

**UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

CHILE



**BARRERAS PERCIBIDAS PARA ASUMIR CONDUCTAS PROMOTORAS DE
SALUD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS, UNIVERSIDAD DE
CONCEPCIÓN CAMPUS LOS ANGELES**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN ENFERMERÍA

VERONICA LORETO JARA CONTRERAS

PROFESOR GUÍA: NAYADE RIQUELME PEREIRA

CHILE – CONCEPCION

2017

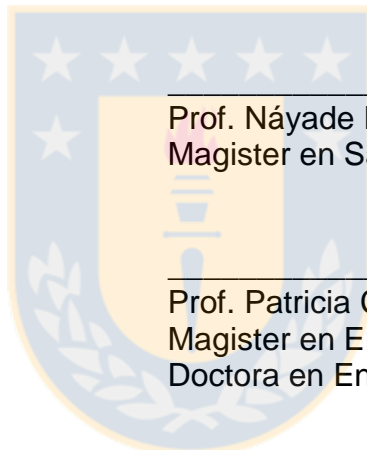
**UNIVERSIDAD DE CONCEPCION
DIRECCION DE POSTGRADO**

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

Profesor Guía:

**Prof. Náyade Riquelme Pereira
Magister en Salud Familiar**

Ha sido aprobada por la siguiente Comisión Evaluadora:



Prof. Náyade Riquelme Pereira
Magister en Salud Familiar

Prof. Patricia Cid Henríquez
Magister en Enfermería
Doctora en Enfermería

Prof. Ana Gisela Asenjo Ibarra
Magister en Salud Familiar

Directora Programa Magíster:

**Prof. Sandra Valenzuela S.
Magister en Enfermería
Doctora en Enfermería**

AGRADECIMIENTOS

- *En primer lugar, a Dios, simplemente por estar siempre conmigo, por hacerme despertar a diario con buena salud y por levantarme en cada caída.*
- *Al equipo de la facultad de Enfermería, a la jefatura, en especial a la Dra. Vivian Jofré, quien creyó en mí, por su entendimiento y flexibilidad apoyando así el trabajo realizado.*
- *Al cuerpo docente del programa, por la oportunidad que me concedieron, por su gran aporte en mi crecimiento como profesional.*
- *A mi profesora guía, Sra. Náyade Riquelme por confiar en mí, por su cariño, por motivarme en mis desánimos y por inculcarme el interés por la investigación.*
- *Al profesor Luis Luengo, quien me motivó e hizo que me apasionara el área estadística, por su paciencia, su tiempo y sus sencillos ejemplos.*
- *A la Institución, sobre todo al personal del Campus Los Ángeles, a la Sra. Lorena Antileo, a los directores de escuelas y sobre todo a los docentes de las distintas carreras, por el apoyo, el tiempo otorgado y la disposición para aplicar mi investigación.*
- *A mis colegas y amigas, en especial a Claudia F., por hacerme ver todo más simple, por los momentos de risas en medio de la presión y el trabajo, por escucharme cada párrafo y aportar como crítico comentarista.*
- *Finalmente, a mi Amado, por animarme continuamente, por sopórtame en mis peores momentos, por cocinar y alimentarme, por el tiempo de calidad que le quité... sin su amor y empuje no hubiera podido finalizar este proyecto.*



*A mi familia, especialmente a mis padres,
quienes han sido un apoyo incondicional desde que tengo recuerdos,
por su inmenso amor y por la persona que soy el día de hoy.*

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
I. PRESENTACION Y FUNDAMENTACION DEL ESTUDIO	1
II. MARCO TEORICO Y EMPIRICO	9
II.1 ANTECEDENTES TEORICOS	9
II.2 ANTECEDENTES EMPIRICOS	16
III. OBJETIVOS	23
III.1 OBJETIVO GENERAL	23
III.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
IV. HIPÓTESIS	24
V. VARIABLES DEL ESTUDIO	25
VARIABLE DEPENDIENTE	25
VARIABLES INDEPENDIENTES	25
VI. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	26
VI.1 TIPO DE ESTUDIO	26
VI.2 POBLACION DE ESTUDIO	26
VI.3 RECOLECCION DE DATOS	27
VI.4 CONTROL Y CALIDAD DE LOS DATOS	31
VII. CONSIDERACIONES ETICAS	33
VIII. RESULTADOS	36
IX. DISCUSION Y COMENTARIOS	63
X. CONCLUSIONES	70

XI. RECOMENDACIONES	73
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
XIII. ANEXOS	80
ANEXO N° 1: VARIABLES	80
ANEXO N° 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO	84
ANEXO N° 3: INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS	86



LISTA DE FIGURA Y TABLAS

Figura 1: Modelo de Promoción de Salud de Nola Pender (revisado)	12
TABLA Nº 1: CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	31
TABLA Nº 2: DESCRIPCION PORCENTUAL PERFIL DE LA MUESTRA	36
TABLA Nº 3: PERFIL DE HABITOS	38
TABLA Nº 4: FRECUENCIAS DE LA VARIABLE HABITOS SEGÚN EL GÉNERO	39
TABLA Nº 5: RELACION DE LAS VARIABLES HABITOS (Rho de Spearman)	40
TABLA Nº 6: PERCEPCION DE AUTOEFICACIA SEGÚN FRECUENCIA DE ITEMS	40
TABLA Nº 7: PERCEPCION DE AUTOESTIMA SEGÚN FRECUENCIA DE ITEMS	41
TABLA Nº 8: DOMINIOS DE EVPS	42
TABLA Nº 9: PERCEPCION DE EVPS SEGÚN FRECUENCIA DE ITEMS	42
TABLA Nº 10: PERCEPCION POSITIVA Y NEGATIVA DE ALIMENTACION SALUDABLE SEGÚN FRECUENCIA DE ITEMS	43
TABLA Nº 11: PERCEPCION POSITIVA Y NEGATIVA PARA HACER EJERCICIO SEGÚN FRECUENCIA DE ITEMS	44
TABLA Nº 12: RESUMEN CONDUCTAS MÁS FRECUENTES POR ESCALA	44
TABLA Nº 13: VALORES GLOBALES MEDIOS DE VARIABLES	

PSICOSOCIALES EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS	45
TABLA Nº 14: RELACION DE LA VARIABLE AÑO ACADEMICO ACTUALMENTE CURSANDO CON EVPS (ANOVA)	46
TABLA Nº 15: RELACION DE LA VARIABLE EDAD CON EL EVPS (t Student)	47
TABLA Nº 16: RELACION DE LA VARIABLE GÉNERO CON CADA DOMINIO DEL EVPS (t Student)	47
TABLA Nº 17: RELACION DE LA VARIABLE HIJOS CON CADA DOMINIO DEL EVPS (t Student)	48
TABLA Nº 18: RELACION DE LA VARIABLE AÑO ACADEMICO ACTUALMENTE CURSANDO CON CADA DOMINIO DEL EVPS (ANOVA)	49
TABLA Nº 19: RELACION DE LA VARIABLE GÉNERO CON EBBS (t Student)	50
TABLA Nº 20: RELACION DE LA VARIABLE ESTABLECIMIENTO DE PROCEDENCIA DE ENSEÑANZA MEDIA CON EBBS (t Student)	51
TABLA Nº 21: RELACION DE LA VARIABLE CARRERA CON EBBS (ANOVA)	51
TABLA Nº 22: RELACION DE LA VARIABLE AÑO ACADEMICO ACTUALMENTE CURSANDO CON EBBS (ANOVA)	52
TABLA Nº 23: RELACION DE LA VARIABLE EDAD CURSADO CON EBBS (t Student)	53
TABLA Nº 24: RELACION DE LA VARIABLE HABITOS CON EBBS (Rho de Spearman)	53

TABLA Nº 25: RELACION DE LA VARIABLE GÉNERO CON BHES (t Student)	54
TABLA Nº 26: RELACION DE LA VARIABLE ESTABLECIMIENTO DE PROCEDENCIA DE ENSEÑANZA MEDIA CON LA PERCEPCIÓN PARA TENER UNA ALIMENTACION SALUDABLE (t Student)	54
TABLA Nº 27: RELACION DE LA VARIABLE CARRERA CON BHES (ANOVA)	55
TABLA Nº 28: RELACION DE LA VARIABLE AÑO ACADEMICO ACTUALMENTE CURSANDO CON BHES (ANOVA)	56
TABLA Nº 29: RELACION DE LA VARIABLE EDAD CON BHES (t Student)	56
TABLA Nº 30: RELACION DE LA VARIABLE HABITOS CON BHES (Rho de Spearman)	57
TABLA Nº 31: RELACION DE LAS VARIABLES PSICOSOCIALES CON EBBS (Rho de Spearman)	57
TABLA Nº 32: RELACION DE LAS VARIABLES PSICOSOCIALES CON BHES (Rho de Spearman)	58
TABLA Nº 33: MATRIZ DE CORRELACIONES ENTRE PERCEPCION DE BARRERAS PARA ASUMIR CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD CON VARIABLES PSICOSOCIALES (Rho de Spearman)	59
TABLA Nº 34: RELACION DE BHES CON VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y PSICOSOCIALES (Regresión Lineal)	60
TABLA Nº 35: RELACION DE EBBS CON VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y PSICOSOCIALES (Regresión Lineal)	61

RESUMEN

En las últimas décadas se han realizado diversos estudios sobre conductas en salud, cuyos resultados mayormente muestran un predominio de estilos de vida poco saludables, a pesar de que la población si logra identificar la importancia de ellos no los presenta en su diario vivir; surge entonces la interrogante acerca de cuáles son los obstáculos o barreras que manifiestan las personas para no presentar conductas saludables. El presente estudio propone identificar las barreras percibidas para asumir conductas promotoras de salud en los estudiantes de distintas carreras de la Universidad de Concepción, sede Los Ángeles, Chile, según el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender. Estudio de abordaje cuantitativo, de diseño descriptivo, correlacional de corte transversal, con muestra de 320 estudiantes, seleccionados por muestreo de tipo probabilístico aleatorio. El instrumento recolector de datos está conformado por: La Escala de Estilo de Vida Promotor de Salud: EVPS, Escalas de barreras percibidas para asumir conductas de salud: Escala de beneficios y barreras de Ejercicio (EBBS) y la Escala de barreras de alimentación saludable (BHES), Escala de percepción de autoeficacia, escala de autoestima y un cuestionario de antecedentes sociodemográficos. Los datos fueron procesados con el programa SPSS-22 para la obtención de estadística descriptiva e inferencial. Como resultados se obtuvo que a pesar del nivel educacional o el hecho de ingresar a determinada carrera universitaria, los estudiantes presentaron conductas promotoras de salud deficientes o menores a lo que se esperaría para un alumno de pregrado, sin encontrar grandes diferencias por carrera o año de estudio; estas bajas conductas promotoras de salud, están asociadas a barreras percibidas en el ámbito nutricional, actividad física, responsabilidad en salud y manejo del estrés. Por otra parte la autoestima y la percepción de autoeficacia resultan ser predictores de la presencia de barreras en salud de manera inversa, es decir a menor autoestima o autoeficacia, mayor presencia de barreras para asumir conductas promotoras de salud.

Palabras claves: Barreras percibidas, conducta promotora de salud, estudiantes universitarios.

ABSTRACT

In the last decades, a number of studies have been carried out on health behaviors, the results of which show a predominance of unhealthy lifestyles, although the population, if it can identify the importance of them, does not present them in their daily lives; Then the question arises about what are the obstacles or barriers that people manifest in order to avoid presenting healthy behaviors. The present study proposes to identify the perceived barriers to assume health promoting behaviors in students of different careers at the University of Concepción, Los Angeles, Chile, according to the Nola Pender Health Promotion Model. A quantitative, descriptive, correlational cross - sectional study with a sample of 320 students, selected by random probabilistic sampling. The data collection instrument is made up of: The Health Promoter Lifestyle Scale: EVPS, Scales of perceived barriers to health behaviors: Benefits Scale and Exercise Barriers (EBBS) and the Healthy Eating Barriers Scale (BHES), self-efficacy perception scale, self-esteem scale and a sociodemographic background questionnaire. The data were processed with the SPSS-22 program to obtain descriptive and inferential statistics. As results, it was obtained that in spite of the educational level or the fact to enter a certain university race, the students presented / displayed deficient health conducts poor or that would be expected for an undergraduate student, without finding great differences by race or year of study; These low health promoting behaviors are associated with perceived barriers in the nutritional field, physical activity, health responsibility and stress management. On the other hand, self-esteem and the perception of self-efficacy are predictive of the presence of health barriers in an inverse way, it mean to lower self-esteem or self-efficacy, greater presence of barriers to assume health promoting behaviors.

Key words: Perceived barriers, health promoting behavior, university students.

I. PRESENTACION Y FUNDAMENTACION DEL ESTUDIO

En las últimas décadas se han realizado diversos estudios sobre estilos de vida, sin embargo, los resultados en su mayoría muestran un predominio de estilos de vida poco saludables. Actualmente, está ampliamente demostrado que determinadas conductas de riesgo pueden contribuir de forma independiente a incrementar la morbilidad(1). Inclusive, según el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2014, se demuestra que las enfermedades no transmisibles (ENT) inciden en la muerte de 38 millones de personas cada año. De estas, las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las defunciones por ENT, 17,5 millones cada año, seguidas del cáncer (8,2 millones), enfermedades respiratorias (4 millones), y la diabetes (1,5 millones). Asimismo, en dicho informe se expone que el consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas aumentan el riesgo de morir a causa de una de las ENT.

La OMS, en su Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles año 2014, refiere que el 23% de los adultos de 18 años o más no eran lo suficientemente activos. Las mujeres eran menos activas que los hombres y las personas mayores lo eran menos que los jóvenes. El 81% de los adolescentes de 11 a 17 años no tenían una actividad física suficiente, siendo las adolescentes menos activas que los varones(2).

A partir del año 1986 y de la propuesta de la carta de Ottawa se establece la estrategia de la promoción de la salud, la cual contiene cinco áreas fundamentales: construcción de políticas públicas saludables, mejoramiento de los entornos o ambientes, fortalecimiento de la participación social, desarrollo de actitudes personales y reorientación de los servicios (3). El Ministerio de Salud de Chile, inició en el año 2003, con la finalidad de detener los factores de riesgo y desarrollar conductas promotoras de salud de carácter biopsicosocial y ambiental, una reorientación de los servicios sanitarios hacia la promoción de la salud, en

consideración a que la mayoría de los hábitos nocivos para la salud adquiridos durante la juventud no se traduzcan en morbimortalidad durante el periodo de la juventud masiva, sino muchos años después (4).

Fakhouri et al (5) para el Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion mostró que sólo una cuarta parte (24,8%) de los jóvenes realizan actividad física moderada a vigorosa; de estos los varones representan un 27,0% en comparación con el 22,5% de las damas. Se puede observar una constante disminución de la práctica de actividad física debido a varios factores dentro de los cuales se encuentra la sistematización o automatización de los procesos productivos y de la vida cotidiana(6). En cuanto a alimentación saludable, Pich(7) encontró que el 85% de los universitarios no desayunan, lo que se constituye en un problema, ya que las respuestas fisiológicas del organismo como consecuencia de los niveles bajos de energía (glucosa) se traducen en disminución de los niveles de concentración y estado de alerta en el estudiante. Otro factor importante es el consumo de comidas rápidas y de menor costo, frecuente en esta población. Asimismo, uno de los términos más usados hoy en día es el de dieta, y la razón principal por la que esta se ha transformado casi en una moda es por el efecto que tiene en la imagen corporal, sin embargo, la población estudiantil no mide las consecuencias que una dieta desequilibrada puede ocasionar; de hecho, uno de cada cuatro adolescentes, ha hecho o ha intentado hacer dieta en alguna ocasión. En el ámbito universitario se presentan varios factores de riesgo para sufrir trastornos del comportamiento alimentario, tales como crisis depresivas, estrés y ansiedad, factores que disminuyen la calidad de vida y la capacidad de aprendizaje en el estudiante(8).

De acuerdo con este planteamiento, un área fundamental de promoción de la salud, referida a los entornos, se encuentra y encaja con el ambiente universitario como el ámbito donde viven la mayor parte de su tiempo los estudiantes (9). Otra área fundamental está referida al desarrollo de actitudes personales, es aquí donde se necesita el compromiso del estudiante para que

desarrolle comportamientos positivos en la promoción de su salud(10), como también se necesitan estrategias adecuadas para motivar y mantener su compromiso.

Este estudio da importancia a la evaluación subjetiva que realizarán los estudiantes sobre sus conductas, para que ellos en su autonomía reconozcan su relevancia, las barreras que perciben como límite para asumir conductas promotoras y se motiven hacia una conducta promotora de salud para mejorar su calidad de vida. Entre otros supuestos la teoría del modelo de Nola Pender plantea que las personas tienen la capacidad de autoconciencia reflexiva incluyendo la valoración de sus propias competencias dado que los individuos buscan regular su propia conducta en forma activa(11).

La OMS, en la XXXI sesión de su comité regional para Europa, definió “estilo de vida” como una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. Si la salud ha de mejorarse permitiendo a los individuos cambiar sus estilos de vida, la acción debe ir dirigida no solamente al individuo, sino también a las condiciones sociales de vida que interactúan para producir y mantener esos patrones de comportamiento(12). Además, se comentó la necesidad de diferenciar entre estilo de vida y estilo de vida saludable y se enfatizó sobre la importancia de abordar el estudio del estilo de vida saludable desde un enfoque más social que médico(12).

El estilo de vida es uno de los mayores condicionantes sobre el estado de salud de la población, incluso cabe mencionar que teóricamente, la adopción generalizada de un estilo de vida saludable podría reducir la mortalidad global hasta en un 43%. Las intervenciones que intentan ayudar a las personas a adoptar (o mantener) un estilo de vida saludable comparten una serie de principios comunes. Para intentar explicar por qué las personas se comportan de una

manera determinada es importante conocer los modelos y teorías del cambio de conductas en salud, ya que nos proporcionan algunos elementos claves para comprender los mecanismos subyacentes y la manera de intervenir en los estilos de vida relacionados con la salud(12).

Existen diversos estudios sobre estilos de vida, tanto en niños como en adultos, cuyos resultados en su mayoría muestran un predominio de estilos de vida poco saludables, relacionados principalmente con el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, la adopción de dietas poco equilibradas en las que predomina la comida rápida y, la falta de ejercicio físico(13). Actualmente, está ampliamente demostrado que determinadas conductas de riesgo, como por ejemplo, el tabaquismo, una dieta poco saludable, una conducta sedentaria o un excesivo consumo de alcohol pueden contribuir de forma independiente a incrementar la morbimortalidad(1). De hecho, dichos datos son congruentes con el informe de la OMS, en que se demuestra de los 38 millones de muertes que tuvieron lugar en el mundo en 2012 por enfermedades no transmisibles (ENT), 16 millones, es decir el 42%, fueron defunciones prematuras (antes de los 70 años) y evitables, especialmente cardiopatías y neumopatías, accidentes cerebrovasculares, cáncer y diabetes(14).

