecir la probabilidad de aparición, el mantenimiento o la extinción de una conducta en un contexto determinado (Carpi y Breva, 2001, p.2).

En el caso del presente estudio, se cumplió la Hipótesis planteada respecto a lo que se esperaba de las correlaciones entre las variables o secciones del instrumento aplicado. Tras el análisis de los datos, se encontró una correlación positiva entre las variables actitud, norma subjetiva y percepción de control vs hábitos actuales. Asimismo, la intención conductual correlacionó directamente con los hábitos actuales de alimentación y la actividad física reportados por los estudiantes y, como se esperaba fue la que correlacionó más alto, pues de acuerdo con Ajzen (1985), las intenciones contribuyen a la consecución de objetivos conductuales que están sólo parcialmente bajo volición.

Adicionalmente, no solo se encontró asociación entre las variables esperadas, sino que también hubo correlación entre la norma subjetiva, la percepción de control y la actitud con la intención conductual, misma que es la variable predecesora de la conducta tanto en la TCP como en el caso de los participantes de este estudio.

A su vez, la variable actitud y la intención conductual correlacionaron positivamente. Esto indica que al igual que en el modelo de Ajzen, mientras más beneficios adjudiquen los participantes de este estudio a la realización de conductas saludables, más probabilidades tienen de ejecutar hábitos benéficos a la salud, pues la intención precede a la conducta.

En cuanto a la norma subjetiva, esta no correlacionó o, en otras palabras, para este estudio, no se considera asociada de manera positiva a las variables intención ni actitud.

Los resultados del presente trabajo, coinciden con lo investigado por Carpi y Brea (2001) que, tras analizar una serie de estudios en los que se ponen a prueba las variables de la TCP en diferentes contextos, llegaron a la conclusión de que tiene utilidad predictiva, no obstante, aseguran que según sean las acciones estudiadas se obtienen resultados diferentes en cada una de las variables que integran la Teoría. Así, la actitud y la percepción de control son las variables que mejor predicen las conductas de salud, siendo la norma subjetiva la que menor influencia presenta en la formación de la intención de las acciones relacionadas en esta área de comportamiento. La percepción de control, considerada como sinónimo o como

complemento de la autoeficacia, mejora la validez predictiva de la intención de conducta, influyendo de forma directa en ésta y en la misma conducta, o de forma indirecta modificando previamente la actitud y la norma subjetiva. A su vez, la actitud también presenta alto valor predictivo de la intención, siendo ésta, conjuntamente con la percepción de control, uno de los antecedentes que tiene un mayor poder en la formación de la intención. El papel de la actitud en la predicción del comportamiento humano subraya la importancia de que tanto las creencias (variables cognitivas) y sobre todo las evaluaciones de las mismas (componente afectivo) influyen en la decisión de un individuo de comportarse de determinada forma (Carpi y Breva, 2001, p.29).

Godin y Kok (1996), realizaron otro estudio con el fin de verificar la eficiencia de la TCP para explicar y predecir los comportamientos relacionados con la salud, encontrando que el modelo parece ser bastante efectivo para explicar la intención, mientras que la variable control percibido es tan importante como la variable actitud a través de las categorías de comportamiento relacionadas con la salud. Concluyeron que la eficacia de la teoría, sin embargo, varía entre las categorías de comportamiento relacionadas con la salud.

Por otra parte, en el presente estudio, se encontró que los antecedentes heredofamiliares más comunes fueron la obesidad y la diabetes, reportadas por el 32.2% y 31.1% de los alumnos, respectivamente. A nivel mundial, la obesidad casi se ha duplicado desde 1980. En 2014, el 10% de los hombres y el 14% de las mujeres de 18 años o más eran obesos. La prevalencia mundial de la diabetes en 2014 se estimaba en un 10% (OMS, 2014). En cuanto a México, en la ENSANUT 2016, para adultos de 20 años y más, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 72.5% en 2016, mientras que el 9.4% de los adultos refirieron tener un diagnóstico médico previo de diabetes en la misma encuesta. También la hipertensión y el cáncer fueron antecedentes de alta incidencia, reportados en un 26.7%, 18.9% y 15.6%, respectivamente, por la población de este estudio. En la ENSANUT 2016, la prevalencia de hipertensión arterial fue de 25.5%. mientras que el cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo (OMS, 2017).

Por otra parte, el análisis de los antecedentes heredofamiliares y las medias de las puntuaciones por grupos respecto de las variables de la TCP, se encontró que la población con mayores puntuaciones en todas las variables, excepto la norma subjetiva donde los puntajes de los grupos 1 y 4 prácticamente iguales, es la que tiene 3 o más antecedentes heredofamiliares de enfermedades crónicas, encontrando diferencias significativas solamente en la variable Percepción de control ($p=.043$), en específico para los grupos 2 y 4 (uno y tres o más antecedentes heredofamiliares, respectivamente). Estos resultados invitan a reflexionar en el papel de la familia como base de atención a la salud. La autora cubana Louro Bernal (2010) afirma que la familia constituye un tema que merita mayor atención en el marco de un sistema de salud sustentado en la práctica de la medicina familiar; de acuerdo con la autora, diferentes programas docentes como la especialidad en Medicina General Integral, Psicología de la Salud y la Licenciatura en Enfermería consideran la familia como uno de los ejes del diseño curricular. Los perfiles profesionales del equipo de salud de la atención primaria contemplan objetivos y acciones relacionadas con el diagnóstico y la intervención familiar, así como el análisis de la situación de salud de la familia, aspecto que implica la consideración de la familia como unidad básica para la atención de salud individual y comunitaria. Asimismo, la autora considera que la familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida, y por lo tanto se reconoce que esta instancia ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. El apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que percibe el individuo ante cambios y contingencias a lo largo de la vida en el contexto social. Así pues, con todo lo que el círculo familiar implica en las concepciones y prácticas de salud, es razonable que en los resultados se hayan obtenido mejores puntajes en aquellos estudiantes con mayor número de antecedentes de padecimientos crónicos en su familia, pues ellos tienen un referente de lo que implica a nivel económico, emocional y de calidad de vida (consultas médicas y chequeos más frecuentes), así como de los cuidados específicos que deberán