La encuesta nacional de salud (2009 - 2010) señala que la prevalencia de sedentarismo de la población chilena es de 88,6% y que las mujeres son más sedentarias que los hombres, con una prevalencia de 92,9% y 84%, respectivamente(15). En estudiantes, el mayor porcentaje(54,8%) presentó bajo nivel de actividad física, y los hombres activos se motivan más por el componente social en comparación con las mujeres(16).

En la Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deportes 2015 en la población de 18 años y más, destaca que la práctica disminuye a medida que desciende el nivel socioeconómico, se expone que la razón más frecuente por los hombres para practicar actividad física y deporte es la entretención (44%) y para

las mujeres es “Para mejorar mi salud” (35,2%). Y la principal causa para no practicar actividad física es la falta de tiempo y la falta de formación y hábitos (24,2% y 25,4% respectivamente)(17).

Debido al creciente sedentarismo es importante evaluar la condición física, definida como un conjunto de atributos físicos evaluables que tienen o logran las personas y que se relacionan con la capacidad de realizar actividad física; cuyos componentes relacionados con la salud abarcan: la composición corporal, la resistencia cardiorrespiratoria, la flexibilidad y la resistencia/fuerza muscular. (Caspersen, Powell y Christenson, 1985). Estos componentes son mejorables con el entrenamiento sistemático, lo que permite disminuir la probabilidad de presentar factores de riesgo o enfermedades relacionadas con el sedentarismo (15).

Según la Carta de Ottawa (1986), la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. Las personas tienen que ser el centro de la acción de la promoción de la salud y de los procesos de toma de decisiones para que éstos sean eficaces. La Carta de Ottawa identifica tres estrategias básicas para la promoción de la salud. Éstas son la abogacía por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales antes indicadas; facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud; y mediar a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad(18).

En 1990, la Organización Panamericana de la Salud, en la Conferencia Sanitaria Panamericana, aclara que la promoción de la salud es concebida cada vez en mayor grado como la suma de las acciones de la población, los servicios

de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva; por ejemplo, en el sector educativo, las universidades pueden facilitar el desarrollo de mejores condiciones de salud de los estudiantes a través de estrategias en su malla curricular, con seminarios, talleres y dinámicas de incorporación de conductas promotoras de salud en sus estudiantes(10). No obstante, se ha estudiado poco la agrupación entre los diferentes factores de riesgo, por lo que existen justificadas razones para estudiar la asociación entre dichos factores, ya que este hecho puede tener profundas implicaciones, tanto a nivel de morbimortalidad como en la aplicación de intervenciones de prevención más enfocadas al conjunto o entorno que a las conductas individuales(1). Es así como el tener conciencia acerca de las barreras o factores de riesgo, permite identificar estrategias para superar los obstáculos y nos entrega la oportunidad de resolver problemas anticipadamente, a través de la promoción y las alianzas que se crean entre nuestra sociedad y los profesionales de la salud(19).

Además cabe destacar que en Chile, uno de los objetivos de la reforma nacional de salud es promover un estilo de vida saludable en toda la población. Los determinantes de estilos de vida saludables deben ser identificados para guiar a la gente hacia este fin. Realidad similar según investigaciones realizadas en poblaciones latinoamericanas, americanas y afroamericanas, en las que se observa que los estilos de vida de las personas comprenden conductas negativas para la salud(2); Esto indica que, a nivel local, aún se deberían intensificar las acciones dirigidas a la promoción, para producir un impacto mayor en la salud de las personas(5). En relación a esto, durante el gobierno del Presidente de la República Sebastián Piñera, la Primera Dama Cecilia Morel instauró el programa Elige Vivir Sano, que actualmente ha sido traspasado al Ministerio de Desarrollo Social. En términos generales este sistema consiste en una política pública intersectorial en promoción de salud y calidad de vida basada en el diagnóstico de los problemas sanitarios existente en Chile. El programa Elige Vivir Sano fue creado en marzo de 2011 y tiene cuatro pilares: Fomentar la alimentación

saludable, potenciar la actividad física, difundir los beneficios de realizar actividades en familia y promover el contacto con la naturaleza, el respeto al medio ambiente y la vida al aire libre. El ministro de Salud (2010 – 2014); J. Mañalich, señaló que “este programa es de una gran trascendencia para la salud en Chile, ya que como sector Salud nos hemos concentrado fundamentalmente en la curación de enfermedades una vez que han sido diagnosticadas, pero la enfermedad prevalente es la dolencia crónica y eso implica, además de tratarla, prevenirla”(20). Conceptualmente el Programa busca generar en todos los chilenos hábitos y estilos de vida saludables para disminuir los factores y conductas de riesgo asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles. Se pretende con esta estrategia, convertirse en un referente para la calidad de vida de los chilenos y en una política pública institucionalizada y sustentable a mediano y largo plazo; ya que busca promover un cambio de paradigma en las personas y familias de nuestro país que los motive a elegir informada y libremente aquellos medios y elementos que den una vida más plena(21).

Estrategias de este tipo, que por medio de políticas públicas involucran adquirir estilos de vida saludables, deben continuar y fomentarse; y a futuro, se debe demostrar que mejorando los niveles de conductas promotoras de salud y manteniéndolos en el tiempo se pueden reducir Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNTs) y otras conductas como el consumo de sustancias de abuso, violencia y embarazo adolescente(22).

De acuerdo a lo anteriormente expuesto surgen las siguientes interrogantes: ¿Cómo identifican su estilo de vida los estudiantes?, ¿Identifican factores protectores o de riesgo a su salud?, ¿Qué factores impedirán que los jóvenes asuman conductas promotoras?

Por consiguiente, se deduce del cuestionamiento anterior el siguiente problema de investigación: ¿Cuáles son las barreras o impedimentos que perciben los estudiantes para realizar actividad física o consumir una dieta saludable?

Guía la motivación para realizar esta investigación la necesidad de conocer algunas características relacionadas con la problemática en salud actual, que es sin lugar a dudas, el aumento considerable en la incidencia de las ECNTs, situación que ocurre tanto a nivel nacional como internacional. De ahí la importancia de este estudio, ya que el primer beneficiado serían los estudiantes propiamente tal, debido a que los objetivos de esta investigación están dirigidos a que el alumno identifique las conductas promotoras de salud que posee y/o el motivo que percibe como barrera para no ejecutar dichas conductas; de este modo, a través de los resultados se pueden implementar estrategias de intervención en estilos de vida saludable, con el fin de concientizar al alumnado en la promoción de la propia salud, la reducción de sus factores de riesgos y la prevención de enfermedades, mayormente de tipo crónicas.

Por otra parte, para la profesión y disciplina de enfermería el estudio es importante, porque servirá como evidencia para implementar medidas de prevención y fomentar la adquisición de conductas promotoras de salud, además se logrará avanzar un paso más, ya que al identificar las barreras que percibe el propio alumnado para no presentar o tener regulares estilos de vida saludable, se logrará determinar factores de posible causalidad de ECNTs en nuestra población juvenil, y se podrá intervenir apropiadamente para lograr un impacto positivo en estos futuros profesionales.

Finalmente, este estudio es beneficioso para nuestra Institución (Universidad de Concepción) porque propicia el conocimiento de este tema, enriquece el área de investigación y se preocupa por los fenómenos que se presentan en la población de estudiantes, como reflejo de la realidad nacional, además se logra identificar una importante problemática en salud y se puede colaborar en buscar una solución por medio de estudios sistemáticos que arrojen resultados satisfactorios tanto para la población objetivo, investigadores y universidad.

II. MARCO TEORICO Y EMPIRICO

II.1 ANTECEDENTES TEORICOS

Nola Pender es reconocida en la profesión por su aporte con el Modelo de Promoción de la Salud (MPS). Planteó que promover un estado óptimo de salud era un objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas. Esto se constituyó como una novedad, pues identificó los factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones tomadas para prevenir la enfermedad. Además, identificó que los factores cognitivo y perceptuales de los individuos, son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, lo que da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud cuando existe una pauta para la acción (23).

El MPS de Pender integra diversas teorías, por ejemplo, una de sus fuentes teóricas es la del aprendizaje social de Albert Bandura, denominada actualmente Teoría cognitiva social, que incluye las siguientes autocreencias: autoatribución, autoevaluación y autoeficacia. La autoeficacia es una construcción central para el MPS. Además el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana descrito por Feather afirma que la conducta es racional y económica, y es importante para el desarrollo del modelo (24).

El MPS propuesto por Pender, es uno de los modelos predominantes en la promoción de la salud en enfermería. La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida(25). Este modelo le da importancia a la cultura, entendida ésta como el conjunto de conocimientos y

experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra (26).

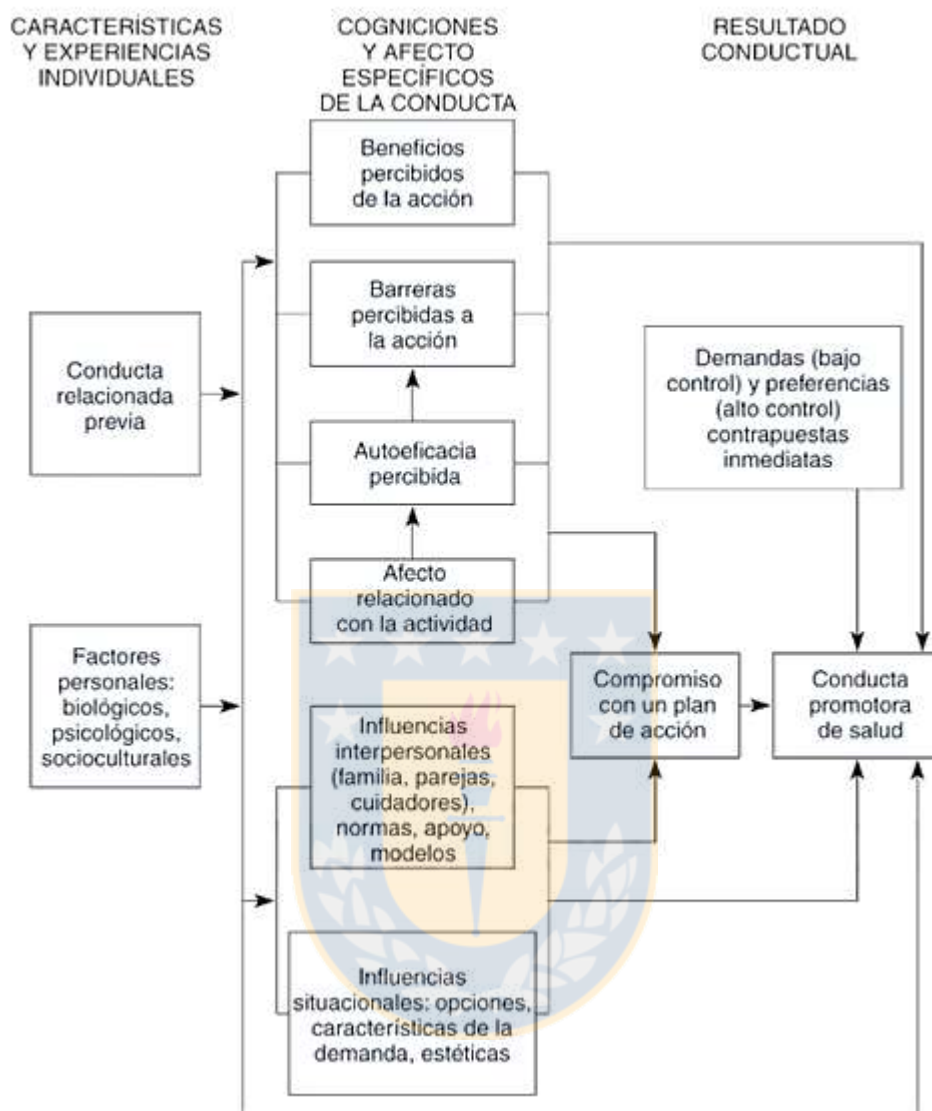
Las propuestas teóricas del modelo de promoción de salud de Pender son, entre otras: conductas previas y características heredadas o adquiridas influyen las creencias, los afectos y los surgimientos de conductas promotoras de salud; las personas se comprometen a involucrarse en conductas de las cuales ellas anticipan y derivan beneficios personalmente valorados; las barreras percibidas pueden impedir el compromiso con la acción, un mediador de la conducta, así como la conducta real; la percepción de competencia o autoeficacia para ejecutar una conducta dada incrementa la posibilidad de compromiso con la acción y actual realización de la conducta; una mayor percepción de autoeficacia resulta en menos barreras percibidas hacia una conducta específica de salud; el afecto positivo hacia la conducta resulta en una mayor autoeficacia percibida, la cual a su vez resulta en aumento de dicho afecto; cuando las emociones positivas o el afecto se asocian con una conducta, la probabilidad de compromiso y acción aumentan; es más posible que las personas se comprometan e involucren en conductas promotoras de salud cuando otros modelos significativos de conducta esperan que esta ocurra, y proveen asistencia y apoyo para facilitarla; familiares, pares y proveedores de cuidado son fuente importante de influencias interpersonales que pueden incrementar o decrecer el compromiso para involucrarse en conductas promotoras de salud; influencias situacionales en el ambiente externo pueden aumentar o decrecer el compromiso o la participación en conductas promotoras de salud; mientras mayor sea el compromiso con un plan específico de acción, hay mayor probabilidad de que las conductas promotoras de salud se mantengan a través del tiempo; el compromiso con un plan de acción tiene menos probabilidad de resultar en la conducta deseada en situaciones de emergencia como también cuando se presentan actividades más atractivas y preferidas sobre la conducta objetivo; las personas pueden modificar cogniciones, afectos y ambientes interpersonales y físicos a fin de crear incentivos para las acciones de salud(26).

El proceso de revisión y evaluación del MPS, tal como se publicó en 1987, trajo consigo diversos cambios en el modelo. En primer lugar, la importancia de la salud, el control de la salud percibido y los inicios de acción se eliminaron. En segundo lugar, la definición de la salud, el estado de salud percibido y las características demográficas y biológicas se reclasificaron como factores personales. En tercer lugar, el MPS revisado añadió tres nuevas variables que influyen en el individuo para que este se comprometa con conductas de promoción de la salud (24):

- El afecto relacionado con la actividad.
- El compromiso por un plan de acción.
- Las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas.

El MPS se ha modificado para centrarse en 10 categorías determinantes en la conducta de promoción de la salud. El modelo revisado identifica los conceptos importantes para las conductas de promoción de la salud y facilita la generación de las hipótesis demostrables. El MPS ofrece un paradigma para el desarrollo de instrumentos. El perfil del estilo de vida promotor de la salud y la balanza de beneficios/barreras del ejercicio físico (BBEF) son dos ejemplos de ello. Estos instrumentos sirven para demostrar el modelo y apoyar el desarrollo del mismo. En la Figura 1 aparece el MPS de Nola Pender, con los principales conceptos y definiciones que se encuentran en el MPS revisado.

Figura 1: Modelo de Promoción de Salud de Nola Pender (revisado)



FUENTE: Sakraida T. Modelo de promoción de la Salud. Nola J. Pender. En: Raile M, editores. Modelos y teorías en enfermería. Octava edición. España: Ed. Elzevier; 2014; 385 – 404.

A continuación, se exponen las características y las experiencias individuales que afectan a las acciones de la salud (24):

- *Conducta previa relacionada*: La frecuencia de la misma conducta o similar en el pasado. Los efectos directos e indirectos de la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud.

- *Factores personales:* Categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales. Estos factores son predictivos de una cierta conducta y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de la conducta.
- *Factores personales biológicos:* Incluyen variables como la edad, el sexo, el índice de masa corporal, el estado de pubertad, el estado de menopausia, la capacidad aeróbica, la fuerza, la agilidad y el equilibrio.
- *Factores personales psicológicos:* Incluyen variables como la autoestima, la automotivación, la competencia personal, el estado de salud percibido y la definición de la salud.
- *Factores personales socioculturales:* Incluyen factores como la etnia, la aculturación, la formación y el estado socioeconómico.

A continuación, se detallan una serie de conocimientos específicos de la conducta y del afecto que están considerados como de mayor importancia motivacional; estas variables son modificables mediante las acciones de enfermería.

- *Beneficios percibidos de acción:* Los resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de salud.
- *Barreras percibidas de acción:* Bloqueos anticipados, imaginados o reales y costes personales de la adopción de una conducta determinada.
- *Autoeficacia percibida:* El juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud. La autoeficacia percibida influye sobre las barreras de acción percibidas, de manera que la mayor eficacia lleva a unas percepciones menores de las barreras para el desempeño de esta conducta.
- *Afecto relacionado con la actividad:* Los sentimientos subjetivos positivos y negativos que se dan antes, durante y después de la conducta basada en las propiedades de los estímulos de la conducta en sí. El afecto relacionado con la actividad influye en la autoeficacia percibida, lo que significa que cuanto más positivo es el sentimiento subjetivo mayor es el sentimiento de

eficacia. Poco a poco, el aumento de sentimientos de eficacia puede generar un mayor afecto positivo.

- *Influencias interpersonales:* Los conocimientos acerca de las conductas, creencias o actitudes de los demás. Las influencias interpersonales incluyen: normas (expectativas de las personas más importantes), apoyo social (instrumental y emocional) y modelación (aprendizaje indirecto mediante la observación de los demás, comprometidos con una conducta en particular). Las fuentes primarias de las influencias interpersonales son las familias, las parejas y los cuidadores de salud.
- *Influencias situacionales:* Las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que pueden facilitar o impedir la conducta. Incluyen las percepciones de las opciones disponibles, características de la demanda y rasgos estéticos del entorno en que se propone que se desarrollen ciertas conductas promotoras de la salud. Las influencias situacionales pueden tener influencias directas o indirectas en la conducta de salud.

A continuación, se enumeran algunos antecedentes inmediatos de la conducta o de los resultados conductuales. Un suceso conductual se inicia con el compromiso de actuar, a menos que haya una demanda contrapuesta que no se pueda evitar o una preferencia contrapuesta que no se pueda resistir.

- *Compromiso con un plan de acción:* El concepto de la intención y la identificación de una estrategia planificada llevan a la implantación de una conducta de salud.
- *Demandas y preferencias contrapuestas inmediatas:* Las demandas contrapuestas son aquellas conductas alternativas mediante las cuales los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia. Las preferencias contrapuestas son conductas alternativas mediante las cuales

los individuos poseen un control relativamente alto, como la elección de un helado o una manzana para «picar» algo.

- *Conducta promotora de salud:* El punto de mira o el resultado de la acción dirigido a los resultados de salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. Los ejemplos de la conducta de promoción de la salud son mantener una dieta sana, realizar ejercicio físico de forma regular, controlar el estrés, conseguir un descanso adecuado y un crecimiento espiritual y construir unas relaciones positivas.



II.2 ANTECEDENTES EMPIRICOS

Se encontraron diversos estudios que abordan la temática de la que trata la presente investigación. En primer lugar se presenta el trabajo de Cid et al, quienes realizaron en el 2006 un estudio acerca de los factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud, en el cual se analizó el estilo de vida promotor de salud en 360 personas de edades de 15 a 64 años, libres de enfermedades crónicas, en una comunidad de Concepción para luego identificar los factores personales que pueden ser predictores de tal estilo de vida. Este estudio obtuvo sólo que un poco más de la mitad de la muestra tenían un estilo de vida saludable, donde las variables: sexo, edad, ocupación, acceso a la salud, la autoestima, el estado de salud percibido y la autoeficacia percibida tenía un efecto significativo en el Estilo de vida promotor de salud (EVPS). Además esta investigación destaca que los adultos maduros tienen más altos puntajes de EVPS que los adultos jóvenes y adolescentes, estos hallazgos encuentran apoyo en los estudios que sostienen que el estilo de vida parece mejorar con la edad, en respuesta tanto a cambios biológicos como psicosociales, ya que probablemente los adultos maduros están más conscientes de los riesgos que existen para su salud debido a que ellos presentan episodios de enfermedad con más frecuencia, lo que los mantiene más en contacto con los sistemas asistenciales como apoyos sociales. Por último, cabe mencionar que los autores de este estudio consideran que las variables autoestima y autoeficacia (juicios de autovalía y de autocapacidad) resultan muy importantes en predecir el EVPS (4).

De manera similar, en el año 2010, Chávez et al realizaron un estudio enfocado en los determinantes sociales de la salud y conductas vinculadas a salud, en la comuna de Coronel, Región del Biobío, Chile, dicha investigación recopiló información respecto de los factores predictores de las conductas promotoras en salud, en la perspectiva de los Determinantes Sociales a través de la realización del Examen de Medicina Preventiva a adultos entre 20 a 64 años en los Establecimientos de Salud de la comuna. Por medio de los resultados obtenidos

los autores destacan como predictores de estilos de vida saludable el ingreso y la escolaridad (10).

Otra investigación existente sobre factores asociados a conductas promotoras de salud en adolescentes chilenos, fue realizada por Gaete et al, en la cual se evalúa la frecuencia de conductas promotoras de salud en la población escolar adolescente entre 5º y 8º Básico y sus factores asociados. Los autores concluyeron que a mayor frecuencia de conductas promotoras, mejor rendimiento y compromiso académico, mejor percepción del estado de salud y una conformidad superior con la apariencia física. Dichos resultados son congruentes con el planteamiento del Modelo de Pender, específicamente el hecho de que uno de los determinantes individuales del desarrollo de conductas promotoras de salud es el estado de salud percibido (22).

Andajani-Sutjahjo et al, en el 2004, realizaron un estudio en 445 mujeres de edades 18 a 32 años, seleccionadas al azar del censo electoral de Australia, quienes completaron una encuesta que incluía 11 preguntas en barreras hacia la actividad física y 11 barreras para una alimentación saludable (relativos a factores personales, sociales y ambientales), los resultados mostraron que las mujeres jóvenes tendían a evaluar los factores personales como barreras percibidas clave a la actividad física y la alimentación saludable, seguido de los factores ambientales, y por último los factores sociales calificados como menos importante. Más específicamente de esta investigación se obtuvo que las barreras percibidas más comunes a la actividad física y la alimentación saludable estaban relacionados con la motivación, el tiempo y el costo. Además las mujeres con hijos eran particularmente propensas a reportar la falta de apoyo social como un importante obstáculo para la actividad física; y la falta de apoyo social y el tiempo como importantes barreras para una alimentación saludable. Las mujeres jóvenes que vivían con sus padres fueron las menos propensas a percibir barreras para mantenimiento del peso. Por último, los autores de esta investigación difieren de estudios anteriores que refieren que la dieta varía según el nivel socio-económico

y que por lo tanto las mujeres de más bajos estatus socio-económico tendrían más probabilidades de experimentar barreras para una dieta saludable, ya que los resultados obtenidos no arrojaron diferencias significativas en este ámbito (27).

Independiente del lugar del estudio, los resultados coinciden en gran medida, es así como Lee et al (2005), estudiaron los comportamientos que promueven la salud y el bienestar psicosocial de estudiantes universitarios, este estudio se llevó a cabo en una muestra de 247 estudiantes, a quienes se les aplicó la versión china del cuestionario Lifestyle Profile II (HPLP - II; S. Walker, K. Sechrist y N. Pender, 1995). Los resultados mostraron que son relativamente pocos los estudiantes universitarios que tenían un sentido de la responsabilidad de la salud (6,5 a 27,1 %), los que realizaban cualquier tipo de actividad física (31,2 %), o se ejercitaban de manera regular (13,8 %), menos de la mitad come frutas y verduras todos los días(28).

Resultados similares exponen Kreutz G, y Ginsborg J, en el 2009, donde realizaron encuestas a los alumnos mediante inventarios en servidores de internet; las preguntas se referían a los niveles y tipos de conductas promotoras de salud y el rendimiento de los estudiantes y la asociación de las conductas promotoras de salud con el estado emocional, la percepción de autorregulación y autoeficacia general; en base a los hallazgos obtenidos los investigadores manifiestan que en general, los valores de la responsabilidad de la salud, la actividad física y manejo del estrés fueron más bajos que los valores para la nutrición, las relaciones interpersonales y el crecimiento espiritual. Además los autores encontraron correlaciones significativas entre todas las subescalas de los comportamientos que promueven la salud, estado emocional, la autoeficacia y de autorregulación (29).

En el 2011, El Ansari et al, evaluaron una serie de comportamientos de salud y las características de estilo de vida de 3.706 estudiantes universitarios de siete universidades de Inglaterra. El cuestionario autoadministrado se basaba en

información socio-demográfica, patrones de nutrición, ingesta dietética y de consumo de alimentos, así como la importancia de una alimentación saludable, tres niveles de actividad física, sueño reparador, el consumo de tabaco, uso de sustancias ilícitas y problemas con el alcohol (frecuencia y consumo excesivo). Los datos obtenidos en este estudio coinciden con gran parte de las investigaciones mencionadas anteriormente, ya que concluyen que sólo una minoría de estudiantes exhibió las prácticas de salud positivas por encima de los niveles recomendados y el nivel de consumo excesivo de alcohol y problemas con el alcohol era alto, específicamente dentro de los resultados se encuentra que mientras las mujeres generalmente reportaron menor uso de tabaco, sustancias ilícitas y alcohol; y consumen más frutas y verduras; los varones tenían un mayor nivel de actividad física, consumen menos dulces y tenía un sueño más reparador(30).

A pesar de que en el estudio de Peker, K. y Bermek, G., en el año 2011, existe una leve diferencia en los hallazgos obtenidos por estos autores, la mayoría de sus resultados son coincidentes con las otras investigaciones. En su estudio buscaban determinar los predictores de comportamientos que promueven la salud de 111 estudiantes de primer año de odontología de la Universidad de Estambul, a los que se les aplicó un cuestionario que incluye una sección sociodemográfica, Lifestyle Profile II, la Escala de Salud, la Escala de Autoeficacia Generalizada, la Escala de Estrés Percibido, y la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. Los hallazgos que difieren de otros estudios son por ejemplo, que los hábitos de vida que promueven la salud en general entre estos estudiantes estaban en un nivel moderado, lo que indica que se dedican a comportamientos promotores de salud a menudo. En las similitudes encontradas con otras investigaciones, se hallan aspectos en las diferencias de género; la población femenina reportó haber participado más en los comportamientos de responsabilidad de la salud y más baja en la actividad física que el género masculino; los autores indican que esto podría ser el resultado de las expectativas sociales en su cultura, donde las mujeres deben cumplir ciertas funciones dentro

de la familia, tales como el cuidado de los niños y otros miembros de la familia. Además se encontraron correlaciones significativas entre las conductas generales que promueven la salud, estilo de vida, autoeficacia, valor de la salud, el estrés y el apoyo social. En este estudio, algunos factores sociodemográficos se asociaron significativamente con los comportamientos que promueven la salud (31).

Nualnetr, N. y Thanawat, T., en el año 2012, publicaron su investigación que buscaba evaluar y comparar conductas promotoras de salud en distintos años de la carrera de Fisioterapia, para lo cual se les aplicó a 720 alumnos el cuestionario de Perfil de estilos de vida-II, con los datos obtenidos los autores refieren que los estudiantes de terapia física parecen tener buenos comportamientos que promueven la salud en las dimensiones de bienestar psicosocial (el crecimiento espiritual, las relaciones interpersonales y el manejo del estrés), en comparación con el puntaje más bajo arrojado en la subescala de actividad física. En cuanto a los resultados según el año que cursaban de la carrera, se tiene que los estudiantes de primer año obtuvieron el puntaje más bajo de los hábitos nutricionales, mientras que los estudiantes de tercer y cuarto año tenían puntuaciones significativamente más bajas que el primer y segundo año en la subescala de manejo del estrés (32).

Triviño-Vargas Z, realizó un análisis sobre conductas promotoras de salud en estudiantes de una institución de educación superior en Colombia, en su investigación enfatizó en los factores predictores que influyen en conductas promotoras de salud, las variables expuestas fueron la conducta promotora de salud y los factores biopsicosocioculturales. Esta autora aplicó como instrumento la escala estilo de vida promotor de salud II, para medir la variable dependiente, percepción de autoeficacia, percepción del estado de salud y variables sociodemográficas. Esta investigación los llevó a concluir que aproximadamente la mitad del alumnado presentaba conductas promotoras de salud superiores a la media, entre las conductas fortalecidas que manifestaron estos estudiantes se hayan mayormente el crecimiento espiritual, relaciones interpersonales y

responsabilidad en salud; por otra parte Triviño-Vargas Z, concluye que las conductas deficitarias, se encuentran por debajo de la media y entre estas están la actividad física, el manejo del estrés y la nutrición (49,6%). Según modelo de regresión múltiple, los factores que predijeron mayor variabilidad (11,6%) en la conducta promotora de salud II, fueron: percepción del estado de salud, autoeficacia y tipo de relación familiar en la vivienda; aunque esta variabilidad se consideró baja, el autor recomienda tenerla en cuenta en la promoción de la salud y en el cuidado de los estudiantes, por ejemplo, incluyéndose en el programa de Enfermería, específicamente en la asignatura de promoción de la salud, utilizando las dimensiones de Pender como una opción para incorporar conductas promotoras de salud en los estudiantes y así potenciarlas en el colectivo hacia estilos de vida saludables(33).

En cuanto a las barreras percibidas, Sharifi et al, realizaron un estudio descriptivo-analítico que involucró a 204 mujeres con sobrepeso u obesas seleccionadas al azar, quienes debieron contestar un cuestionario estructurado sobre las barreras a la dieta para bajar de peso y la actividad física. Las barreras percibidas más importantes eran "barreras situacionales", estrés, depresión y ansiedad por la comida. En este estudio, las mujeres empleadas reportaron estrés y la depresión como barreras importantes a la adherencia a la dieta más que las amas de casa y estudiantes. El análisis reveló que los niveles educativos eran determinantes independientes de barreras situacionales y coste de la dieta. Las mujeres con título universitario tuvieron una mayor puntuación en las barreras situacionales que aquellos con educación secundaria y primaria. Además, en los menos educados, las barreras más reportadas por las mujeres son el costo de la dieta. El empleo y ser estudiante fueron muy asociados con las barreras externas. Por otra parte, las mujeres mayores que tenían bajo nivel educativo, perciben más barreras internas. La falta de tiempo y el ejercicio solitario fueron los elementos más importantes de las "barreras externas" y la falta de motivación fue el elemento más importante de las "barreras internas" a la actividad física (34).

Chan K, y Prendergast G, en el año 2014 realizaron un estudio para investigar si se deben utilizar diferentes estrategias de marketing de la salud para promover una alimentación saludable en adolescentes. Los autores aplicaron la Escala de barreras para una alimentación saludable (Fowles y Feucht, 2004) en una población de 544 personas de 12 a 18 años. Los resultados de esta investigación arrojan que las actitudes, percepción de control del comportamiento, las barreras percibidas, y la autoeficacia representaron el 51% de la varianza para tener una alimentación saludable en los niños, mientras que la percepción del comportamiento control y autoeficacia representaron el 45% de la varianza de la intención en las niñas. Gracias a la evidencia empírica proporcionada por un pequeño conjunto de variables psicológicas se puede predecir la intención de alimentación saludable en niños y niñas adolescentes. Además la identificación de un significativo predictor de control de la conducta permite mejorar diseños de mensajes publicitarios (35).



III. OBJETIVOS

III.1 OBJETIVO GENERAL

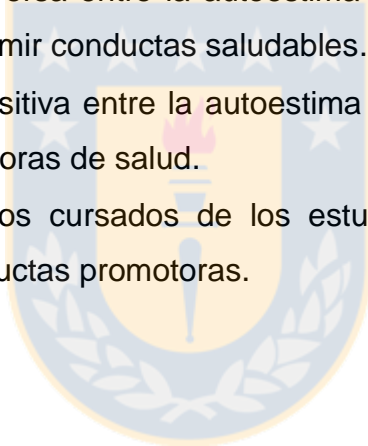
- Identificar las barreras percibidas para asumir conductas promotoras de salud, en cuanto a Alimentación y Ejercicio, y su relación con variables psicosociales y sociodemográficas en estudiantes de la Universidad de Concepción, Sede Los Ángeles.

III.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar barreras percibidas asociadas a alimentación de los estudiantes universitarios para la adopción de conductas promotoras de salud.
- Identificar barreras percibidas asociadas a ejercicio de los estudiantes universitarios para la adopción de conductas promotoras de salud.
- Identificar conductas promotoras de salud en estudiantes universitarios participantes del estudio.
- Describir características sociodemográficas (género, edad, carrera, año cursado, establecimiento de procedencia y hábitos) de los estudiantes universitarios participantes del estudio.
- Identificar nivel de autoeficacia en estudiantes universitarios participantes del estudio.
- Identificar nivel de autoestima en estudiantes universitarios participantes del estudio
- Relacionar las variables sociodemográficas y las barreras percibidas en estudiantes universitarios participantes del estudio.
- Relacionar las variables psicosociales (Conducta promotora de salud, autoestima y autoeficacia) con las barreras percibidas en estudiantes universitarios participantes del estudio.
- Relacionar las variables sociodemográficas y psicosociales con las barreras percibidas en estudiantes universitarios participantes del estudio.

IV. HIPÓTESIS

- Existe una relación inversa entre las conductas promotoras de salud realizadas por los universitarios y las barreras percibidas para asumir dichas conductas.
- A menor edad y años cursados de las carreras, los estudiantes presentan más barreras para asumir conductas saludables.
- La población femenina de estudiantes presenta más barreras para asumir conductas promotoras de salud relacionadas con ejercicio.
- La población masculina de estudiantes presenta más barreras para asumir conductas promotoras de salud relacionadas con alimentación.
- Existe correlación inversa entre la autoestima y autoeficacia percibida con las barreras para asumir conductas saludables.
- Existe correlación positiva entre la autoestima y autoeficacia percibida con las conductas promotoras de salud.
- A mayor edad y años cursados de los estudiantes en las carreras, se presentan más conductas promotoras.



V. VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLE DEPENDIENTE

- Barreras percibidas para adoptar conductas promotoras de salud relacionadas con alimentación saludable y ejercicio físico. (D.N.): Son aquellos bloques, vallas y/o costos que influyen en el intento de bloquear o impedir el desarrollo de conductas promotoras de salud (24).

VARIABLES INDEPENDIENTES

Sociodemográficas:

Edad

Género

Carrera

Año académico actualmente cursando

Establecimiento de procedencia de Enseñanza media.

Hábitos: horas de sueño, salir de carrete, consumo de drogas y alcohol, uso de bebidas energéticas, inicio de vida sexual, método anticonceptivo.

Psicosociales:

Conducta promotora de salud (EVPS)

Nivel de autoeficacia

Nivel de autoestima.

La definición nominal y operacional de cada variable se presenta en el Anexo N°1.

VI. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

VI.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio de abordaje cuantitativo, de diseño descriptivo, correlacional y de corte transversal.

VI.2 POBLACION DE ESTUDIO

UNIDAD DE ANALISIS

Estudiante de pregrado de la Universidad de Concepción.

UNIVERSO

Conformado por 1791 estudiantes en situación de alumno regular de la Universidad de Concepción, Sede Los Ángeles.

MUESTRA

El tamaño de muestra es de 320 casos, considerando un Universo de 1791 estudiantes en situación de alumno regular del segundo semestre 2015 del campus Los Ángeles que pertenecían a las carreras de Enfermería, Educación básica, Educación diferencial, Ingeniería en Biotecnología vegetal, Auditoria y Pedagogía en matemática y educación tecnológica, el cálculo de tamaño de muestra se obtuvo utilizando una desviación estándar de 5 y un nivel de confianza de 95%. Habiéndose aplicado previamente una Prueba piloto a 65 estudiantes de la misma unidad, que corresponde aproximadamente a un 20% de la muestra.

Criterios de Inclusión: Estudiantes universitarios sede Los Ángeles que deseen participar en el estudio, con edad entre 17 a 30 años.

Criterios de Exclusión: Estudiantes universitarios de otro centro o sede de estudio. Estudiante con discapacidad sensorial y/o física.

VI.3 RECOLECCION DE DATOS

PROCEDIMIENTO

Se solicitó autorización al director del Campus Los Ángeles, Sr. Luis Hauentein Dorn, y la Sra. Lorena Antileo Miño, Subdirector Académico y Estudiantil, a los directores de Escuelas y a los respectivos jefes de carrera de la Universidad de Concepción, mediante carta enviada por la Directora de programa de Magister en Enfermería de dicha Universidad, indicando el objetivo y actividades que se pretendían realizar para el desarrollo del estudio.

Una vez autorizado el estudio, los jefes de carrera de contactaron con los docentes con más número de alumnos en clases para aplicar la encuesta al inicio de las asignaturas que impartían cada uno.

La recolección de los datos se realizó a través de un instrumento de medición conformado por las escalas: Escala de beneficios y barreras de ejercicio (EBBS) (36,37), Escala de barreras de alimentación saludable (BHES)(38), Estilo de Vida Promotor de Salud de Pender(39,40,41); Escala de Autoestima de Rosemberg(42,43); Percepción de Autoeficacia(24,44) y Cuestionario de antecedentes sociodemográficos. El instrumento se aplicó a la población de estudiantes de las distintas carreras de la Universidad de Concepción, Sede Los Ángeles, en distintos horarios en una sala de clases dentro de la Institución hasta que se completó la muestra, previa confirmación a participar mediante consentimiento informado.