realizarse en caso de llegar a padecer una enfermedad crónica, por lo tanto se encuentran sensibilizados en cuanto a los beneficios de mantener hábitos saludables.

Los participantes de este estudio, refirieron los antecedentes de su familia nuclear, lo que significa que viven de cerca las implicaciones de los padecimientos crónicos que, de ser el caso, hayan reportado. No obstante, los resultados muestran que, al menos en los grupos conformados para este estudio, el solo número de antecedentes en una familia no marca una diferencia significativa para la mayoría de las variables que componen la TCP. Queda para futuras investigaciones indagar en otros factores que puedan revelar diferencias clave. Al respecto, Sanader et al. (2014) afirman que una de las influencias más poderosas sobre el paciente es la familia y sus características, sin embargo, observan que en las últimas décadas las familias han cambiado sin que las consecuencias (del cambio) en la salud hayan sido investigadas lo suficiente, y que pesar de ello, los factores familiares se enseñan en las escuelas de medicina (lo que coincide con Louro Bernal), hecho que pone en evidencia la innegable importancia del tema sin que haya sustento estadístico suficiente. Los citados autores, realizaron un estudio cualitativo en el que exploraron las diferencias y similitudes en los factores entre las familias nucleares y las familias extensas que pueden afectar la salud y la atención médica de los miembros de esta, encontrando diferencias en las relaciones entre los miembros más cercanos de la familia, interacciones familiares cercanas, problemas de dominación y roles familiares, actitudes hacia la independencia padres e hijos, interacción con otras personas, actitud hacia la medicina, cuidado del miembro enfermo de la familia y la forma en que las familias padecen las enfermedades. Concluyeron que se necesita una investigación cuantitativa para verificar todas las diferencias encontradas.

Respecto de las diferencias entre los sexos, no se cumplió la hipótesis planteada en el estudio, pues de acuerdo a la literatura consultada, en México los hombres suelen tener mejores resultados en cuanto la realización de actividad física

frecuente y enfermedades asociadas a una dieta no balanceada, que las mujeres; por ello se esperaba encontrar una diferencia significativa comparando los hábitos reportados o alguna de las otras variables por sexo sin embargo, los datos recabados en este caso particular no demostraron lo anterior, lo cual podría deberse al tamaño de la población.

Otro ejemplo en la variabilidad de resultados que arrojan las comparaciones entre sexos en estudios parecidos al presente es el de Calidad de la dieta, sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios realizado por Arroyo et al. (2006) en el que sus resultados indicaron que el valor medio de Índice de la Calidad de la Dieta (ICD) fue mayor en las mujeres. Los autores compararon sus resultados con los de con la de Guo y cols. (2004), que también registraron mayores puntuaciones en mujeres que en hombres utilizando un ICD de 0-100 (mujeres: $64,2 \pm 0,4$; hombres: $62,2 \pm 0,4$; $P < 0,01$). Sin embargo, mencionan que otros autores como Gatalic y cols. (2004) obtuvieron menores puntuaciones en mujeres que en hombres.

A pesar de no haber hallado diferencias significativas, se observó que los hombres tuvieron mejor puntaje que las mujeres en cuanto a Intención conductual y Hábitos se refiere, lo cual indica que ellos consumen más frutas y verduras, realizan actividad física durante más días del mes que las mujeres y mantienen un mayor consumo de agua. De igual manera, se encuentran más motivados o tienen mayor intención que las mujeres por incrementar el consumo de agua, frutas y verduras y elevar su actividad física, contestando afirmativamente a que consideran probable mejorar sus hábitos en cuanto a las actividades mencionadas, con mayor frecuencia que el sexo femenino.

En otro estudio realizado por García et al. (2007), se encontraron diferencias perceptuales de la salud en función del sexo en el que las mujeres reportaron sentirse peor (en términos de salud) que los hombres. La población femenina encuestada se consideró más vulnerable a la enfermedad, valoró peor su estado actual y anterior de salud y manifestó preocuparse más por el mismo. Estos autores atribuyeron sus resultados a roles sociales en los que la mujer acepta mejor el etiquetaje de la enfermedad y el relato de sus dolencias. En el caso del presente

trabajo, queda como tarea para posteriores investigaciones, profundizar acerca de si los resultados pudieron estar influidos por la autopercepción y roles sociales asumidos en los participantes.