La variable dependiente estudiada son las barreras percibidas para asumir conductas promotoras de salud, para lo cual se utilizaron las escalas EBBS y BHES:

- La EBBS es un instrumento diseñado para determinar las percepciones de los individuos referentes a los beneficios y las barreras para realizar ejercicio. El EBBS fue desarrollado sobre la base del modelo de Promoción de Salud de Nola J. Pender (36), siendo adaptado transculturalmente en Brasil. El EBBS es un instrumento con 43 ítems, 14 son de barreras y 29 de

la escala de beneficios. Puede ser aplicado de forma conjunta o por separado. La escala presenta las opciones de respuesta tipo Likert de 1 a 4: muy de acuerdo (4), de acuerdo (3), desacuerdo (2) y muy desacuerdo (1). Cuando se usan juntos, el puntaje total del instrumento puede ir de 43 a 172 puntos. El puntaje más alto representa el individuo que percibe más positivamente el ejercicio. Cuando la Escala de Beneficios es usada sola, la puntuación estará entre 29 y 116. Cuando la Escala de Barreras es utilizada sola, los puntajes oscilan entre 14 y 56 puntos; en este caso, la puntuación más alta corresponde a una persona que percibe grandes barreras para ejercitar. De esta forma se representa mejor la percepción sobre los beneficios y las barreras, respectivamente. La fiabilidad de EBBS se puso a prueba mediante el análisis de consistencia interna (alfa de Cronbach), que fue 0,954 para la Escala de beneficios y de 0,866 para la Escala de barreras. La fiabilidad test-retest fue de 0,89 en el instrumento total, en la Escala de beneficios fue de 0,89 y 0,77 en la Escala de barreras (37).

- La BHES es una escala para identificar sus dificultades u obstáculos al practicar una alimentación saludable diseñada por Fowles en el año 2000, contenía 18 ítems divididos en cinco subescalas: 1.Falta de disponibilidad, 2.Gastos, 3.Dificultad para participar en una alimentación saludable, 4.Inconvenientes y 5.Preferencias. Esta escala fue modificada por Fowles E. y Feucht J. en el año 2004, para ser aplicada en mujeres norteamericanas embarazadas. Para esto, la validez del contenido de la BHES se mejoró ligeramente eliminando dos afirmaciones, resultando en una escala de 16 ítems. Un panel de expertos en nutrición re-examinó la nueva escala de 16 ítems, arrojando un índice de validez de 0,75 y una fiabilidad del test-retest para la escala total de 0,79. La BHES se puntúa en una escala tipo Likert de 5 puntos, con las respuestas que van desde 1 (totalmente de acuerdo) a 5 (muy en desacuerdo). El rango de puntuaciones oscila en un rango de 16 a 80 puntos, una puntuación baja indica un menor número de barreras para adoptar una alimentación

saludable. Este cuestionario tarda aproximadamente 5 minutos completarse (38).

- Estilo de vida promotor de salud (EVPS) que se define como las actitudes o conductas que desarrolla una persona con el objeto de incrementar su nivel de bienestar y que son parte regular de sus patrones de vida. El instrumento fue elaborado por Walker, Sechrist y Pender en el año 1987, teniendo como base una escala psicométrica formulada por las mismas autoras y quienes validaron su versión castellana en el año 1990; presenta un alfa de Cronbach de 0,93, y su validez fue reportada por análisis factorial de componentes principales (39). Esta escala está formada por 52 ítems, en los cuales las mujeres entrevistadas indicaron la frecuencia con la que realizan cada actividad comprendida en ellos. La escala está estructurada por 52 ítems con opciones de respuesta tipo Likert. La escala presenta seis subdimensiones(40): crecimiento espiritual (ítems: 6, 45, 48, 24, 30, 36, 42, 48 y 52), manejo del estrés (ítems: 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 43 y 47), actividad física (ítems: 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40 y 46), relaciones interpersonales (ítems: 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37 43 y 49), nutrición (ítems: 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44 y 50) y responsabilidad en salud (ítems: 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45 y 51). La puntuación de los ítems es la siguiente: Nunca (N): 1, A veces (V): 2, Frecuentemente (F): 3, Siempre (S): 4. La puntuación para la escala total es calculada con el promedio para las respuestas de la entrevistada a los 52 ítems y va de 52 a 208: mientras más alto el puntaje total, mejor es el EVPS de la persona (41).
- Para medir el nivel de autoestima se utilizó la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR). La EAR ha sido traducida y validada en distintos países e idiomas, siendo validada en Chile en el año 2009 por Rojas-Barahona C. et al., quienes aplicaron el instrumento a 473 habitantes de Santiago, distribuidos de manera uniforme en función del sexo, edad, nivel educativo y de ingresos; el alfa de Cronbach para la confiabilidad de la escala de

0.754(42). La EAR consta de 10 ítems en formato de respuestas tipo Likert de 4 puntos, con rango que fluctúa desde 1 “muy en desacuerdo” a 4 “muy de acuerdo”. Con objeto de minimizar el efecto aquiescencia, cinco de los ítems se presentan redactados positivamente y cinco redactados negativamente. A objeto que las puntuaciones altas y bajas en los ítems positivos y negativos tuvieron el mismo valor, las puntuaciones a los ítems negativos fueron reversadas. De esta manera, la puntuación total de la escala fluctúa en un rango de 10 a 40, indicando la puntuación 10 la más baja autoestima y la puntuación 40 la más alta (43).

- La Escala de Autoeficacia General de Jerusalem y Schwarzer (1992), versión en español de Bähler, Schwarzer y Jerusalem (1996). La validación de la escala de autoeficacia general en Chile, se realizó el año 2009, por Cid P. et al, a través de un estudio con datos obtenidos desde una muestra de 360 personas de ambos sexos, en edades comprendidas entre 15 y 65 años de la Comuna de Concepción. La Escala de Autoeficacia General (EAG) se conforma de 10 reactivos, con un puntaje total mínimo de 10 puntos y un máximo de 40 puntos. Las respuestas son tipo Likert donde la persona responde a cada reactivo de acuerdo a lo que ella percibe de su capacidad en el momento: Incorrecto (1 punto); apenas cierto (2 puntos); más bien cierto (3 puntos) o cierto (4 puntos). El coeficiente alfa de Cronbach de la EAG (0,84) indica que 84% de la variabilidad de las puntuaciones obtenidas representa diferencias verdaderas entre las personas y 16% refleja fluctuaciones al azar. En esta escala a mayor puntaje mayor autoeficacia general percibida (44).

VI.4 CONTROL Y CALIDAD DE LOS DATOS

Para garantizar la validez y confiabilidad de los datos se realizó:

- A. Prueba piloto, se aplicó a un grupo de estudiantes en similares condiciones a la muestra, con el fin de validar contenido del instrumento recolector de datos, determinar tiempo de respuesta y detectar posibles errores de redacción y de atingencia cultural. Esta prueba piloto constó con 65 estudiantes, que corresponde aproximadamente a un 20% de la muestra.
- B. Medición de la Confiabilidad de todas las escalas utilizadas en este estudio, se realizó a través del cálculo del coeficiente alfa de Cronbach, obteniéndose altos valores en todas ellas.

TABLA N° 1: CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Escala	Coeficiente alfa de Cronbach
EBBS Total (Ejercicio)	0,924
EBBS (Barreras)	0,814
EBBS (Beneficios)	0,937
BHES Total (Alimentación)	0,742
BHES (Barreras)	0,734
BHES (Beneficios)	0,717
EVPS	0,914
Autoeficacia	0,853
Autoestima	0,860

FUENTE: Elaboración propia.

VI.5 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

Los datos fueron analizados con el programa SPSS 22. El análisis de los datos se realizó con estadística inferencial. Se comenzó con estadística univariable para el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas (Edad, sexo, carrera, nivel cursado, colegio de procedencia y hábitos) y las variables psicosociales (Conducta promotora de salud, Percepción de autoeficacia y nivel de autoestima); a través de tablas de frecuencias, medidas de resumen y gráficos pertinentes. Para las escalas utilizadas se analizó su fiabilidad a través del alfa Cronbach; Para cada escala se realizó un análisis por ítem. Se continuó con análisis bivariado, de las variables cuantitativas utilizando el coeficiente de correlación de Pearson; y en las escalas que no cumplían los supuestos de esta prueba, se aplicó Spearman. Se compararon medias usando prueba T Student para dos muestras independientes y para más de dos muestras se aplicó ANOVA, en caso de varianzas no homogéneas se realizó la comparación múltiple de Games – Howell. Por último, se terminó con un análisis multivariado, por medio de análisis de regresión lineal múltiple, las variables independientes que se consideraron fueron aquellas que mostraron diferencias estadísticamente significativas en el análisis bivariado. Cabe mencionar que para los contrastes se consideró una significancia del 5%. Las pruebas de hipótesis se complementaron con intervalos de confianza del 95%.

VII. CONSIDERACIONES ETICAS

Se considerarán los siguientes principios éticos:

- **NO MALEFICENCIA:** este principio se considera en todo el proceso investigativo, como pretende no dañar al paciente, desde el inicio de esta investigación se buscaron los riesgos y costos posibles para los participantes del estudio; llegando a la conclusión que esta investigación puede ser aplicada en dicha población, ya que no involucra ningún riesgo para nuestros estudiantes.
- **BENEFICENCIA:** El principio de beneficencia persigue maximizar los beneficios y minimizar los daños, en relación al costo – beneficio, además se les aclaró que no existen riesgos asociados al estudio y que a su vez esta investigación aportará en su beneficio; promoviendo su bienestar y reduciendo los factores de riesgo, que les puedan causar a futuro daños físicos como ECNTs.
- **AUTONOMÍA:** este principio ético se tiene en cuenta a través de la lectura por parte del estudiante del consentimiento informado, adquiriendo la información necesaria por medio de este documento para tomar la decisión de participar o no de la investigación, como investigador se respetó dicha elección, de esta manera se preserva la libertad para determinar sus propias acciones.
- **JUSTICIA:** se identifica este principio con lo bueno y lo correcto, en esta investigación aplicada a estudiantes universitarios; la Institución, la disciplina y la población estudiada son beneficiadas con los resultados del estudio, además sólo se realizó la investigación en la muestra indicada teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión mencionados.

De acuerdo a lo propuesto por Ezekiel Emanuel se analizan los siguientes aspectos:

- **VALOR** Este estudio entregó información relevante que favoreció al conocimiento de los profesionales de enfermería, ya que identificó barreras percibidas para asumir conductas promotoras de salud según modelo de N. Pender, siendo el resultado de la investigación una base científica en la que se pueden basar para realizar propuestas que modifiquen dichas barreras en nuestra población universitaria. A su vez, este estudio es un aporte para las instituciones educativas y de salud ya que orientará respecto a intervenciones en relación al tema.
- **VALIDEZ CIENTÍFICA** El estudio se desarrolló a partir de un objetivo claramente planteado y viable, con una metodología estructurada, legítima y aplicable a la población. El análisis estadístico se ejecutó a partir del programa SPSS, el cual incluye todas las pruebas estadísticas utilizadas en la investigación.
- **SELECCIÓN EQUITATIVA DE LOS PARTICIPANTES** Mediante la colaboración de los jefes de carrera se accedió a los estudiantes de las diferentes carreras del Campus Los Ángeles para invitarlos a participar del estudio considerando las características de estratificación establecidos por la metodología y expresando que no existe ningún riesgo para ellos, siendo su participación absolutamente voluntaria y bajo ninguna presión relacionada a la carrera de la investigadora.
- **RELACIÓN FAVORABLE ENTRE RIESGOS Y BENEFICIOS** El estudio no implicó ningún tipo de riesgo para la población, mientras que los beneficios de los hallazgos de esta tesis (identificar las barreras percibidas por los universitarios para asumir conductas promotoras de salud) pueden ser utilizados en beneficio de disminuir las barreras percibidas que originan factores de riesgo para adquirir alguna enfermedad crónica.
- **REVISIÓN INDEPENDIENTE** El proyecto de tesis fue evaluado por el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería de la

Universidad de Concepción el cual valoró las implicancias para los potenciales participantes y eventuales condiciones de vulnerabilidad.

- **RESPECTO POR LOS PARTICIPANTES.** Se aseguró la confidencialidad de identidad de los participantes así como también de la información entregada, la encuesta fueron foliadas sin ninguna identificación de los estudiantes. Conservaron el derecho a negarse de responder el cuestionario o a suspender su participación en cualquier momento o pedir entrega de los resultados de la investigación y realizar todas las preguntas que tengan respecto al estudio a la investigadora.
- **CONSENTIMIENTO INFORMADO** Se desarrolló con toda la población elegible el proceso de consentimiento informado, siendo éste el momento donde los universitarios podían decidir su participación. Una vez coordinado el trabajo de campo en la Universidad de Concepción, Campus Los Ángeles, a cada sujeto seleccionado se le informó mediante el consentimiento informado los objetivos del estudio, procedimiento de medición de las variables, el carácter voluntario de su participación, anonimato, garantía de confidencialidad de los datos aportados y la opción de rechazar o abandonar el estudio sin dar razones de su decisión, no recibimiento de pago, remuneración, ni estipendio asociado a la participación en el estudio y el derecho a la información respecto a las mediciones de las variables en estudio. Se dio por aceptada la participación, con la firma al pie del documento (Anexo N°2).

VIII. RESULTADOS

La muestra de este estudio presenta las siguientes condiciones sociodemográficas que la caracterizan:

TABLA N° 2: DESCRIPCION PORCENTUAL PERFIL DE LA MUESTRA

Variable	Categoría	N°	%	Media
Genero	Femenino	251	78,4%	
	Masculino	69	21,6%	
Edad	17 – 22	287	89,7%	19,8
	23 – 28	33	10,3%	
Estado civil	Soltero	316	98,8%	
	Casado	4	1,3%	
Pareja	Con	123	38,4%	
	Sin	197	61,6%	
N° de hijos	Sin	299	93,4%	
	Con	21	6,6%	
Carrera	Educación	113	35,3%	
	Ciencias y tecnología	42	13,1%	
	Enfermería	165	51,6%	
Año académico actualmente cursando	1°	167	52,2%	
	2°	99	30,9%	
	3°	52	16,3%	
	4°	1	0,3%	
	5°	1	0,3%	
Establecimiento de procedencia de enseñanza media	Municipal	189	59,1%	
	No Municipal	131	40,9%	

FUENTE: Elaboración propia

PERFIL DE LA MUESTRA

Los estudiantes de la Universidad de Concepción campus Los Ángeles se caracterizan por ser en su mayoría mujeres con una edad media de 19 años de un rango entre 17 y 28 años. Un 98,8% de los participantes declara ser solteros, sin embargo de estos el 61,6% se encuentra en una relación de pareja. La

mayoría de la muestra no tiene hijos y sólo el 6,6% tiene de 1 a 2 hijos. La carrera más representada es enfermería, siendo la única del área de la salud con más de la mitad de la muestra, luego se encuentra el 35,3% de los estudiantes que pertenecen a la escuela de Educación con las carreras de Educación diferencial (17,5%), educación básica (14,4%) y pedagogía en matemática y educación tecnológica (3,4%), en tercer lugar está la escuela de ciencias y tecnología con un 13,1% con estudiantes de la carrera de auditoría (12,5%) e ingeniería en biotecnología vegetal (0,6%). Con respecto al año académico actualmente cursando, el 99,4% de los estudiantes se encuentran en los tres primeros años de la carrera. Por último, la variable establecimiento de procedencia de enseñanza media, la mayoría proviene de una institución municipal (59,1%) y del porcentaje restante el 39,7% se educó en un establecimiento particular subvencionado y sólo el 1,2 en colegio particular.



TABLA N° 3: PERFIL DE HABITOS

Variable	Categoría	N°	%	Media
Horas de sueño	4 – 6	144	45	6,70
	7 – 8	162	50.6	
	9 – 10	14	4.4	
Sale de fiesta en la semana (carrete)	Si	124	37.8	,45
	No	196	61.2	
Consume tabaco a la semana	Si	68	21.2	2,16
	No	252	78.8	
Consume alcohol a la semana	Si	142	44.4	,29 (L)
	No	178	55.6	
Consume bebidas energéticas a la semana	Si	46	14.4	,08 (L)
	No	274	85.6	
Consume marihuana a la semana	Si	40	12.5	,24
	No	280	87.5	
Consume cocaína a la semana	Si	1	0.3	,01
	No	319	99.7	
Usa pastillas para estudiar a la semana	Si	19	5.9	,31
	No	301	94.1	
Usa pastillas para dormir a la semana	Si	7	2.2	,07
	No	313	97.8	
Inició vida sexual	Si	199	62.2	
	No	121	37.8	

FUENTE: Elaboración propia

En la tabla N°2 se detallan los hábitos de los estudiantes universitarios del campus Los Ángeles, en el aspecto de horas de sueño, la mayoría (64,4%) duerme entre 6 a 7, con un promedio de 6,7 horas de sueño de un rango entre 4 y 10 horas. Con respecto al hábito salir de fiesta en la semana (carretear), la mayoría no lo hace (61,2%) y del porcentaje que sale de carrete el 84.7% lo hace con una frecuencia de al menos 1 vez por semana. En lo que se refiere al hábito de fumar cigarrillo, el 78,8% no presentan este hábito, del 21,2% restante el 63.2% fuma tabaco con una frecuencia de 1 a 7 cigarrillos semanalmente. De los alumnos que consumen alcohol (44,4%), el 89,4% bebe con una frecuencia de un vaso a un litro semanalmente. Aquellos estudiantes que consumen bebidas energéticas (14,4%), el 80.4% ingiere con una frecuencia de un cuarto a medio litro por semana. En

relación al consumo de marihuana, el 12,5% presenta este hábito, de este porcentaje el 67,5% fuma marihuana por lo menos 1 vez a la semana. En el aspecto consumo de pastillas para estudiar, la mayoría no las utiliza (94,1%) y de los alumnos que las usan el 50% consume entre 1 a 2 unidades diariamente. En la variable uso de pastillas para dormir el 97,8% no presenta este hábito, de los alumnos que las utilizan, lo hacen con una frecuencia de 1 a 7 unidades semanalmente. Por último, sólo el 37,8% no ha iniciado vida sexual. Del 62,2% de alumnos que han iniciado vida sexual, el 89,3% se protege con algún método anticonceptivo, el 42,7% utiliza a lo menos preservativo y el 45,7% utiliza otros métodos anticonceptivos que no involucran el condón.

TABLA Nº 4: FRECUENCIAS DE LA VARIABLE HABITOS SEGÚN EL GÉNERO

	Femenino		Masculino	
	N	%	n	%
Total	251	100	69	100
Tabaco	50	19,9	18	35,2
Alcohol	107	42,6	35	50,7
Bebida energética	29	11,5	17	24,6
Marihuana	24	9,5	16	23,1
Pastillas de estudio	17	6,7	2	2,8
Pastillas para dormir	7	2,7	0	0
Inicio vida sexual	149	59,3	50	72,4

FUENTE: Elaboración propia

Esta tabla muestra que los hombres presentan más consumo de tabaco, alcohol, marihuana y bebidas energéticas que las mujeres, la población femenina a su vez utiliza más pastillas para estudiar y para dormir. En relación a la sexualidad, más de la mitad en ambos géneros ya han iniciado su vida sexual.

TABLA N° 5: RELACION DE LAS VARIABLES HABITOS (Rho de Spearman)

	Tabaco	OH	Bebida Energ	Marihuana	Past. estudio	Past dormir	Hr Sueño
Carrete							
Coeficiente de correlación	,328**	,483**	,141*	,300**	-,097	,022	,001
Sig. (bilateral)	,000	,000	,045	,000	,084	,700	,979
N	320	320	320	320	320	320	320

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01.

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05.

FUENTE: Elaboración propia

Respecto al análisis bivariado de hábitos presentes en los estudiantes universitarios, resultó significativa la relación del consumo de tabaco, alcohol, marihuana y bebidas energéticas, con el carrete ($p < 0,05$).

AUTOEFICACIA SEGÚN ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL DE JERUSALEM Y SCHWARZER

TABLA N° 6: PERCEPCION DE AUTOEFICACIA SEGÚN FRECUENCIA DE ITEMS

Ítem	Media	D.S
2	3,68	,559
8	3,55	,606
3	3,35	,688
5	3,30	,651
9	3,28	,609
4	3,23	,708
10	3,21	,646
1	3,15	,717
7	3,13	,649
6	3,06	,712

FUENTE: Elaboración propia

El ítem con mayor puntaje dentro de la percepción de autoeficacia es el número 2 que corresponde a “Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente”, una similar aseveración se encuentra en segundo lugar que corresponde al ítem 8 “Puedo resolver la mayoría de mis problemas si me

esfuerzo lo necesario”. El ítem con menor ‘puntaje es el número 6 “Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles”.

PERCEPCION DE AUTOESTIMA SEGÚN ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

TABLA N° 7: PERCEPCION DE AUTOESTIMA SEGÚN FRECUENCIA DE ITEMS

Ítem	Media	D.S
1	3,68	,55
2	3,62	,58
3	3,53	,65
7	3,51	,66
4	3,37	,70
9	3,27	,87
5	3,23	,74
10	3,19	,90
6	3,13	,89
8	2,80	1,07

FUENTE: Elaboración propia

Los ítems 1 y 2 de la percepción de autoestima son los que resultaron con mayor puntaje en los estudiantes que corresponden respectivamente a “Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás”, y “Estoy convencido de que tengo cualidades buenas”. El ítem 8 correspondería a la conducta de autoestima con menor puntaje, “Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo”.

ESTILO DE VIDA PROMOTOR DE SALUD SEGÚN ESCALA EVPS DE WALKER, SECHRIST Y PENDER

TABLA N° 8: DOMINIOS DE EVPS

Ítem	Media	D.S
Crecimiento espiritual (CE)	27,69	4,56
Relaciones interpersonales (RI)	26,43	4,75
Nutrición (N)	21,09	4,16
Responsabilidad en salud (RS)	19,55	4,91
Manejo del estrés (ME)	18,61	3,62
Actividad física (AF)	17,63	5,04

FUENTE: Elaboración propia

Los dominios de estilos de vida promotor de salud con mayor puntaje son el crecimiento espiritual seguido de las relaciones interpersonales. Y los que presentan menor media son en primer lugar la actividad física y luego el manejo del estrés.

ESTILO DE VIDA PROMOTOR DE SALUD SEGÚN ESCALA EVPS DE WALKER, SECHRIST Y PENDER

TABLA N° 9: PERCEPCION DE EVPS SEGÚN FRECUENCIA DE ITEMS

Ítem	Media	D.S
12	3,52	0,72
18	3,44	0,71
42	3,42	0,73
13	3,35	0,70
31	3,23	0,79
46	1,92	0,86
29	1,82	0,84
4	1,78	0,85
41	1,54	0,79
45	1,44	0,67

FUENTE: Elaboración propia

Los ítems con mayor puntaje de estilos de vida promotor de salud en los alumnos del campus son el 12 y 18 que corresponden respectivamente a “Creo que mi vida tiene propósito”, y “Miro adelante hacia el futuro”. Los ítems con menor puntaje en los estudiantes en relación a su estilo de vida promotor de salud son el número 45 “Asisto a programas educacionales sobre el cuidado de salud personal”, y “Practico relajación o meditación por 15 – 20 minutos diariamente”.

PERCEPCION POSITIVA Y NEGATIVA DE ALIMENTACION SALUDABLE SEGÚN ESCALA DE BARRERAS DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE (BHES)

TABLA Nº 10: PERCEPCION POSITIVA Y NEGATIVA DE ALIMENTACION SALUDABLE SEGÚN FRECUENCIA DE ITEMS

Ítem	Percepción Positiva		Ítem	Percepción Negativa	
	Media	D.S		Media	D.S
13	4,64	,74	2	3,82	1,44
11	4,56	,94	1	3,99	1,35
14	4,55	,80	3	4,36	0,82
15	3,82	1,17	5	4,43	0,84
16	2,60	1,28	9	4,74	0,66

FUENTE: Elaboración propia

La tabla muestra que el ítem más percibido como un beneficio para presentar una alimentación saludable es el número 13 “Me gusta comer frutas”, y el que se percibe menos favorable por los alumnos es el 16 “Me gusta tomar vitaminas y suplementos minerales”. El ítem percibido más frecuentemente como barrera para alimentarse de manera saludable es el 2 “Tengo que ir más allá de 1Km para comprar frutas y vegetales frescos”, y el que menos perciben los alumnos como un obstáculo es el 9 “La cocina, no está disponible donde vivo”.

PERCEPCION POSITIVA Y NEGATIVA PARA HACER EJERCICIOS SEGÚN ESCALA DE BENEFICIOS Y BARRERAS DE EJERCICIO

TABLA N° 11: PERCEPCION POSITIVA Y NEGATIVA PARA HACER EJERCICIO SEGÚN FRECUENCIA DE ITEMS

Percepción Positiva			Percepción Negativa		
Ítem	Media	D.S	Ítem	Media	D.S
15	3,79	0,47	6	2,82	0,82
18	3,77	0,45	4	2,58	0,78
5	3,68	0,56	40	2,43	0,91
29	3,10	0,73	14	1,73	0,78
11	2,75	0,90	12	1,65	0,81
39	2,43	0,89	28	1,56	0,77

FUENTE: Elaboración propia

El ítem más percibido como beneficio para realizar ejercicios es el número 15 “Hacer ejercicio mejora mi condición física”, y el que consideran menos provechoso para ejercitarse es el 39 “Hacer ejercicio aumenta la aceptación que otros tienen de mí”. Los alumnos perciben como el mayor obstáculo para hacer ejercicio el ítem 6 “Hacer ejercicio me cansa”, y el que perciben que afecta menos la realización de actividad física es el 28 “Yo pienso que las personas en ropa de hacer ejercicio se ven graciosas”.

TABLA N° 12: RESUMEN CONDUCTAS MÁS FRECUENTES POR ESCALA

Escala	Ítem más frecuente	Conducta
Autoeficacia	2	Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente
Autoestima	1	Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás
EVPS	12	Creo que mi vida tiene propósito
BHES	13	Me gusta comer frutas
	2	Tengo que ir más allá de 1Km para comprar frutas frescas y vegetales.
EBBS	15	Hacer ejercicio mejora mi condición física
	6	Hacer ejercicio me cansa.

FUENTE: Elaboración propia

A continuación se presentan los valores globales obtenidos por las diferentes escalas de las variables psicosociales propuestas.

TABLA N° 13: VALORES GLOBALES MEDIOS DE VARIABLES PSICOSOCIALES EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

VARIABLE	VALOR GLOBAL MEDIO	D.S	MINIMO OBTENIDO	MAXIMO OBTENIDO
1.- AUTOESTIMA	33,32	5,177	14,0	40,0
2.- AUTOEFICACIA	32,92	4,308	14,0	40,0
3.- EVPS	130,99	19,350	75,0	182,0

FUENTE: Elaboración propia

1.- AUTOESTIMA

Esta escala obtuvo un valor global de 33,32 puntos (máx. 40) que nos plantea que los alumnos del campus presentan en general, un alto nivel de autoestima percibida.

2.- AUTOEFICACIA

El valor global medio de 32.92 (máx. 40) en la escala de Autoeficacia general para los estudiantes universitarios del Campus Los Ángeles, junto a los valores medio de casi todos los ítems de este instrumento nos da cuenta de un nivel de autoeficacia alto.

3.- ESTILO DE VIDA PROMOTOR DE SALUD

El valor obtenido en esta escala de 130,99 puntos (máx. 208), demuestra que en general los estudiantes de la Universidad de Concepción campus los ángeles se encuentran con un nivel medio de estilo de vida promotor de salud.

**RELACION VARIABLES PSICOSOCIALES CON VARIABLES
SOCIODEMOGRAFICAS**

TABLA N° 14: RELACION DE LA VARIABLE AÑO ACADEMICO ACTUALMENTE
CURSANDO CON EVPS (ANOVA)

Año cursado actualmente	N	Media	D.S	Sig.
Total	320	130,9	19,3	
1	167	128,0	21,0	,000
2	99	130,6	16,8	
+ 3	54	140,6	14,7	

FUENTE: Elaboración propia

	(I) Año académico actualmente cursando	(J) Año académico actualmente cursando	Diferencia de medias (I- J)	Error estándar	Sig.
Games- Howell	1	2	-2,5	2,3	,517
		3	-12,6*	2,5	,000
	2	1	2,5	2,3	,517
		3	-10,0*	2,6	,001
	3	1	12,6*	2,5	,000
		2	10,0*	2,6	,001

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel ,05.

FUENTE: Elaboración propia

Al comparar medias se observa que a mayor año académico actualmente cursando aumentan los estilos de vida promotor de salud presentes en los universitarios. Las variables año académico actualmente cursando y Estilo de vida promotor muestran diferencias puntuales, estas diferencias son significativas entre 1° y 3°, y 2° y 3° año. Se deduce que los estudiantes de los años académicos más bajos (1° y 2°) percibirían mayores barreras que los niveles más altos.

TABLA N° 15: RELACION DE LA VARIABLE EDAD CON EL EVPS (t Student)

Edad	N	Media	D.S	T	Sig.
Total	320	130,9	19,35		
17 – 22	287	131,1	19,37		
23 – 28	33	129,3	19,32	,511	,609

FUENTE: Elaboración propia

No se presenta diferencia estadísticamente significativa de la variable estilo de vida promotor de salud por grupo etario ($p > 0,05$).

TABLA N° 16: RELACION DE LA VARIABLE GÉNERO CON CADA DOMINIO DEL EVPS (t Student)

Dominio EVPS	Género	N	Media	D.S	t	Sig.
Relaciones interpersonales (RI)	Femenino	251	26,5	4,5		
	Masculino	69	26,0	5,4	,723	,470
Nutrición (N)	Femenino	251	20,9	4,1		
	Masculino	69	21,4	4,0	-,834	,405
Responsabilidad en salud (RS)	Femenino	251	19,5	5,0		
	Masculino	69	19,5	4,5	-,078	,938
Actividad física (AF)	Femenino	251	17,1	5,0		
	Masculino	69	19,4	4,7	-3,463	,001
Manejo del estrés (ME)	Femenino	251	18,4	3,7		
	Masculino	69	19,2	3,2	-1,661	,098
Crecimiento espiritual (CE)	Femenino	251	27,8	4,5		
	Masculino	69	26,9	4,4	1,474	,141

FUENTE: Elaboración propia

Al comparar las medias de los dominios de EVPS por género se observa que la población femenina presenta mayores EVPS en relaciones interpersonales y crecimiento espiritual, en cambio los hombres muestran más EVPS en nutrición, actividad física y manejo del estrés. Estas diferencias de medias por sexo son significativas sólo con el dominio actividad física ($p < 0,05$).

TABLA N° 17: RELACION DE LA VARIABLE HIJOS CON CADA DOMINIO DEL EVPS (t Student)

Dominio EVPS	Hijos	N	Media	D.S	t	Sig.
Relaciones interpersonales (RI)	Con	21	26,5	4,7	,146	,884
	Sin	299	26,4	4,7		
Nutrición (N)	Con	21	20,0	4,5	-1,193	,234
	Sin	299	21,1	4,1		
Responsabilidad en salud (RS)	Con	21	19,1	5,3	-,350	,727
	Sin	299	19,5	4,8		
Actividad física (AF)	Con	21	16,4	5,7	-1,085	,279
	Sin	299	17,7	4,9		
Manejo del estrés (ME)	Con	21	16,7	3,9	-2,496	,013
	Sin	299	18,7	3,5		
Crecimiento espiritual (CE)	Con	21	28,0	3,7	,324	,746
	Sin	299	27,6	4,6		

FUENTE: Elaboración propia

La tabla muestra que los alumnos con hijos presentan más EVPS en los dominios relaciones interpersonales y crecimiento espiritual. En cambio los alumnos universitarios que aún no han sido padre o madre muestran mayores EVPS en nutrición, responsabilidad en salud, actividad física y manejo del estrés. Estas diferencias de medias son estadísticamente significativa en la variable presencia de hijos con el dominio manejo del estrés ($p < 0.05$).

TABLA N° 18: RELACION DE LA VARIABLE AÑO ACADEMICO ACTUALMENTE CURSANDO CON CADA DOMINIO DEL EVPS (ANOVA)

Dominio	Año académico actualmente cursando	N	Media	D.S	Sig.
Relaciones interpersonales	1	167	25,4	4,7	,000
	2	99	26,8	4,5	
	3	54	28,5	4,3	
	Total	320	26,4	4,7	
Nutrición	1	167	20,7	4,5	,013
	2	99	20,8	3,7	
	3	54	22,6	3,3	
	Total	320	21,0	4,1	
Responsabilidad en salud	1	167	18,8	4,9	,002
	2	99	19,6	4,9	
	3	54	21,5	4,2	
	Total	320	19,5	4,9	
Actividad física	1	167	17,2	5,2	,096
	2	99	17,5	4,7	
	3	54	18,9	4,6	
	Total	320	17,6	5,0	
Manejo del estrés	1	167	18,6	4,0	,069
	2	99	18,1	3,1	
	3	54	19,5	2,9	
	Total	320	18,6	3,6	
Crecimiento espiritual	1	167	27,0	4,7	,003
	2	99	27,6	4,6	
	3	54	29,5	3,1	
	Total	320	27,6	4,5	

FUENTE: Elaboración propia

Al comparar medias se observa que los puntajes de medias más altos lo tienen la subescalas crecimiento espiritual y relaciones interpersonales, y las medias con menos puntos son actividad física seguida de manejo del estrés. Además, la diferencia es estadísticamente significativa entre la variable estilo de vida promotor

de salud, específicamente los dominios: relaciones interpersonales, nutrición, responsabilidad en salud y crecimiento espiritual, con el año académico actualmente cursando.

RELACION PERCEPCION DE BARRERAS PARA ASUMIR CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD CON VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

1.1 RELACION PERCEPCION DE BENEFICIOS - BARRERAS DE EJERCICIO (EBBS) CON VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

TABLA Nº 19: RELACION DE LA VARIABLE GÉNERO CON EBBS (t Student)

Género	N	Total			Beneficios			Barreras		
		Media	D.S	Sig.	Media	D.S	Sig.	Media	D.S	Sig.
Total	320	138,2	15,7		98,0	11,9		29,7	6,6	
Femenino	251	137,5	16,2	,108	97,5	12,3	,159	30,0	6,8	,198
Masculino	69	141,0	13,		99,8	9,9		28,8	5,9	

FUENTE: Elaboración propia

La diferencia entre las medias de género es pequeña, los valores muestran que la población masculina percibe mayores beneficios para realizar ejercicio físico, mientras que el género femenino percibe más cantidad de obstáculos para ejercitarse. Sin embargo, no se presenta diferencia estadísticamente significativa de medias entre las variables género y la percepción de los beneficios y/o barreras para realizar ejercicio ($p > 0,05$).

TABLA N° 20: RELACION DE LA VARIABLE ESTABLECIMIENTO DE PROCEDENCIA DE ENSEÑANZA MEDIA CON EBBS (t Student)

Establecimiento de procedencia de Enseñanza Media	Total				Beneficios			Barreras		
	N	Media	D.S	Sig.	Media	D.S	Sig.	Media	D.S	Sig.
Total	320	138,2	15,7		98,0	11,9		29,7	6,6	
Municipal	189	136,3	14,2	,009	97,1	11,0	,078	30,7	6,2	,002
No municipal	131	141,0	17,3		99,4	12,9		28,4	6,9	

FUENTE: Elaboración propia

Al comparar medias, se observa que los estudiantes universitarios que cursaron su enseñanza media en un establecimiento municipal perciben más obstáculos para ejercitarse físicamente, no así los alumnos que provienen de un colegio particular o particular subvencionado, quienes presentan mayor percepción de beneficios para realizar ejercicio. Estas diferencias de medias son estadísticamente significativas en la percepción de barreras para realizar ejercicio y en el total de la escala.

TABLA N° 21: RELACION DE LA VARIABLE CARRERA CON EBBS (ANOVA)

Carrera	Total				Beneficios			Barreras		
	N	Media	D.S	Sig.	Media	D.S	Sig.	Media	D.S	Sig.
Total	320	138,2	15,7		98,0	11,9		29,7	6,6	
Auditoria	40	138,9	13,4		99,4	9,9		30,4	5,7	
Ed diferencial	56	137,8	16,8		98,4	11,6		30,5	8,1	
Ed general básica	46	135,3	15,0		95,1	12,0		29,8	6,1	
Enfermería	165	139,1	16,3	,677	98,4	12,5	,459	29,3	6,3	,655
Ing. Biotecnología	2	127,5	14,8		96,5	0,7		39,0	14,	
Vegetal									1	
Ped. Matemática y Ed. Tecnológica	11	139,6	13,2		98,0	10,8		28,3	3,7	

FUENTE: Elaboración propia

La diferencia entre las medias por carrera universitaria nos muestra que los alumnos de auditoria perciben más ventajas para realizar ejercicio, mientras que los estudiantes de educación general básica presentan menos percepción de beneficios. En relación a las barreras percibidas, quienes perciben más obstáculos

para ejercitarse son los de ingeniería en biotecnología vegetal y los alumnos que perciben menos barreras son los de pedagogía en matemática y educación tecnología. Para comparar medias, se consideró solo las carreras con más número de alumnos (excluyendo a Ingeniería en biotecnología vegetal), como $p > 0,05$ se puede afirmar que no se presenta diferencia significativa entre las medias de percepción de los beneficios y barreras para hacer ejercicio.

TABLA N° 22: RELACION DE LA VARIABLE AÑO ACADEMICO ACTUALMENTE CURSANDO CON EBBS (ANOVA)

Año cursado actualmente	Total				Beneficios			Barreras		
	N	Media	D.S	Sig.	Media	D.S	Sig.	Media	D.S	Sig.
Total	320	138,2	15,7		98,0	11,9		29,7	6,6	
1	167	137,9	15,2	,218	97,7	11,3	,008	29,8	6,6	,868
2	99	136,6	17,5		96,1	13,5		29,4	6,4	
+ 3	54	142,3	13,2		102,4	9,1		30,1	7,0	

FUENTE: Elaboración propia

	(I) Año académico actualmente cursando	(J) Año académico actualmente cursando	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.
	Games-Howell	1	2	1,6	1,6
3			-4,6*	1,5	,007
2		1	-1,6	1,6	,569
		3	-6,3*	1,8	,002
3		1	4,6*	1,5	,007
		2	6,3*	1,8	,002

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel ,05

FUENTE: Elaboración propia

Al comparar medias se observa que sólo existe diferencia estadísticamente significativa entre la variable percepción de beneficios para hacer ejercicio y el año académico actualmente cursando. Estas diferencias son significativas entre los años 1° y 3°, y 2° y 3°.