Lo anterior, parece tomar más sentido al observar que el área donde las mujeres tuvieron un puntaje mayor al de los hombres es la correspondiente a la de Norma subjetiva, reportando estar más preocupadas por hacer lo que su familia y grupo de amigos esperan de ellas que los hombres. En muchos estudios de las actitudes hacia el peso corporal o la dieta, las mujeres han reportado más insatisfacción con su peso, así como más intentos de controlar el peso que los hombres (Beardsworth et al., 2002; Bellisle et al., 1995; Wardle y Griffith, 2001). También, numerosas investigaciones sobre la imagen corporal han demostrado que las mujeres son más propensas que los hombres a percibirse a sí mismas con sobrepeso y a expresar descontento con su forma corporal (Arganini et al, 2012). Es posible que este tipo de cogniciones, se deba a que la presión que se hace en las mujeres para alcanzar un ideal corporal de delgadez es mucho mayor que en los hombres (Vaquero et al., 2013).

En las áreas de Percepción de control y Actitud, las medias de las puntuaciones fueron prácticamente iguales en hombres y mujeres, siendo además las áreas en que más bajo puntuaron los participantes, pues en Percepción de control los hombres obtuvieron una media de 34.42 y las mujeres una media de 34.78. En Actitud los hombres obtuvieron una media de 31.60 y las mujeres de 31.52.

Lo anterior, podría explicarse bajo la premisa de que estas variables tienen menos carga hacia uno u otro rol de género. Por ejemplo, Rocha y Ramírez (2011), realizaron un estudio denominado “Identidades de Género Bajo una Perspectiva Multifactorial: Elementos que delimitan la Percepción de autoeficacia en hombres y mujeres”, en el que sus resultados sugieren que la tarea puede colocarse como un detonador de las diferencias que perciben hombres y mujeres en cuanto a sus capacidades, resultado del proceso de socialización y los lineamientos culturales que delimitan qué tarea corresponde a cada quien.

5.2 Conclusiones

El propósito de este trabajo fue conocer los hábitos de alimentación y actividad física de un grupo de estudiantes universitarios, con el fin de indagar cuáles son algunos de los factores que pueden asociarse a conductas saludables. Para cumplir tal propósito, se utilizaron las variables de la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1985), pues este es uno de los modelos más utilizados para estudiar la influencia de factores psicológicos en la intención de realizar conductas saludables. Diversas revisiones empíricas apoyan las relaciones de la intención como precedente de diversas conductas saludables incluyendo la dieta saludable y la actividad física (Neipp et al., 2014).

En el caso particular de este estudio, todas las variables que anteceden a la intención conductual (creencias, norma subjetiva y percepción de control) se relacionaron a la misma, así también la intención conductual y sus antecesoras a la conducta final (Hábitos reportados). Por lo tanto, se puede concluir que en muestras como las del presente trabajo, la TCP es efectiva para indagar acerca de qué características y factores pueden asociarse a conductas saludables. Lo anterior, puede ser de utilidad en términos de diseño de campañas preventivas, ya que, mientras más se conozca a la población objetivo, mejores estrategias preventivas pueden emplearse.

En cuanto a las diferencias de grupos conformados, los datos de la muestra estudiada revelaron que sus antecedentes heredofamiliares coinciden con el alto número de incidencias en cuanto a enfermedades no transmisibles y, dado que éstas en gran medida pueden evitarse mediante intervenciones eficaces que aborden los factores de riesgo, se concluye la necesidad y se retoma la importancia de intervenciones tempranas de nivel primario y secundario en la población universitaria pues, de eliminarse los principales factores de riesgo para el padecimiento de enfermedades crónicas, se podrían prevenir cerca de tres cuartas partes de la carga atribuible a las enfermedades cardiovasculares, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes de tipo 2, y un 40% de los casos de cáncer (OMS, 2017). Las ENT no solo constituyen un problema sanitario sino también un desafío

en materia de desarrollo por los altos costos que generan a las familias y los gobiernos con una alta población en tratamiento. Se propone realizar más investigación al respecto y proporcionar mayor información a la comunidad universitaria respecto de cómo cuidar su alimentación y de los beneficios de realizar actividad física frecuente.

Conforme a los resultados encontrados, pareciera que en la muestra estudiada, el hecho de tener familiares con antecedentes de padecimientos crónicos diagnosticados pueda ser un factor que influye positivamente en el desarrollo de mejores hábitos en el cuidado de la salud, a pesar de que no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de acuerdo a los padecimientos reportados, por ello, sería muy aventurado asegurar que en efecto los antecedentes heredofamiliares sean un factor determinante. Al respecto se sugiere realizar más investigación a fin de definir si esto pudiera ser un factor de influencia positiva en el cuidado de la salud, pues una de las limitantes debido a la naturaleza del presente estudio, fue precisamente no indagar en un mayor número de variables que pudieran delinear qué aspectos de la historia y la conducta familiar en temas de salud puedan incidir en la formación de hábitos del cuidado de la misma. No obstante, se concluye que la familia es uno de los grupos de mayor importancia respecto a donde los individuos aprenden el cuidado de la salud, pues de acuerdo con Cid, Montes de Oca y Hernández (2014), en temas de conservación y protección de la salud, la familia cumple roles esenciales y de gran trascendencia, en su seno se forman los motivos y hábitos relacionados con el comportamiento implicado en la salud, se gestan procesos que actúan como protectores de salud o desencadenantes de la enfermedad, y se desarrollan recursos de apoyo altamente significativo y efectivo.

Respecto de la muestra entrevistada no se encontraron diferencias significativas entre sexos en los hábitos de alimentación y ejercicio ni en las variables que se asocian a éstos, por lo que se concluye que en estudios similares a este, es muy posible que el sexo no sea una variable que marque una diferencia en los hábitos ni en los factores que suelen relacionarse a estos por lo que para una mayor

precisión habrá que ampliar el tamaño de la muestra y quizá diseñar nuevas herramientas y/o instrumentos para recabar datos con perspectiva de género.