TABLA N° 23: RELACION DE LA VARIABLE EDAD CURSADO CON EBBS (t Student)

Edad	N	Total			Beneficios			Barreras		
		Media	D.S	Sig.	Media	D.S	Sig.	Media	D.S	Sig.
Total	320	138,2	15,7		98,0	11,9		29,7	6,6	
17 – 22	287	137,8	15,8	,148	97,7	12,1	,204	29,9	6,5	,247
23 – 28	33	142,0	14,1		100,5	9,7		28,5	7,2	

FUENTE: Elaboración propia

La tabla muestra que se perciben más beneficios y menos barreras con el aumento de edad. Sin embargo, esta diferencia de medias no son estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

TABLA N° 24: RELACION DE LA VARIABLE HABITOS CON EBBS (Rho de Spearman)

EBBS		Tabaco	OH	Carrete	Bebida Energ.	Marihuana	Past. estudio	Past dormir	Hr Sueño
		Coeficiente de correlación	,054	-,042	,148**	,047	,079	-,042	-,012
Sig. (bilateral)		,337	,454	,008	,403	,158	,453	,832	,535
N		320	320	320	320	320	320	320	320

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01.

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05.

FUENTE: Elaboración propia

En la muestra observada los valores nos indican que existe una relación significativa entre el hábito de salir de carrete y la percepción de beneficios y barreras para hacer ejercicio ($p < 0,01$).

1.2 RELACION PERCEPCION DE BENEFICIOS – BARRERAS DE ALIMENTACION SALUDABLE (BHES) CON VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

TABLA N° 25: RELACION DE LA VARIABLE GÉNERO CON BHES (t Student)

Género	N	Total			Beneficios			Barreras		
		Media	D.S.	Sig.	Media	D.S.	Sig.	Media	D.S.	Sig.
Total	320	66,7	7,6		41,1	5,5		10,3	4,1	
Femenino	251	66,8	7,9	,552	41,2	5,7	,702	10,3	4,1	,563
Masculino	69	66,2	6,4		40,9	5,0		10,6	4,2	

FUENTE: Elaboración propia

Existe una diferencia mínima entre las medias de género totales. Al separar la escala, los valores nos muestran que la población femenina percibe mayores beneficios para presentar una alimentación saludable, mientras que el género masculino percibe más cantidad de obstáculos para alimentarse sanamente, sin embargo, estas diferencias de medias no son estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

TABLA N° 26: RELACION DE LA VARIABLE ESTABLECIMIENTO DE PROCEDENCIA DE ENSEÑANZA MEDIA CON LA PERCEPCIÓN PARA TENER UNA ALIMENTACION SALUDABLE (t Student)

Establecimiento de procedencia de Enseñanza Media	N	Total			Beneficios			Barreras		
		Media	D.S	Sig.	Media	D.S	Sig.	Media	D.S	Sig.
Total	320	66,7	7,6		41,1	5,5		10,3	4,1	
Municipal	189	66,4	7,7	,329	40,8	5,5	,343	10,4	4,1	,604
No municipal	131	67,2	7,3		41,5	5,6		10,2	4,1	

FUENTE: Elaboración propia

Al comparar medias, se observa que los universitarios que realizaron su educación media en un establecimiento municipal perciben más obstáculos para alimentarse de manera saludable, no así los estudiantes que provienen de un colegio particular o particular subvencionado, quienes presentan mayor percepción de beneficios

para presentar una alimentación sana. Estas diferencias de medias, no son estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

TABLA Nº 27: RELACION DE LA VARIABLE CARRERA CON BHES (ANOVA)

Carrera	N	Total			Beneficios			Barreras		
		Media	D.S	Sig.	Media	D.S	Sig.	Media	D.S	Sig.
Total	320	66,75	7,62		18,86	5,56		25,61	4,15	
Auditoria	40	65,05	7,61		20,87	5,96		25,92	4,17	
Ed diferencial	56	65,33	9,48		19,34	6,63		24,68	4,63	
Ed general básica	46	67,60	6,91		17,87	4,92		25,48	3,58	
Enfermería	165	67,55	7,04	,167	18,44	5,12	,087	26,00	4,06	,323
Ing. Biotecnología	2	60,00	9,89		19,50	6,36		19,50	3,53	
Ped. Matemática y Ed. Tecnológica	11	65,72	6,73		19,36	6,23		25,09	4,27	

FUENTE: Elaboración propia

La diferencia entre las medias por carrera universitaria nos muestra que los alumnos de educación general básica perciben más ventajas para tener una alimentación saludable, mientras que los estudiantes de auditoria presentan menor percepción de beneficios. En relación a las barreras percibidas, quienes perciben más obstáculos para alimentarse saludablemente son los alumnos pertenecientes a la carrera de enfermería y los que perciben menos barreras son los de ingeniería en biotecnología vegetal. Para comparar medias, se consideró solo las carreras con más número de alumnos, como el valor $p > 0,05$ se deduce que las medias de la percepción de los beneficios y barreras para tener una alimentación saludable no presentan diferencias significativas.

TABLA N° 28: RELACION DE LA VARIABLE AÑO ACADEMICO ACTUALMENTE CURSANDO CON BHES (ANOVA)

Año cursado actualmente	Total				Beneficios			Barreras		
	N	Media	D.S	Sig.	Media	D.S	Sig.	Media	D.S	Sig.
Total	320	66,7	7,6		41,1	5,5		10,3	4,1	
1	167	66,2	8,4	,340	40,8	6,2	,457	10,6	4,3	,172
2	99	67,6	6,5		41,3	4,5		9,7	4,0	
+ 3	54	66,9	6,6		41,8	5,1		10,8	3,6	

FUENTE: Elaboración propia

No se presenta diferencia estadísticamente significativa de la percepción de beneficios y barreras para tener una alimentación saludable por grupo etario ($p>0,05$).

TABLA N° 29: RELACION DE LA VARIABLE EDAD CON BHES (t Student)

Edad	Total				Beneficios			Barreras		
	N	Media	D.S	Sig.	Media	D.S	Sig.	Media	D.S	Sig.
Total	320	66,4	7,6		40,8	5,6		10,4	4,1	
17 – 22	287	66,4	7,6	,040	40,8	5,6	,013	10,4	4,1	,672
23 – 28	33	69,3	6,4		43,4	3,8		10,0	4,0	

FUENTE: Elaboración propia

La tabla muestra que se perciben más beneficios y menos barreras para alimentarse de manera saludable a medida que aumenta el grupo etario, estas diferencias de medias son significativas en la percepción de beneficios para alimentarse saludablemente y la escala total.

TABLA N° 30: RELACION DE LA VARIABLE HABITOS CON BHES (Rho de Spearman)

		Tabaco	OH	Carrete	Bebida Energ.	Marihuana	Past. Estudio	Past dormir	Hr Sueño
BHES	Coefficiente de correlación	,015	,054	,140*	,073	,039	,089	,055	,036
	Sig. (bilateral)	,785	,336	,012	,196	,488	,112	,329	,518
	N	320	320	320	320	320	320	320	320

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05.

FUENTE: Elaboración propia

En la muestra observada los valores nos indican que existe una relación significativa entre el hábito de salir a carretear y la percepción de tener una alimentación saludable ($p < 0,05$).

RELACION PERCEPCION DE BARRERAS PARA ASUMIR CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD CON VARIABLES PSICOSOCIALES

TABLA N° 31: RELACION DE LAS VARIABLES PSICOSOCIALES CON EBBS (Rho de Spearman)

		Autoestima	Autoeficacia	EVPS
EBBS Barreras	Coefficiente de correlación	,145**	,131*	,291**
	Sig. (bilateral)	,009	,019	,000
EBBS Beneficios	Coefficiente de correlación	,247**	,219**	,323**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000
	N	320	320	320

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01.

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05

FUENTE: Elaboración propia

En la presente tabla se expone una relación directa significativa entre la percepción de barreras y beneficios para realizar ejercicio y las variables psicosociales como autoestima, estilo de vida promotor de salud y autoeficacia ($p < 0,01$).

TABLA N° 32: RELACION DE LAS VARIABLES PSICOSOCIALES CON BHES
(Rho de Spearman)

		Autoestima	Autoeficacia	EVPS
BHES Barreras	Coeficiente de correlación	-,116*	-,086	-,132*
	Sig. (bilateral)	,039	,124	,018
BHES Beneficios	Coeficiente de correlación	,222**	,145**	,367**
	Sig. (bilateral)	,000	,009	,000
N		320	320	320

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01.

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05

FUENTE: Elaboración propia

En esta tabla se observa que existe una relación directa significativa entre la variable percepción de beneficios para tener una alimentación saludable y las variables psicosociales: EVPS, autoestima y autoeficacia. Además existe una correlación inversa significativa entre la percepción de barreras para alimentarse saludablemente y las variables estilo de vida promotor de salud y autoestima.

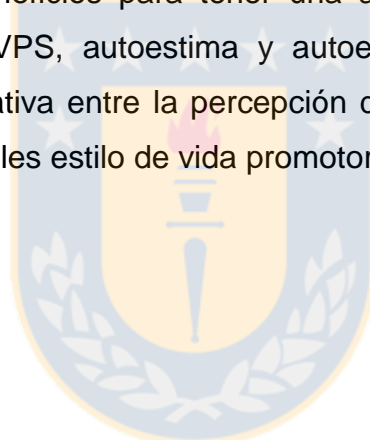


TABLA Nº 33: MATRIZ DE CORRELACIONES ENTRE PERCEPCION DE BARRERAS PARA ASUMIR CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD CON VARIABLES PSICOSOCIALES (Rho de Spearman)

		EBBS	BHES	EVPS	Autoestima	Autoeficacia
EBBS	C. de Spearman	1				
	Sig. (bilateral)					
	N	320				
BHES	C. de Spearman	,268**	1			
	Sig. (bilateral)	,000				
	N	320	320			
EVPS	C. de Spearman	,358**	,318**	1		
	Sig. (bilateral)	,000	,000			
	N	320	320	320		
Autoestima	C. de Spearman	,235**	,196**	,359**	1	
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000		
	N	320	320	320	320	
Autoeficacia	C. de Spearman	,208**	,125*	,304**	,490**	1
	Sig. (bilateral)	,000	,024	,000	,000	
	N	320	320	320	320	320

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01.

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05.

FUENTE: Elaboración propia

Se puede observar una correlación directa significativa entre la percepción de barreras para asumir conductas promotoras de salud (en ejercicio y alimentación saludable) y casi la totalidad de las variables psicosociales ($p < 0,05$), dicha correlación es positiva y más intensa con el estilo de vida promotor de salud y la autoestima.

RELACION PERCEPCION DE BARRERAS PARA ASUMIR CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD CON VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y PSICOSOCIALES

Para cuantificar la correlación entre la variable Barreras percibidas para asumir conductas promotoras de salud y las variables sociodemográficas y psicosociales con los que existe relación, se realizaron modelos de regresión lineal, pudiendo así, finalmente cuantificar la explicación de la variación de las variables predictoras sobre las barreras para asumir conductas promotoras de salud mediante el coeficiente beta estandarizado.

TABLA N° 34: RELACION DE BHES CON VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y PSICOSOCIALES (Regresión Lineal)

Considerando como variable dependiente: “percepción de beneficios – barreras para tener una alimentación saludable”, las variables independientes incluidas en el modelo de regresión lineal múltiple fueron aquellas que mostraron diferencias estadísticamente significativas en el análisis bi-variado: edad, carrete, autoeficacia, autoestima y estilo de vida promotor de salud.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
	B	Error estándar	Beta	t	Sig.
1 (Constante)	47,792	3,954		12,088	,000
Edad (agrupado)	2,943	1,331	,118	2,211	,028
Carrete semanal	1,024	,644	,086	1,591	,113
Total Autoeficacia	-,091	,109	-,051	-,827	,409
Total EVPS	,111	,023	,283	4,764	,000
Total Autoestima	,109	,092	,074	1,188	,236

R cuadrado: ,118

FUENTE: Elaboración propia

Al considerar el R cuadrado de este modelo, podemos señalar que la variación total de los beneficios – barreras percibidas para alimentarse de manera saludable está explicada en un 11,8, por la asociación de la variable dependiente con las variables estilo de vida promotor de salud y grupo etario, ajustada por las otras variables consideradas en este modelo de regresión lineal múltiple.

TABLA Nº 35: RELACION DEEBBS CON VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y PSICOSOCIALES (Regresión Lineal)

Considerando como variable dependiente: “percepción de beneficios – barreras para realizar ejercicio”, las variables independientes incluidas en el modelo de regresión lineal múltiple fueron aquellas que mostraron diferencias estadísticamente significativas en el análisis bivariado: establecimiento de procedencia de enseñanza media, carrete, año académico actualmente cursando, autoeficacia, autoestima y estilo de vida promotor de salud.

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
		B	Error estándar	Beta	t	Sig.
1	(Constante)	93,098	7,554		12,324	,000
	Establecimiento de procedencia de Enseñanza media	-3,935	1,669	-,123	-2,358	,019
	Carrete semanal	1,997	1,298	,081	1,538	,125
	Año académico actualmente cursando	-,106	1,112	-,005	-,096	,924
	Total Autoestima	,388	,187	,127	2,080	,038
	Total Autoeficacia	,203	,221	,055	,915	,361
	Total EVPS	,208	,048	,255	4,298	,000

R cuadrado: ,161

FUENTE: Elaboración propia

Las tablas muestran que existe una relación estadísticamente significativa entre la variable percepción de beneficios y barreras para realizar ejercicio físico y las variables: estilo de vida promotor de salud, autoestima y establecimiento de procedencia de enseñanza media ($p < 0,05$). Estas variables como predictoras explican un 16,1% la percepción de beneficios – barreras para ejercitarse.



IX. DISCUSION Y COMENTARIOS

Con frecuencia se encuentran estudios acerca de las conductas de salud que presentan los estudiantes universitarios y de la misma forma los resultados obtenidos en esta población tiene relación con bajos estilos de vida promotores de salud, que no realizan actividad física y se alimentan con dietas malsanas. Sin embargo, la causa, motivo u obstáculo que percibe la población joven para no presentar dichas conductas promotoras es un área poca abordada, de esta forma surge la necesidad de saber concretamente ¿cuáles son las barreras que perciben los universitarios para no tener una alimentación saludable y no ejercitarse?; con este objetivo se dio uso a los instrumentos BHES (Escala de Barreras de alimentación saludable) y EBBS (Escala de beneficios – barreras para hacer ejercicio). Los valores de ambas escalas reflejan la percepción positiva y/o negativa para realizar determinada conducta (alimentación saludable y actividad física), dichos resultados se analizaron con las variables sociodemográficas y psicosociales seleccionadas, según las características de cada una. Se utilizaron las pruebas estadísticas T de Student, análisis de Varianza (ANOVA), y regresión lineal, observándose la existencia de variables predictoras para la percepción de barreras para tener una alimentación saludable y realizar actividad física.

Como descripción de la muestra, se obtuvo que la población universitaria de la Universidad de Concepción campus Los Ángeles se caracteriza por ser adulto joven, casi en su totalidad se encuentra soltero (98,8%), sin pareja y sin hijos. La mayoría pertenece a la carrera de enfermería o de educación, lo que tiene relación con que la muestra sean principalmente mujeres (78,4%), lo que concuerda con la investigación de El Ansari et al, quienes refieren que las mujeres comprendían la proporción más alta de los encuestados (77,8%), probablemente por la naturaleza de las carreras (Escuelas de Salud, Social, etc.) (30).

El Ansari et al, 2011, concuerdan con el presente estudio respecto a que la mayor proporción de los estudiantes se encuentran dentro de los tres primeros año de la carrera, lo que se puede explicar debido a que estos niveles son los más

numerosos y están gran parte de su tiempo dentro del recinto universitario, ya que aún no tienen prácticas curriculares ni profesionales como ocurre en los últimos años de estas carreras. Con respecto al colegio de procedencia donde realizaron su enseñanza media, la mayoría proviene de un establecimiento municipal (59,1%), este dato coincide con el perfil del estudiante que ingresa a la Universidad de Concepción, que en este campus pertenece generalmente a un sector rural y a un estrato socioeconómico bajo o medio; coincidiendo con lo que plantea el estudio de las Universidades Regionales de Chile ante la reforma a la educación superior en el cual se menciona que el 89% de los alumnos ingresados a las universidades regionales del CRUCH viene de colegios subvencionados o municipales. Considerando sólo a los egresados de colegios municipales, ellos representan el 30% en las universidades regionales (45).

En relación a los hábitos presentados en los estudiantes, el 50,6% duerme entre 7 a 8 horas, la mayor proporción no sale de fiesta y no consumen tabaco, alcohol y drogas. Al comparar los hábitos con género, los hombres presentan más consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas, en cambio la población femenina utiliza más pastillas para estudiar y para dormir; estos datos concuerdan con la investigación de El Ansari et al, quienes exponen que los hombres consumen más alcohol y drogas ilícitas que las mujeres (30). Al correlacionar los hábitos, se destaca que los alumnos consumen más cigarrillo, alcohol, drogas y bebidas energéticas cuando salen de carrete, probablemente porque esta situación aumenta la exposición a estos hábitos.

En cuanto a la autoeficacia, la mayoría de los estudiantes universitarios presentan valores de alto a moderado, destacando en frecuencia las preguntas relacionadas con la capacidad en la resolución de problemas y las más infrecuentes afirmaciones con el manejo del estrés frente a situaciones difíciles o sentidas como incapacitantes, estos datos se relacionan con los puntajes obtenidos en la Escala de EVPS, es decir, los alumnos se perciben menos capaces y tienen menos conductas promotoras frente a situaciones estresantes.

La mayor proporción de los alumnos presentan una buena autoestima, con valores altos en preguntas relacionadas con el aprecio que merezco de los demás, esto coincide paralelamente con los altos puntajes que obtuvieron los encuestados en relaciones interpersonales del EVPS. Con respecto a una percepción menor de autoestima, las afirmaciones menos puntuadas son aquellas asociadas a la falta de respeto hacia sí mismo.

En lo que se refiere al estilo de vida promotor de salud que poseen los estudiantes de la Universidad de Concepción campus Los Ángeles, los dominios más representados en esta población son del ámbito psicosocial, es decir, el crecimiento espiritual y las relaciones interpersonales; y los estilos de vida que menos valorizan los alumnos están relacionados con la salud mental y física, como la dificultad para manejar el estrés y no realizar actividad física, lo que concuerda con estudios realizados de EVPS en estudiantes a nivel mundial, Hong Kong, Inglaterra y Turquía (28, 29, 31). Sin embargo, este valor global puede estar influenciado por la presencia de hijos y el gran número de mujeres que presenta la muestra, ya que si se considera los hombres o la ausencia de hijos, de manera independiente e individual, los dominios que se diferencian sobre el género femenino son los estilos de vida promotor de salud en relación a la responsabilidad en salud, nutrición, actividad física y manejo del estrés. Además se observa generalmente que a medida que avanzan los estudiantes en su formación curricular presentan más estilos de vida promotores de salud, estas conductas se distinguen con mayor facilidad entre los alumnos que ingresan a primer año de los que llevan tres o más años en la universidad, los estilos de vida promotores de salud que aumentan a medida que el estudiante avanza en su carrera continúan siendo conductas de las subescalas crecimiento espiritual y relaciones interpersonales, datos que coinciden con Nualnetr et al, dado que este autor obtuvo en sus estudios que los alumnos de cursos superiores mantienen altos puntajes en relaciones interpersonales y crecimiento espiritual (32).