Este trabajo intentó ser una aproximación al conocimiento de los factores que se podrían relacionar con buenos hábitos en estudiantes universitarios. En ese sentido, a pesar de que en esta muestra se cumplieron las premisas de la Teoría de la Conducta Planeada, valdría la pena realizar estudios similares en muestras más amplias y por supuesto, representativas de la comunidad universitaria, idealmente a nivel estado o nación, pues de acuerdo a la literatura que se consultó para la realización de este trabajo, actualmente no existen estudios con esas características, mismos que en términos de prevención, arrojarían datos valiosos para realizar intervenciones en distintos niveles de salud. En este contexto, vale la pena retomar que la etapa universitaria es clave para la formación de hábitos que muy posiblemente se continuarán en etapas de adultez más maduras.

Por último, se sugiere también que, para futuras investigaciones similares a esta, se incluyan más variables sociodemográficas y se estudien en un nivel más amplio, pues finalmente, la conducta humana siempre es un resultado multifactorial de todas las circunstancias del sujeto estudiado.

REFERENCIAS

- Agudelo, D., Casadiegos C. & Sánchez, D. (2009). Relación entre esquemas mal adaptativos tempranos y características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologic*, 8 (1), 87-104.
- Ajzen I. (1985). From intentions to actions: A Theory of Planned Behaviour. En Khul J, Beckmann J, (Eds.). *Action control. From cognition to behavior* (pp.10-39). Germany: Springer-Verlag.
- Arganini, C., Saba, A., Comitato, R., Virgili, F., & Turrini, A. (2012). Gender Differences in Food Choice and Dietary Intake in Modern Western Societies, Public Health in *Social and Behavioral Health*, Prof. Jay Maddock (Ed). Recuperado de <https://www.intechopen.com/books/public-health-social-and-behavioral-health/gender-differences-in-food-choice-and-dietary-intake-in-modern-western-societies>
- Aránguiz, H., García, V., Rojas, S., Salas, C., Martínez, R., Mac Millan, N. (2010). Estudio descriptivo, comparativo y correlacional del estado nutricional y condición cardiorrespiratoria en estudiantes universitarios de Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, 37 (1), 70-78.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35 (2), 161-164.
- Armitage, C. & Conner, M. (2000). Social cognition models and health behavior: A structured review. *Psychology & Health*, 15 (2), 173-189
- Arroyo, M., Rocandio, M., Ansotegui, L., Pascual, E., Salces, I., & Rebato, E. (2006). Calidad de la dieta, sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios. *Nutrición Hospitalaria*, 21 (6), 673-679. Recuperado el 26 de agosto de 2017. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021216112006000900007&lng=es&tlng=es

- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In *Encyclopedia of human behavior* 4, Ramachandran (Ed.), New York: Academic Press, pp. 71-81.
- Betsch, T., Haberstroh, S., Molter, B., & Glöckner, A. (2004). Oops, I did it again, relapse errors in routinized decision making. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 93 (1), 62-74.
- Blaxter, M. (1990) *Health and lifestyles*. 1.a edición, Routledge, London.
- Caballero, U & Alonso, P (2010). Enfermedades crónicas no transmisibles. Es tiempo de pensar en ellas. *Salud Uninorte*, 26 (2), 7-9. Recuperado de <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=81719006001>
- Carpi, A. & Breva, A. (2001). La predicción de la conducta a través de los constructos que integran la teoría de acción planeada. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 4 (7). Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/abreva7191302101/texto.html>
- Carpi, A., Breva, A. & Palmero, F. (2005). La teoría de la acción planeada y la reducción del estrés percibido para prevenir la enfermedad cardiovascular. *Anales de Psicología*, 21 (1), 84-91.
- Carpi, A., Zurriaga, R., González, P., Marzo, J.C. & Buunk, A.P. (2007). Incidencia de los hábitos de conducta en la prevención de la enfermedad cardiovascular. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (1), 59-70.
- Cid, M.C, Montes de Oca, R. y Hernández, O. (2014). *La familia en el cuidado de la salud*. *Revista Médica Electrónica*. 36 (4). Recuperado de: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol4%202014/tema08.htm>
- Conner, M. & Norman, P. (Eds.) (1996) *Predicting health behaviour*. Buckingham, UK: Open University Press
- Córdova-Villalobos, Barriguete-Meléndez, Lara-Esqueda, Barquera, Rosas-Peralta, Hernández-Ávila, León-May & Aguilar-Salinas, (2008). Las

enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública de México*, 50 (5), 419-427.

Díaz, J. & Gámez, E. (2003). Hábitos Lectores y Motivación entre estudiantes Universitarios. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 6 (13). Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/adxazj7690710102/texto.html>

Espinosa, L. (2004). Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. *Revista Cubana de Estomatología*, 41 (3). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072004000300009&lng=es&tlng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072004000300009&lng=es&tlng=es)

Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality of Life: Concept and assessment. In *Advance in Psychological Science*. Vol. I., J.G. Adair, D. Bélanger and, K.L. Dion (Eds.), East Sussex (UK): Psychology Press, 387-706.

Flórez, L., Vélez, H. & Rojas, M. (2014). Intervención motivacional en psicología de la salud: revisión de sus fundamentos conceptuales, definición, evolución y estado actual. *Psychologia: avances de la disciplina*, 8 (2), 49-71.

Gallardo, I. & Buen Abad, L., (2011). Mala nutrición en estudiantes universitarios de la Escuela de Dietética y Nutrición del ISSSTE. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 11 (1), 6-11.

García, Y., Matute, S., Tifner, S., Gallizo, M.E. & Gil-Lacruz, M.; (2007). Sedentarismo y Percepción de la Salud: Diferencias de género en una muestra aragonesa. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte / International Journal of Medicine and Science of Physical Activity and Sport*, 7 (28), 344-358.

Gardner, B., Lally, P., & Wardle, J. (2012). Making health habitual: the psychology of “habit-formation” and general practice. *The British Journal of General Practice*, 62 (605), 664–666.

- Godin, G. & Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: A review of its applications to health-related behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 11 (2), pp. 87-98.
- Gómez A. & González, E.R., (2004). Evaluación de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud: factores que deben considerarse. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 22 (1), 87-106. Recuperado de <http://4www.redalyc.org/articulo.oa?id=12022109>
- Gómez, Z., Landeros, P., Romero, E. & Troyo, R., (2016) Estilos de vida y riesgos para la salud en una población universitaria. *Revista de Salud Pública y Nutrición*. Vol. 15 (2), 9-14.
- Gómez-Salazar N. (2010). *Hábitos alimenticios en estudiantes Universitarios de ciencias de la salud de Minatitlán, Ver.* (Tesis). Universidad Veracruzana. Facultad de Enfermería, Veracruz, México.
- González, M. (2007). *Intervención de la universidad en la promoción de la salud de estudiantes* (Tesis Doctoral). Facultad de Ciencias da Educación, Universidad de Santiago de Compostela, España. Recuperado de https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/2358/9788497509480_content.pdf;jsessionid=61D76C71208BAB362BD926BFDCAF82FB?sequence=1
- González-Pier, E., Gutiérrez-Delgado, C., Stevens, G., Barraza-Lloréns, M., Porrás-Condey, R., Carvalho, N., et al. (2007). Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. *Salud Publica México*; 49 (1), S37-S52.
- Gregory, J., Foster, K., Tyler, H. & Wiseman, M. (1990) Dietary and nutritional survey of British adults en Armitage, C., Conner, M. (2000) Social cognition models and health behaviour: A structured review, *Psychology & Health*, 15 (2), 173-189.
- Guevara-Valtier, M., Espinoza-Martínez, D., Paz-Morales, M., Gutiérrez-Valverde, J., Landeros-Olvera, E. & Castillo-Zacarías, R. (2015). Estilos de vida e

- índice de masa corporal en adolescentes universitarios de Monterrey, México. *Revista de enfermería Herediana*, 8 (1), 29-33.
- Hagger, M, Chatzisarantis, N & Biddle, S. (2002). A meta-analytic review of the Theories of Reasoned Action and Planned Behavior in physical activity: Predictive validity and the contribution of additional variables. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, (24) 3-32.
- Harris, D. & Guten, S. (1979). Health protective behavior: An exploratory study. *Journal of Health and Social Behavior*, 20 (1), 17-29.
- Hausenblas, H.A, Carron, A.V & Mack D. (1997). Application of the Theories of Reasoned Action and Planned Behavior to exercise behavior: A meta-analysis. *Organizational Behavior and Human Decision Processes Journal*. 19, 36-51.
- Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. *Informe de Resultados*. Cuernavaca, México.
- Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud (2016). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (ENSANUT 2016). *Informe Final de Resultados*. Recuperado de http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/doctos_2016/ensanut_mc_2016-310oct.pdf
- Jenkins, C. (2005). Mejoremos la salud a todas las edades. Un manual para el cambio de comportamiento. *Publicación Científica y Técnica No. 590*. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.
- Juárez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4 (1), 70-79.
- Kasl, S. & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior, and sick role behavior: Health and illness behavior. *Archives of Environmental Health*, 12 (2), 246-266.

- López, J., González de Cossío, M. & Rodríguez, M. (2006). Actividad Física en estudiantes universitarios: Prevalencia, características y tendencia. *Medicina Interna de México*, 22 (3), 189-196.
- Louro Bernal, Isabel. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29 (1), 48-51.
- Lumbreras, I., Moctezuma, M., Dosamantes, L., Medina, M., Cervantes, M., López, M. & Méndez, P. (2009). Estilo de vida y riesgos para la salud en estudiantes universitarios: hallazgos para la prevención. *Revista Digital Universitaria*, 10 (2), 1067-1079. Recuperado de <http://www.revista.unam.mx/vol.10/num2/art12/int12.htm>.
- MacMillan, N. (2007). Valoración de hábitos de alimentación, actividad física y condición nutricional en estudiantes de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. *Revista Chilena de Nutrición*, 34 (4), 330-336.
- Matarazzo, Joseph D. (1984). *Behavioral immunogens and pathogens in health and illness. Psychology and health*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Michael, J. (1993). Establishing operations. *Behavior Analyst*, 16 (2), 191-206.
- Montiel, M., Reyes. U., Félix, Y. & Ayala, M. (2010). Escala de hábitos de alimentación y ejercicio: construcción y validación psicométrica. *La Psicología Social en México*, 13, 507-515.
- Morrison, V. & Bennett, P. (2008). *Psicología de la salud*. Pearson, Prentice Hall, S.A., Madrid.
- Mosquera, M. (2003). *Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias*. Comisionado por la Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de http://www.institutodeestudiosurbanos.info/MEN_479_2012/MEN/TQE_Primera%20Fase%202012/Conceptuales/Mosquera_2003_comunicacion_en_salud.pdf