La percepción de beneficios – barreras para realizar ejercicios se relacionó con 3 de las 6 variables sociodemográficas propuestas para este estudio, siendo en mayor magnitud la relación establecida con la variable Establecimiento de procedencia de enseñanza media, dado que los estudiantes que provienen de establecimiento municipales perciben más barreras para ejercitarse que quienes provienen de los colegios particulares o particular subvencionados, a pesar de que el establecimiento de enseñanza media del cual proviene la muestra no es un indicador directo del nivel socioeconómico del alumno, se sabe que dichos estudiantes son en su mayoría de un nivel socioeconómico de medio a bajo. Este dato coincide con los datos presentados por Jepson et al y la Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deportes 2015, en los cuales destacan que la práctica disminuye a medida que desciende el nivel socioeconómico (13,17). Una relación de menor proporción resultó con la variable año académico actualmente cursado, particularmente los alumnos de años más avanzados percibían más beneficios para ejercitarse, situación que no coincide con el estudio de Nualnetr et al (2012) que plantea que los estudiantes de cursos superiores aumentan considerablemente la nutrición a diferencias de los primeros niveles (32).

A pesar de que los estudios relacionan fuertemente la variable género femenino con percibir mayor cantidad de barreras para realizar ejercicio (27,34), en este estudio existen diferencias en las medias de género, sin embargo, la relación con la variable dependiente no fue significativa.

El obstáculo que más perciben los estudiantes para no practicar deporte en este estudio es la falta de condición física, referida como “hacer ejercicio me cansa”, inclusive es percibido como una mayor barrera que la falta de tiempo, concordando con la Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deportes 2015, que expone dentro de las causas principales del sedentarismo la falta de formación y hábitos en la población. También en la misma Encuesta (2015) declaran que la razón más frecuente por los hombres para practicar actividad física y deporte es la entretención y para las mujeres es para mejorar la salud,

este último motivo concuerda con la presente investigación, ya que la población universitaria, que en esta muestra son principalmente mujeres, percibe en mayor proporción lo beneficioso de realizar actividad física como “Hacer ejercicio mejora mi condición física” (17).

En cuanto a la percepción de beneficios – barreras para tener una alimentación saludable, esta variable se relacionó con 2 de las 6 variables sociodemográficas planteadas para esta investigación, siendo la relación más significativa con la variable edad, es decir, los alumnos percibían más beneficios para tener una alimentación saludable a medida que aumentaba su edad. No existe una relación significativa entre la variable género y la percepción de barreras o beneficios para alimentarse de manera saludable, sin embargo, en este estudio el beneficio que más se percibe para alimentarse sanamente es la preferencia por comer frutas; considerando que esta población es principalmente femenina, coincide con los resultados de El Ansari en el 2011, en el que se interpreta que las mujeres prefieren alimentarse de manera saludable y consumen más frutas y verduras (30). Aunque existan estas preferencias por tener una alimentación saludable, el obstáculo principal que perciben nuestros estudiantes es el acceso a estos alimentos, pues refieren tener que recorrer distancias considerables para obtener frutas y vegetales frescos (más de 1km), esta afirmación resulta cuestionable pues existen varios lugares de venta de estos alimentos a menos de una cuadra alrededor de la universidad, por lo que más que un motivo de falta de alimentación sana parece ser justificación de una conducta poco saludable.

La percepción de barreras para asumir conductas promotoras de salud, tanto en actividad física como en alimentación saludable, aumenta con el hábito de salir a carretear, situación que se explicaría principalmente porque cuando el estudiante sale de fiesta es durante la noche hasta la madrugada, por lo tanto al día siguiente es probable que se despierte y levante tarde, por lo que se salta el

desayuno y/o almuerzo, prepara una comida rápida poco saludable, y/o se encuentra demasiado cansado o con sueño como para practicar algún deporte.

Los beneficios – barreras percibidas para tener una alimentación saludable y para realizar actividad física se relacionaron significativamente con las 3 variables psicosociales seleccionadas para este estudio, siendo en mayor magnitud la relación establecida con el estilo de vida promotor de salud, luego con autoestima y por último la autoeficacia. Para interpretar esto, es necesario hacer referencia al Modelo de Promoción de Salud de N. Pender en el cual se expone la importancia y asociación de las características y experiencias individuales (ejemplo: la autoestima) y las cogniciones y afectos específicos de la conducta como, barreras, beneficios y autoeficacia percibida que explican de cierto modo el resultado conductual, es decir las personas se comprometen a involucrarse en conductas de las cuales ellas anticipan y derivan beneficios personalmente valorados y al contrario al percibir barreras pueden impedir el compromiso con la acción o hacia una conducta específica de salud (24). Es así como en esta investigación se establece que los EVPS, la autoestima y la autoeficacia influyen significativamente de manera positiva o negativa en la percepción del alumno para alimentarse saludablemente o practicar actividad física; en concordancia con la investigación de Chan et al (35), ejemplificándose en algunos de los resultados obtenidos en este estudio, en los cuales se tiene que un alumno con una mayor autoeficacia percibida (puntaje alto) es un alumno que percibe menos barreras para ejecutar determinada conducta. Además es importante mencionar que las variables psicosociales establecidas se relacionaron significativamente entre sí, estos resultados concuerdan con las investigaciones de Cid et al (2006), Kreutz et al (2009) y Peker et al (2011) (4, 29,31).

Cabe mencionar que las variables EVPS y grupo etario resultaron importantes en predecir los beneficios y barreras percibidas para tener una alimentación saludable. Esto ocurre probablemente porque el estudiante que presenta altos EVPS percibe más beneficios y/o menos barreras para alimentarse

sanamente. De igual forma, los alumnos a medida que aumentan en edad, posiblemente cambian su percepción acerca de las conductas alimentarias, inclusive hay quienes a medida que transcurre su carrera universitaria modifican su alimentación inclinándose por comidas con mayor preparación y de ingredientes más naturales y evitando las comidas rápidas y/o chatarras.

Las variables EVPS, autoestima y el establecimiento donde realizaron la educación media nuestros alumnos, resultaron ser predictores de los beneficios y barreras para realizar ejercicio físico, estos datos no concuerdan con Triviño-Vargas (2012) quien propuso como factores predictores de la conducta promotora de salud, la percepción del estado de salud, autoeficacia y el tipo de relación familiar (33).

Un estudiante con EVPS bajos percibe numerosos obstáculos para la práctica de actividad física. Del mismo modo ocurre con la autoestima, el alumno que se autovalora desfavorablemente, percibe más barreras para ejecutar ejercicio físico. El colegio de procedencia donde cursó su enseñanza media también incide en la percepción, el universitario que tiene menos ingresos y estudió en un establecimiento municipal, tiene mayor magnitud de obstáculos percibidos para realizar deporte, esto se explica en que los jóvenes que estudiaron en colegios particulares tienen mayor formación (por ejemplo más asignaturas relacionadas a la actividad física) y más acceso a prácticas deportivas en su propio establecimiento educacional y fuera de él (gimnasio, club deportivo, etc.).

X. CONCLUSIONES

- La población universitaria de la Universidad de Concepción campus Los Ángeles tienden a ser del género femenino, adulto joven, casi en su totalidad soltero/a, sin pareja y sin hijos.
- Referente a los antecedentes académicos, la mayor proporción de los estudiantes pertenece a la carrera de enfermería o de educación, se encuentran dentro de los tres primeros año de la carrera y cursaron su educación media en un establecimiento municipal, siendo considerados dentro de un estrato socioeconómico bajo o medio.
- En relación a los hábitos, los estudiantes duermen entre 7 a 8 horas, la mayoría no sale de fiesta y no consumen tabaco, alcohol y/o drogas, sin embargo, de los que si carretean presentan mayor consumo de estas sustancias. En el género masculino prima el consumo de tabaco, alcohol y marihuana, y las mujeres tienden a utilizar pastillas para estudiar y para dormir.
- Con respecto a los EVPS presentes en la población universitaria dominan el crecimiento espiritual y las relaciones interpersonales, a su vez estas conductas aumentan a medida que el alumno avanza en su formación curricular. Los varones superan en puntaje a las mujeres en los EVPS de responsabilidad en salud, nutrición, actividad física y manejo del estrés. A diferencia de los hombres, la población femenina tiene mayores EVPS en los dominios de crecimiento espiritual y relaciones interpersonales.
- Tanto autoestima como autoeficacia percibida están representadas en los estudiantes con valores de alto a moderado. Además, ambas escalas guardan relación con los EVPS que presentan los encuestados, es decir, la alta autoestima se asocia con un alumno que tiene buenas relaciones

interpersonales y siente que merece ser apreciado por los demás; a su vez la baja percepción de Autoeficacia se encuentra en el estudiante que tiene dificultades para manejar el estrés frente a situaciones difíciles.

- La evaluación de la EBBS y BHES, permite identificar la percepción de beneficios y barreras que tienen los estudiantes para realizar ejercicios y para tener una alimentación saludable respectivamente.
- El único hábito que tuvo relación en la percepción de barreras percibidas para ejercitarse y alimentarse sanamente fue el de salir a carretear, al parecer debido a las consecuencias posteriores al realizar esta acción.
- Referente a la percepción para hacer actividad física, los alumnos que van actualmente en cursos superiores (tercer año o más) presentan mayor percepción de beneficios y aquellos que cursaron su enseñanza media en un establecimiento municipal perciben más barreras para ejercitarse. De estos obstáculos percibidos el principal es la falta de condición física, referida como “hacer ejercicio me cansa”. Y el beneficio que prima para realizar actividad física en los encuestados es para mejorar la condición física.
- La percepción de beneficios – barreras para tener una alimentación saludable, se relacionó con el grupo etario, los alumnos percibían más beneficios para alimentarse saludablemente a medida que aumentaba su edad. La alimentación sana más valorada es comer frutas y el obstáculo principal que perciben los encuestados es la distancia que deben recorrer para conseguir estos alimentos.
- En cuanto a las variables psicosociales, tienen implicancia en la percepción de beneficios y/o barreras percibidas para tener una alimentación saludable y para realizar actividad física, el EVPS, la autoestima y la autoeficacia.

- Dado el grado de información que nos proporcionan los instrumentos EBBS y BHES respecto a la percepción de beneficios – barreras para ejercitarse y alimentarse saludable, y el resultado obtenido al relacionarlas con variables sociodemográficas y psicosociales de los estudiantes encuestados, no es difícil pensar en la creación de estrategias que consideren las características individuales identificadas (como la autoestima, la autoeficacia o el EVPS), ya que estas influyen en cómo se cuida cada persona, por lo tanto desde el punto que se miren pueden utilizarse disminuyendo brechas o fortaleciendo las condiciones favorables con que cuenta ese individuo, de esta forma nos permitiría establecer y mantener una conducta de salud determinada. Además este estudio nos permite distinguir aspectos modificables para instaurar una conducta promotora de salud, es más, los conocimientos adquiridos con esta investigación deberían expandirse y aplicarse en otras poblaciones, es decir, sería fundamental por ejemplo iniciar estos programas de intervención en promoción de salud y prevención de enfermedades crónicas, en edades tempranas, considerando género y sin discriminar estrato socioeconómico.
- Es recomendable considerar el aspecto sociológico subyacente al estudio de las barreras de conductas promotoras de salud de manera tal que entregue una nueva interpretación de lo que los participantes del estudio admiten conocer pero que no logran llevar a la práctica.
- Recordando que el modelo de N. Pender es ampliamente utilizado en investigación, es curioso observar que los estudios se han centrado en los EVPS y escasamente en las barreras para asumir conductas promotoras de salud, razón por la cual es difícil encontrar instrumentos que nos permitan evidenciar el peso de estas conductas en la falta de adopción de estilos de vida.

XI. RECOMENDACIONES

- Se sugiere para futuras investigaciones incluir otras variables sociodemográficas, como ubicación geográfica de procedencia, ingresos económicos, situación laboral, etc.
- Sería interesante complementar la información obtenida en este estudio, comparando las variables psicosociales: EVPS, autoeficacia y autoestima con el rendimiento académico del alumno en distintos niveles de una carrera determinada.
- Considerando las barreras y beneficios percibidas en los encuestados, es recomendable crear oportunidades en el campus que disminuyan los obstáculos modificables o instancias que sean provechosas y motivadoras para los estudiantes, como lugares dentro de la universidad para obtener alimentos saludables, equipos para realizar ejercicio, acceso a máquinas del gimnasio, concursos que insten estilos de vida promotores de salud (maratones, competencias deportivas y gastronómicas, juegos, fotografía mediante caminatas, etc.), menús universitarios que incluyan preferencias alimentarias de los alumnos, software institucional que mida EVPS, asignaturas complementarias u obligatorias de actividad física, nutrición, responsabilidad en salud, manejo del estrés, etc.
- Si bien los estudiantes universitarios son una población aun en formación, la mayoría ya ha alcanzado la etapa adulta, por lo que las intervenciones realizables deberían ser inmediatas, debido a esto se sugiere expandir los resultados obtenidos de esta investigación a otras poblaciones, pero con estrategias concretas, es decir, implementar programas de promoción de salud y prevención de enfermedades crónicas desde la enseñanza básica en adelante, que sean a escala nacional en todos los establecimientos educacionales rurales y urbanos.

- Teniendo en cuenta la implicancia de las variables sociodemográficas y psicosociales (Autoestima, Autoeficacia y EVPS) en las conductas promotoras de salud de los estudiantes y considerando que a futuro serán más propensos a enfermedades crónicas la mayoría evitables, se recomienda evaluar previamente estas características en cada alumno, quizás desde menor edad (escolares) o en este caso, si es más accesible la población universitaria, aplicar dichas encuestas desde el ingreso a una carrera de cualquier establecimiento nacional de educación superior.
- Es recomendable incorporar el punto de vista sociológico a través de un profesional que analice y reflexione sobre la relación existente entre la Salud y la Sociedad desde diferentes perspectivas y considerando la interacción entre factores sociales, culturales, económicos, políticos y del entorno.



XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Olivari C, Urra E. Autoeficacia y conductas de salud. Universidad Católica del Maule, Chile. Rev. CIENCIA Y ENFERMERIA XIII (1) 2007; 9-15, ISSN 0717-2079.
2. Organización mundial de la Salud, OMS. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles (2014). Disponible en: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/es/> [consultado el 20 de Marzo de 2015]
3. Promoción de la salud. World Health Organization (1998). Disponible en: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf [Consultado el 10 de Enero de 2015].
4. Cid P, Merino J, Stieповich J. Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. Chile. Rev Méd Chile 2006; 134: 1491-99.
5. Fakhouri THI, Hughes JP, Burt VL, et al. Physical activity in U.S. youth aged 12–15 years, 2012. NCHS data brief, no 141. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2014.
6. Velásquez M, Torres D, Sánchez H. Análisis psicológico de la actividad física en estudiantes de la Universidad Nacional. Bogotá, Colombia. Rev. de salud pública 2006; 8(2):1-16.
7. Pich J. Alimentación en adolescentes. Instituto Universitario de Investigación en Ciencias de la Salud. Universidad-Empresa de las Islas Baleares. Palma. España (2003). Disponible en: <http://www.uib.es/servei/comunicacio/sc/projectes/arxiu/nousprojectes/aliment/alimentcast.pdf> [Consultado el 3 de septiembre de 2016].
8. Fandiño A, Giraldo S, Martínez C, Aux P, Espinosa R. Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia. Colomb Med 2007; 38(4):344-351

9. Muñoz M, Cabieses B. Universidades y promoción de la salud: ¿cómo alcanzar el punto de encuentro? *Rev Panam Salud Pública* 2008; 24(2):139–46.
10. Chávez A, Vidal D, Merino J. Determinantes sociales de la salud y conductas vinculadas a salud. Comuna de Coronel, Región del Biobío, Chile. *Rev. Cuad Méd Soc* 2010; 50 (1): 39-48.
11. Pender N, Murdaugh C, Parson M, *Health Promotion in Nursing Practice*. 4 Edition. New Jersey: Prentice; 2002.
12. Giraldo A, Toro M, Macías A, Valencia C, Palacio S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Colombia. *Rev. Hacia la Promoción de la Salud*. 2010; 15(1):128-143.
13. Jepson R, Harris F, Platt S, Tannahill C. The effectiveness of interventions to change six health behaviours: a review of reviews. *BMC PublicHealth*. 2010; 10:538.
14. Chirapo L. Nivel de conocimiento y su relación con las prácticas en la prevención de IRAS en madres de niños menores de 5 años P.S. Viñani 2012. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2012.
15. Informe de Resultados Estudio Nacional de Educación Física 2014. Agencia de Calidad de la Educación Chile (2014). Disponible en: http://archivos.agenciaeducacion.cl/Estudio_Nacional_Educacion_Fisica_2014_8basico.pdf [Consultado el 2 de diciembre de 2016].
16. García F, Herazo Y, Tuesca R. Factores sociodemográficos y motivacionales asociados a la actividad física en estudiantes universitarios. *Rev. méd. Chile* 2015; 143(11): 1411-1418.
17. Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deportes en la Población de 18 años y más. Ministerio del deporte (2015). Disponible en: <http://www.mindep.cl/encuestahabitos/> [Consultado el 2 de diciembre de 2016].
18. Global Status Report on non communicable diseases 2014 “Attaining the nine global non communicable diseases targets; a shared responsibility”, World Health Organization (2014). Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1 [consultado el 02 de Octubre de 2015].

19. Nagelkerk J, Reick K, Meengs L. Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *Journal of Advanced Nursing* 2006; 54(2), 151 – 8.
20. Programa Elige Vivir Sano. Ministerio de Salud Chile (2014). Disponible en: <http://web.minsal.cl/node/627> [Consultado el 12 de enero de 2015].
21. Programa Elige Vivir Sano. Política Pública para el Desarrollo Chile (2014) Disponible en: http://www.subpesca.cl/prensa/601/articles-60510_godoy.pdf [Consultado el 11 de enero de 2015].
22. Gaete J, Olivares E, Rojas-Barahona C, Labbé N, Rengifo M, Silva M, Lepe L, Yañez C, Chen M. Factores asociados a conductas promotoras de salud en adolescentes Chilenos. Chile. *Rev. Med Chile* 2014; 142: 418-27.
23. Durango M, Cruz I, Acosta K, Simarra M. Factores asociados a embarazos no planificados en estudiantes universitarios de la facultad de ciencias de la salud en la CURN, aplicando el modelo de promoción de la salud de Nola Pender [Tesis]. Cartagena de Indias: Facultad de Ciencias de la Salud. Programa de Enfermería; 2014.
24. Sakraida T. Modelo de promoción de la Salud. Nola J. Pender. En: Raile M, editores. *Modelos y teorías en enfermería*. Octava edición. España: Ed. Elzevier; 2014; 385 – 404.
25. Ortiz B. Factores cognitivo perceptuales en estilos de vida de menores en circunstancias especialmente difíciles [Tesis]. Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería; 1996.
26. Morrison V, Bennett P. *Psicología de la salud*. PEARSON EDUCACIÓN, S.A. Madrid 2008; 133 – 72.
27. Andajani-Sutjahjo S, Ball K, Warren N, Inglis V, Crawford D. Perceived personal, social and environmental barriers to weight maintenance among young women: A community survey. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2004; 1:15.