- Mujica S., Guido, A, García, P. & Mercado, S. (2011). Actitudes y comportamiento lector: una aplicación de la teoría de la conducta planeada en estudiantes de nivel medio superior. *Liberabit*, 17 (1), 77-84.
- Neipp, M., Quiles, M., León, E. & Rodríguez Marín, J. (2014). Aplicando la Teoría de la Conducta Planeada: ¿qué factores influyen en la realización de ejercicio físico? *Atención Primaria*, 47 (5), 287-293.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe sobre la salud en el mundo 2002*. Recuperado de: <http://www.who.int/whr/2002/es/index.htm>
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?ua=1&ua=1
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades no transmisibles 2013-2020*. Recuperado de http://www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Cómo define la OMS la salud*. Recuperado de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>. Consultado el 16 de mayo de 2017.
- Organización Mundial de la Salud (1998). *Glosario de Promoción de la Salud*. Recuperado de <http://www.who.ch/hep>
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. Nota descriptiva, mayo de 2017*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Alimentación Sana. Nota descriptiva No. 394, septiembre de 2015*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>

- Organización Mundial de la Salud (2017). *Cáncer. Nota descriptiva, febrero de 2017*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Enfermedades no transmisibles. Nota descriptiva, junio de 2017*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud, 2010*. Recuperado de su versión original en Internet
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44441/1/9789243599977_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, 2004*. Disponible en su versión original en Internet
http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2014). *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019*. Washington, DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2012). *28.a Conferencia sanitaria panamericana, 64.a Sesión del comité regional*. Disponible en su versión original en Internet
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=24045&Itemid=270
- Ouellette, J. & Wood, W. (1998). Habit and Intention in Everyday Life: The Multiple Processes by Which Past Behavior Predicts Future Behavior. *Psychological Bulletin*, 124 (1), 54-74.
- Pérez, M., Ponce, A., Hernández, J. & Márquez, B. (2010). Salud mental y bienestar psicológico en los estudiantes universitarios de primer ingreso de la Región Altos Norte de Jalisco. *Revista de Educación y Desarrollo*, 14 (1), 31-37.

- Piédrola-Gil G. (2008) *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 11.a edición, Elsevier-Masson, Barcelona.
- Pino, Díaz & López. (2011). Construcción y validación de un cuestionario para medir conductas y hábitos alimentarios en usuarios de la atención primaria de salud. *Revista Chilena de Nutrición*, 38 (1), 41-51.
- Pliego, A.; Díaz de León M., Robles M. & Celis R. (2007). Hábitos de actividad física en la comunidad universitaria del instituto tecnológico de estudios superiores de occidente (ITESO). *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 15 (4), 67-72.
- Pulido, M., Coronel, M., Vera, F. & Barousse, T. (2011). Salud física hábitos alimentarios y ejercicio en estudiantes de licenciatura de la Universidad Intercontinental. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 13 (1), 65-82.
- Restrepo, H & Málaga, H. (2001) *Promoción de la salud: como construir vida saludable*. 1ª edición. Editorial médica panamericana, Bogotá, D.C. Colombia, p.56.
- Ríos, M.R., Rodríguez, N. & Álvarez, M. (2010). Incidencia de obesidad, factores de riesgo y problemas emocionales en estudiantes. En *Psicología de la Obesidad: Esferas de vida, complejidad y multidisciplina*. Guillén R. S., Editora y Compiladora. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, 103-117.
- Rivera, M.R. (2006). Hábitos alimentarios en estudiantes de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32 (3). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_3_06/spu05306.htm
- Rivera, J., Hernández, M., Aguilar, C., Vadillo, F. & Murayama, C. (2013). *Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado*. Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, Universidad Nacional Autónoma de México, México, p. 7.

- Rocha, T. & Ramírez, R. (2011). Identidades de Género Bajo una Perspectiva Multifactorial: Elementos que Delimitan la Percepción de Autoeficacia en Hombres y Mujeres. *Acta de Investigación Psicológica*, 1 (3), 454-472.
- Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs en Armitage, C., Conner, M. (2000): Social cognition models and health behaviour: A structured review, *Psychology & Health*, 15 (2), 173-189.
- Salleras L. (1985). *Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones*. Díaz de Santos Ediciones, Madrid, 268 pp.
- Sanader, A., Komić, D., Tandara, M., Serec, M., Pavličević, I., Pesjak, K., et al. (2014). Factors in traditional families which affect health and health care: a qualitative study. *International Journal Collegium Antropologicum*, 38 (3):1001-7.
- Sánchez, J. C. (2006). Efectos de la presentación del mensaje para realizar conductas saludables: el papel de la autoeficacia y de la motivación cognitiva. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (3), 613-630.
- Sánchez, M.L., Álvarez, A., Flores, T., Arias, J., & Saucedo, M. (2017). El Reto del Estudiante Universitario ante su Adaptación y Autocuidado como Estrategia para Disminuir Problemas Crónicos Degenerativos. *Boletín científico Educación y Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 5 (10).
- Sánchez, M. y Luna, E. (2015). Hábitos de vida saludable en la población universitaria, Revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 31 (5), 1910-1919.
- Sánchez-Sosa, J.J. & González-Celis, A. L. (2006). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En V. E. Caballo, *Manual Para la Evaluación Clínica de los Trastornos Psicológicos* (pp. 473-491). Madrid: Ediciones Pirámide.

Secretaría de Salud (2013). *Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes*. Recuperado de http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf

Secretaría de Salud (2015). *Informe sobre la salud de los mexicanos. Diagnóstico general de la salud poblacional*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME_LA_SALUD_DE_LOS_MEXICANOS_2015_S.pdf

Secretaría de Salud (2013). *Programa Sectorial de Salud 2013-2018*. Recuperado de http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/index/ps_2013_2018.pdf.

Sheppard, B., Hartwick, J. & Warshaw, P. (1988) The Theory of Reasoned Action: A Meta-Analysis of Past Research with Recommendations for Modifications and Future Research. *Journal of Consumer Research*, 15 (3), 325-343.

Sutton S. (1994). The past predicts the future: Interpreting behaviour-behaviour relationships in social psychological models of health behaviour. En D.R. Rutter y L. Quine (Eds.), *Social psychology and health: European perspectives* Aldershot: Avebury, pp. 71-88.

Sutton, S. (1998). Predicting and explaining intentions and behaviour: how well are we doing? *Journal of Applied Social Psychology*, 28 (13), 17-38.

Troncoso P. & Amaya P. (2009). Factores sociales en las conductas alimentarias de estudiantes universitarios. *Revista Chilena de Nutrición*, 36 (4), 1090-1097.

Vaquero, R., Alacid, F., Muyor, J. & López, P. (2013). Imagen Corporal, revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*, 28 (1), 27-35.

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. & Soza, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*; 33 (1), 11-14.

Zenón, I. (2014). *Aplicaciones de la Medicina Conductual a la Preservación de la Salud Psicológica: Estudios en Atención Secundaria y Primaria* (Tesis). Universidad Nacional Autónoma de México, Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, México.

Zurro M. & Cano, J.F. (1986). *Atención Primaria. Conceptos, Organización y Práctica clínica*. Doyma libros, Tercera edición. Barcelona.

ANEXO

Cuestionario de Salud Estudiantil

Fecha: __/__/__ Aplicador: _____ Folio: _____

Datos del Entrevistado

Nombre:

Género: Masculino: _____ Femenino: _____

Edad: _____

Semestre:

Carrera: _____

ANTECEDENTES HEREDO- FAMILIARES

Marca de la siguiente lista si tus padres, abuelos o hermanos padecen o han padecido las siguientes enfermedades

Hipertensión		Infarto	
Diabetes Mellitus tipo II		Hipercolesterolemia (Colesterol alto)	
Cáncer		Hipertrigliceridemia (Triglicéridos altos)	
Sobrepeso /obesidad		Gota	

INSTRUCCIONES

A continuación, se presentan una serie de enunciados que describen conductas relacionadas con alimentación y ejercicio. RESPONDE DE LA FORMA QUE SE TE INDIQUE EN CADA UNA DE LAS SECCIONES DE ACUERDO A LO QUE TU PIENSAS Y HACES.

SECCIÓN I. HÁBITOS

Todos realizamos diferentes tipos de actividad física dependiendo nuestras circunstancias. Por ejemplo, durante una semana podemos ir 2 veces al gimnasio, en cambio, otros dos días podemos ir a caminar media hora, un día procuramos caminar un poco más al ir a la tienda a pie y los dos días restantes no realizamos alguna acción que nos active físicamente. Ahora piensa lo que hiciste durante los últimos 30 días y señala ante cada pregunta **cuántos días llevaste a cabo cada una de las acciones**. Recuerda que durante el último mes puedes haber cubierto algunas o todas las alternativas.

De la misma manera estima por cuántos días consumiste la cantidad de frutas, verduras o agua que se indica en cada pregunta considerando que las cantidades pueden variar de día a día.

Durante los últimos 30 días cuántos de ellos:							
1. CAMINASTE en lugar de usar medios de transporte, en vez de usar el automóvil, para ir a hacer tus compras, decidiste hacer otra actividad en lugar de ver TV, usar la computadora y/o navegar por internet?	Ninguno	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30
2. ¿Realizaste 30 minutos de caminata o trote suave?	Ninguno	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30
3. ¿Realizaste 45 a 60 minutos de caminata o trote suave?	Ninguno	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30
4. ¿Acudiste al menos 45 minutos a algún programa de actividad físico deportiva? (Ej. Equipo de fútbol, voleibol, ir al gimnasio, natación, etc.)	Ninguno	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30
5. ¿Consumiste al menos 2 porciones de frutas?	Ninguno	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30
6. ¿Consumiste al menos 3 porciones de frutas?	Ninguno	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30
7. ¿Consumiste al menos 2 porciones de verduras?	Ninguno	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30
8. ¿Consumiste al menos 3 porciones de verduras?	Ninguno	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30
9. ¿Bebiste al menos 1 litro de agua?	Ninguno	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30
10. ¿Bebiste al menos 2 litros de agua?	Ninguno	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30

SECCIÓN II. DISPOSICIÓN

Marca con una X dentro del cuadro que indique el porcentaje de probabilidad de que realices la conducta señalada. Responde qué tan probable es que lo realices durante la próxima semana y el próximo mes.

¿Qué tan probable es que vayas a realizar actividades que aumenten tu actividad física diaria?										
<i>(Ej. Caminar en lugar de usar medios de transporte, o caminar en vez de usar el automóvil, o caminar para ir a hacer tus compras, o decidir hacer otra actividad en lugar de ver tv, usar la computadora y/o navegar por internet).</i>										
	0%			30%				70%		100%
1. Durante la próxima semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Durante el próximo mes	0%			30%				70%		100%
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Qué tan probable es que realices 30 minutos de caminata o trote suave al menos 2 veces por semana?										
	0%			30%				70%		100%
3. Durante la próxima semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Durante el próximo mes	0%			30%				70%		100%
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Qué tan probable es que realices 45 a 60 minutos de caminata o trote suave, 3 a 5 veces por semana?										
	0%			30%				70%		100%
5. Durante la próxima semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Durante el próximo mes	0%			30%				70%		100%
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Qué tan probable es que acudas a algún programa de actividad físico deportiva que requiere esfuerzo sostenido por al menos 45 minutos, 3 a 5 veces por semana? (Ej. Equipo de futbol, voleibol, ir al gimnasio, natación, etc.)										
	0%			30%				70%		100%
7. Durante la próxima semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Durante el próximo mes	0%			30%				70%		100%
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Qué tan probable es que consumas 3 porciones de frutas al día?											
	0%				30%					70%	100%
9. Durante la próxima semana											
10. Durante el próximo mes	0%									70%	100%
¿Qué tan probable es que consumas 3 porciones de verduras al día?											
	0%				30%					70%	100%
11. Durante la próxima semana											
12. Durante el próximo mes	0%									70%	100%
¿Qué tan probable es que bebas 2 litros de agua al día?											
	0%				30%					70%	100%
13. Durante la próxima semana											
14. Durante el próximo mes	0%									70%	100%

SECCIÓN III. IMPORTANCIA

Indica en el recuadro, qué tan importante es para **TU FAMILIA** que se realicen los siguientes comportamientos. Utiliza la siguiente escala.

- 1=Nada importante 4= Regularmente importante
2=Poco importante 5= Importante
3= Algo importante 6= Muy importante

1. En mi familia se le da importancia a hacer ejercicio regularmente.	
2. En mi familia se le da importancia al consumo diario de frutas y verduras.	
3. En mi familia se le da importancia a beber agua diariamente.	

Ahora indica qué tan importante es para ti, **HACER LO QUE TU FAMILIA ESPERA.** Utiliza la siguiente escala.

- 1 = Nada importante 4 = Regularmente importante
2 = Poco importante 5 = Importante
3 = Algo importante 6 = Muy importante

1. Hacer ejercicio regularmente.	
2. Consumo de frutas y verduras diariamente.	
3. Beber agua diariamente.	

Indica en el recuadro, qué tan importante es para **TUS AMIGOS** que se realicen los siguientes comportamientos. Utiliza la siguiente escala.

- 1 = Nada importante 4 = Regularmente importante
2 = Poco importante 5 = Importante
3 = Algo importante 6 = Muy importante

1. Mis amigos le dan importancia a hacer ejercicio regularmente.	
2. Mis amigos le dan importancia al consumo diario de frutas y verduras.	
3. Mis amigos le dan importancia a beber agua diariamente.	

Ahora indica que tan importante es para ti, **HACER LO QUE TUS AMIGOS ESPERAN** respecto a los aspectos que se marcan a continuación. Utiliza la siguiente escala.

1 = Nada importante

4 = Regularmente importante

2 = Poco importante

5 = Importante

3 = Algo importante

6 = Muy importante

Respecto a:	
1. Actividad física que esperan que haga	
2. Consumo de frutas y verduras diariamente que esperan que haga.	
3. Beber agua diariamente que esperan que haga.	

SECCIÓN IV. DECISIÓN

Señala dentro del recuadro el número que indique **qué tanto depende de ti** cada una de las actividades mencionadas. Para ello utiliza la escala que aparece a continuación.

- 1 = Nada 4 = Regular
2 = Poco 5 = Mucho
3 = Algo 6 = Totalmente

¿Qué tanto crees que hacerlo depende de ti?	Respuesta (1-6)
1. Caminar en lugar de usar medios de transporte, o caminar en vez de usar el automóvil, o caminar para ir a hacer tus compras, o decidir hacer otra actividad en lugar de ver tv, usar la computadora y/o navegar por internet.	
2. Realizar mínimo 2 veces por semana 30 minutos de caminata o trote suave.	
3. Realizar de 3 a 5 veces por semana, 45 a 60 minutos de caminata o trote suave.	
4. Incorporarte a algún programa de actividad físico deportiva que requiere esfuerzo sostenido por al menos 45 minutos, 3 a 5 veces por semana. (Ej. Equipo de futbol, voleibol, asistir al gimnasio, natación, etc.)	
5. Consumir 3 porciones de frutas al día.	
6. Consumir 3 porciones de verduras al día.	
7. Beber 2 litros de agua al día.	

SECCION V. CREENCIAS

De acuerdo a lo que crees marca con una X que tan perjudicial o benéfico y desagradable o agradable es para ti la conducta mencionada.

EJEMPLO

Creo que Leer 30 min diarios es:	A) Perjudicial ___ ___ ___ ___ <u>X</u> ___ Benéfico
	B) Desagradable ___ ___ <u>X</u> ___ ___ ___ Agradable

Creo que hacer ejercicio regularmente es:	1. Perjudicial ___ ___ ___ ___ ___ Benéfico
	2. Desagradable ___ ___ ___ ___ ___ Agradable
Creo que el consumo de frutas y verduras diariamente es:	3. Perjudicial ___ ___ ___ ___ ___ Benéfico
	4. Desagradable ___ ___ ___ ___ ___ Agradable
Creo que beber agua diariamente es:	5. Perjudicial ___ ___ ___ ___ ___ Benéfico
	6. Desagradable ___ ___ ___ ___ ___ Agradable