28. Lee R, Yuen Loke A. Health-Promoting Behaviors and Psychosocial Well-Being of University Students in Hong Kong. *Rev. Health Nursing* 2005; 22: 209 – 20.
29. Kreutz G, Ginsborg J, William the Royal Northern College of Music (RNCM, n 199) and the Royal College of Music on A. Health-promoting behaviours in conservatoire students. *Rev. Psychology of Music* 2009; 37: 47 – 60.
30. El Ansari W, Stock C, John J, Deeny P, Phillips C, Snelgrove S, Adetunji H, Hu XL, Parke S, Stoaate M. Health promoting behaviours and lifestyle characteristics of students at seven universities in the UK. *Central European Journal of Public Health* 2011; 19: 197 – 204.
31. Peker K, Bermek G. Predictors of Health-Promoting Behaviors Among Freshman Dental Students at Istanbul University. *Journal of Dental Education* 2011; 75: 413 – 20.
32. Nualnetr N. y Thanawat T. Health-promoting Behaviors of Physical Therapy Students. *Journal of Physical Therapy Science* 2012; 24: 1003 – 6.
33. Triviño-Vargas Z. Conductas promotoras de salud en estudiantes de una institución de educación superior. Universidad de La Sabana. Cundinamarca, Colombia. *Rev. Aquichan* 2012; 12(3): 275 – 285.
34. Sharifi N, Mahdavi R, Ebrahimi-Mameghani M. Perceived Barriers to Weight loss Programs for Overweight or Obese Women. *Health Promot Perspect* 2013; 3(1): 11 – 22.
35. Chan K, Prendergast G. Should different marketing communication strategies be used to promote healthy eating among male and female adolescents. *Health Marketing Quarterly* 2014; 31(4), 339 – 352.
36. Pender N. Health Promotion Model Manual. Estados Unidos: University of Michigan (2011). Disponible en: http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf [consultado el 01 de Octubre de 2015]

37. Fonseca V, Barbosa X, Almeida C. Adaptação transcultural para o Brasil da ExerciseBenefits/BarriersScale (EBBS) para aplicação em idosos: uma avaliação semântica. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(12): 2852 – 60.
38. Fowles E, Feucht J. Testing the Barriers to Healthy Eating Scale. *Western Journal of Nursing Research* 2004; 26(4), 429 – 443.
39. Walker S, Kerr M, Pender N, Sechrist K. A Spanish language version of the Health Promoting Lifestyles. *Nurs Res* 1990; 39: 268 – 73.
40. Sakraida T. Modelo de promoción de la Salud. Nola J. Pender. En: Raile M, Marriner A, editores. Modelos y teorías en enfermería. Séptima edición. España: Ed. Elzevier; 2011. p. 434 – 53.
41. Carreño J, Del Valle C, Cladellas R, Ivanovic D. La Comunicación para la Salud y sus aportes desde el Modelo de Pender: Comunicación y Cultura Religiosa. *Revista de Comunicación de la SEECI* 2011; 26: 22 – 41.
42. Rojas-Barahona Cristian A, Zegers P Beatriz, Förster M Carla E. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Rev. méd. Chile* 2009; 137(6): 791 – 800.
43. Juan F. Manso Pinto. Análisis psicométrico de la escala de autoestima de Rosenberg en una muestra de estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Trabajo Social, Universidad de Concepción. Chile* 2010; Vol. Nº8, ISSN 0719-675X: 31 – 43.
44. Cid P, Orellana Y, Barriga O. Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Rev. Med. Chile* 2010; 138: 551 – 7.
45. AUR. Las Universidades Regionales de Chile ante la Reforma a la Educación Superior, una propuesta que se hace cargo del desarrollo territorial. Chile (2016). Disponible en: <http://www.auregionales.cl/wp-content/uploads/2016/07/AUR-ante-Reforma-Educacio--n-Superior.pdf> [consultado el 02 de Enero de 2017]

XIII. ANEXOS

ANEXO N° 1: VARIABLES

Variable dependiente:

BARRERAS PERCIBIDAS

- (D.N.): Son aquellos bloques, vallas y/o costos que influyen en el intento de bloquear o impedir el desarrollo de conductas promotoras de salud (24).
- (D.O.): Se aplicará escalas de Barreras percibidas para asumir conductas de salud. Para el ítem relacionado con actividad física, la escala EBBS (ExerciseBenefits/BarriersScale)(37), y para el ítem relacionado con alimentación la escala BHES (BarrierstoHealthyEatingScale)(38)

Variables independientes:

1. Variables sociodemográficas:

EDAD

- (D.N.): Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la aplicación de la encuesta.
- (D.O.): Número de años cumplidos.

GENERO

- (D.N.): condición de tipo orgánica que diferencia al hombre de la mujer.
- (D.O.):
 - Femenino
 - Masculino

AÑO ACADÉMICO ACTUALMENTE CURSANDO

- (D.N.): Año o nivel de la carrera que cursa actualmente de manera regular el estudiante.
- (D.O.):
 - 1° Año
 - 2° Año
 - 3° Año
 - 4° Año
 - 5° Año

CARRERA

- (D.N.): Nombre de carrera universitaria que cursa el estudiante actualmente.
- (D.O.):
 - Ing. Comercial
 - Ed. Diferencial
 - Ped. en Cs. Naturales y Biología
 - Ed. Básica
 - Ped. en Matemáticas y Ed. Tecnológica
 - Ed. Parvularia
 - Ing. en prevención de riesgos
 - Auditoria
 - Ing. en Biotecnología vegetal
 - Ing. Geomática
 - Enfermería

ESTABLECIMIENTO DE PROCEDENCIA DE ENSEÑANZA MEDIA

- (D.N.): Tipo de establecimiento donde realizó la educación media el estudiante.
- (D.O.):
 - Municipal
 - Particular
 - Particular Subvencionado

HABITOS

Horas de sueño al día

- (D.N.): Cantidad de horas por día que se destina a dormir.
- (D.O.): Número de horas al día que duerme el estudiante.

Salir de carrete

- (D.N.): Juntarse con personas pares o afines con el fin de celebrar un acontecimiento o divertirse.
- (D.O.): Número de veces que sale de fiesta a la semana el estudiante.

Consumo de cigarrillo

- (D.N.): Uso habitual de cigarrillo consumido.
- (D.O.): Número de cigarrillo/s que consume a la semana el estudiante.

Consumo de alcohol

- (D.N.): Uso habitual de consumo de alcohol.
- (D.O.): Litro/s de alcohol que consume a la semana el estudiante.

Consumo de bebidas energéticas

- (D.N.): Uso habitual de bebidas energéticas consumidas.
- (D.O.): Litro/s de bebida energética que consume a la semana el estudiante.

Consumo de marihuana

- (D.N.): Uso habitual de marihuana fumada.
- (D.O.): Número de pitos de marihuana que consume a la semana el estudiante.

Consumo de cocaína

- (D.N.): Uso habitual de cocaína aspirada.
- (D.O.): Número de líneas que consume a la semana el estudiante.

Consumo de anfetaminas

- (D.N.): Ingestión de anfetaminas con fines estimulantes.
- (D.O.): Número de anfetaminas que consume a la semana el estudiante.

Consumo de pastillas para estudiar

- (D.N.): Ingestión de fármaco neuroestimulante para favorecer el estudio.
- (D.O.): Número de pastillas para estudiar que consume a la semana el estudiante.

Consumo de pastillas para dormir

- (D.N.): Ingestión de fármacos inductores del sueño.
- (D.O.): Número de pastillas para dormir que consume a la semana el estudiante.

Inicio de vida sexual

- (D.N.): Acto en el que dos personas mantienen relaciones sexuales.
- (D.O.): Pregunta directa con respuesta dicotómica: ¿Has iniciado vida sexual?
 - Si
 - No

Método anticonceptivo

- (D.N.): Técnica destinada a evitar el embarazo.
- (D.O.): Nombre del método destinado a evitar el embarazo preferido por estudiante.

2. Variables psicosociales:

CONDUCTA PROMOTORA DE SALUD:

- (D.N.): El punto de mira o el resultado de la acción dirigido a los resultados de salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva (39).
- (D.O.): Se aplicará la escala EVPS.

NIVEL DE AUTOESTIMA:

- (D.N.): Nivel de autovaloración o consideración que tiene sobre sí mismo la persona (43).
- (D.O.): se aplicará Escala de Autoestima de Rosemberg.

NIVEL DE AUTOEFICACIA:

- (D.N.): Nivel de convicción que percibe la persona para ejecutar con buenos resultados la conducta específica necesaria para producir un resultado deseado (44).
- (D.O.): Se aplicará Escala de Autoeficacia General.

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Estimado(a) Estudiante:

La investigadora del presente estudio, Srta. Verónica Jara C., pertenece al programa de Magister de Enfermería de la Universidad de Concepción, Concepción. Y se propone a través del presente estudio identificar las barreras percibidas para asumir conductas promotoras de salud en estudiantes universitarios, según Modelo Promoción de la Salud (MPS) de Nola Pender.

A través de la presente se invita a participar de esta investigación a estudiantes de distintas carreras de la Universidad de Concepción, sede Los Ángeles, pertenecientes a los distintos niveles de pregrado, con el fin de tener un grupo variado de informantes, sin preponderancia de una carrera sobre otra. Durante el primer semestre del año 2016. Este grupo aportará información necesaria para poder, en un futuro próximo, intervenir a favor de la adquisición y mantención de conductas promotoras de salud en los estudiantes universitarios, de manera de empoderarlos de su propia salud y motivarlos a mejorar su calidad de vida.

A quienes den su consentimiento y que deseen participar libremente, se le solicitará que firmen este documento y respondan un cuestionario autoadministrado, no remunerado y sin riesgos físicos ni académicos, y sin costos agregados para el estudiante, para lo cual se estima un tiempo máximo aproximado de 15 minutos, en una sala de clases del recinto universitario.

Si desea participar es pertinente hacerle saber que cuenta con derechos tales como:

- Recibir respuesta ante cualquier duda que le surja sobre la investigación.
- Estar informado sobre los beneficios relacionados con el estudio, dado que beneficiara directamente al estudiante, como a su comunidad universitaria, al identificar adecuadamente las barreras que impiden asumir conductas promotoras de salud; lo cual también beneficiara a la sociedad en la prevención de enfermedades no transmisibles.
- Confidencialidad y anonimato de toda la información entregada por usted, dado que las encuestas serán foliadas, si posibilidad de asociar a un estudiante determinado y serán solo revisadas por los investigadores. La información obtenida será usada sólo para el estudio indicado y no para

otros estudios.

- Libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar del estudio sin que haya perjuicio en su condición universitaria.
- Pedir copia del consentimiento informado.

Solicito su participación voluntaria a este estudio.

Gracias.

Verónica Jara C.
RUT 16.061.462-5
vejara@udec.cl (043-2405149)
nriquelm@udec.cl (041-2404823)
RUT 11.494.054-2
Universidad de Concepción

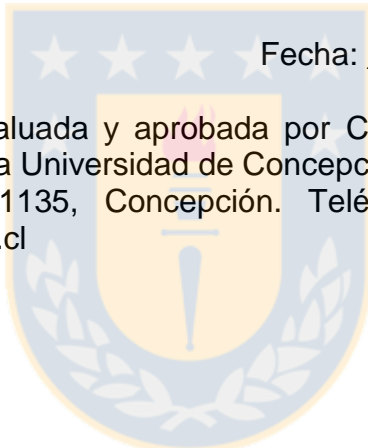
Nombre y Firma del Estudiante

RUT del Estudiante

Fecha: _____

Esta propuesta ha sido evaluada y aprobada por Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción.

Dirección: Víctor Lamas 1135, Concepción. Teléfono: 41-2207065. Correo electrónico: agayoso@udec.cl



NUMERO DE FOLIO: _____

I. CUESTIONARIO ANTECEDENTES SOCIODEMOGRAFICOS

A continuación se exponen preguntas que están relacionadas con sus antecedentes sociodemográficos y que son de gran importancia para la autora de la investigación. Por favor lea atentamente cada una de ellas y responda con sinceridad lo planteado. Cualquier duda será resuelta por las encuestadoras.

INSTRUCCIONES:

- La encuesta es individual y autoaplicada.
- Marque la opción exacta o más cercana a su opinión
- Las respuestas son anónimas y con fines exclusivamente académicos.
- Marque con una "X" la opción que corresponda.**

ITEM I: Antecedentes Sociodemográficos

- 1. Género:** Femenino ____ Masculino ____
- 2. Edad:** _____
- 3. Estado Civil:** _____ Con pareja ____ Sin pareja ____
- 4. Número de Hijos:** _____
- 5. Carrera:** _____
- 6. Año académico actualmente cursando:**
 - 1er año ____
 - 2do año ____
 - 3er año ____
 - 4to año ____
 - 5to año ____
- 7. Establecimiento de procedencia de Enseñanza Media:**
Municipal ____ Particular ____ Particular Subvencionado ____
- 8. Horas de sueño al día** _____
- 9. Cuantas veces a la semana sales a divertirte de noche (carrete)**

- 10. Consumes cigarrillo:** SI ____ NO ____ Cantidad diaria _____
Semanal _____
- 11. Consumes alcohol:** SI ____ NO ____ Cantidad diaria _____
Semanal _____
- 12. Consumes bebidas energéticas:** SI ____ NO ____ Cantidad diaria _____
Semanal _____
- 13. Consumes marihuana:** SI ____ NO ____ Cantidad diaria _____
Semanal _____
- 14. Consumes cocaína:** SI ____ NO ____ Cantidad diaria _____
Semanal _____

15. Consumes anfetaminas: SI ____NO ____ Cantidad diaria _____
Semanal _____

16. Consumes pastillas para estudiar: SI ____NO ____Cantidad diaria _____
Semanal _____

17. Consumes pastillas para dormir: SI ____NO ____ Cantidad diaria _____
Semanal _____

18. Has iniciado vida sexual: SI ____NO ____ ¿Con qué te proteges?



ITEM II: Escalas de Barreras percibidas para asumir Conductas de salud

Escala EBBS: ESCALA DE BENEFICIOS Y BARRERAS DE EJERCICIO

INSTRUCCIONES: A continuación hay una lista de declaraciones acerca de algunas ideas sobre el hacer ejercicio. Por favor indique con una X cuan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes declaraciones.

El significado de su elección es el siguiente:

- 1 = Completamente en desacuerdo
- 2 = En desacuerdo
- 3 = De acuerdo
- 4 = Completamente de Acuerdo

Nº	Afirmación	1	2	3	4
1	Yo disfruto el hacer ejercicio.				
2	Hacer ejercicio disminuye mi estrés y tensión.				
3	Hacer ejercicio mejora mi salud mental.				
4	Hacer ejercicio toma mucho de mi tiempo.				
5	Haciendo ejercicio, prevengo ataques al corazón.				
6	Hacer ejercicio me cansa.				
7	Hacer ejercicio aumenta la fuerza de mis músculos (fortaleza muscular).				
8	Hacer ejercicio me da un sentido de logro personal.				
9	Los lugares en que yo puedo hacer ejercicio están muy lejos.				
10	Hacer ejercicio me hace sentir relajado(a).				
11	Hacer ejercicio me permite tener contacto con mis amistades y con personas que me agradan.				
12	Me da mucha vergüenza hacer ejercicio.				
13	Hacer ejercicio evitará que me dé alta presión (hipertensión).				
14	Hacer ejercicio cuesta mucho dinero.				
15	Hacer ejercicio mejora mi condición física (acondicionamiento físico)				
16	Los lugares para hacer ejercicio no tienen horarios convenientes para mí.				
17	Mi tono muscular mejora haciendo ejercicio.				
18	Hacer ejercicio mejora el funcionamiento de mi corazón(sistema cardiovascular)				
19	Yo me fatigo cuando hago ejercicio.				
20	Cuando hago ejercicio, mi sentido de bien estar mejora.				
21	Mi esposo(a)/compañero(a) o ser más querido no apoya el hacer ejercicio				
22	Hacer ejercicio aumenta mis energías.				
23	Hacer ejercicio mejora mi flexibilidad.				
24	Hacer ejercicio toma mucho tiempo de las relaciones familiares.				

25	Mi disposición (animo) mejora cuando hago ejercicio.				
26	Hacer ejercicio me ayuda a dormir mejor por la noche.				
27	Voy a vivir más tiempo si hago ejercicio.				
28	Yo pienso que las personas en ropa de hacer ejercicio se ven graciosas.				
29	Hacer ejercicio me ayuda a disminuir la fatiga.				
30	Hacer ejercicio es una buena forma para conocer nuevas personas.				
31	Mi vigor físico (fortaleza física) mejora por medio del ejercicio.				
32	Hacer ejercicio mejora el concepto que tengo de mí mismo(a).				
33	Los miembros de mi familia no me animan a hacer ejercicio.				
34	Hacer ejercicio aumenta mi agilidad mental.				
35	Hacer ejercicio me permite llevar a cabo actividades normales sin que me canse				
36	Hacer ejercicio mejora la calidad de mi trabajo.				
37	Hacer ejercicio toma mucho tiempo de mis responsabilidades familiares				
38	Hacer ejercicio es un buen entretenimiento para mí.				
39	Hacer ejercicio aumenta la aceptación que otros tienen de mí.				
40	Hacer ejercicio es un trabajo duro para mí.				
41	Hacer ejercicio mejora el funcionamiento general de mi cuerpo.				
42	Hay muy pocos lugares para hacer ejercicio.				
43	Hacer ejercicio mejora mi apariencia física.				

Escala BHES: ESCALA DE BARRERAS DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Instrucciones: A continuación se presentan las declaraciones que se refieren a sus dificultades u obstáculos al practicar una alimentación saludable. Por favor, indique el grado en que usted está de acuerdo o en desacuerdo con las declaraciones respondiendo con una "X".

El significado de su elección es el siguiente:

- 1 = Muy de Acuerdo
- 2 = De acuerdo
- 3 = No sabe.
- 4 = En desacuerdo
- 5 = Muy en desacuerdo

Nº	Afirmación	Muy de acuerdo	De acuerdo	No sabe	En desacuerdo	Muy desacuerdo
		1	2	3	4	5
1	Tengo que ir más allá de 1 kilómetro para comprar alimentos para comer.					
2	Tengo que ir más allá de 1Km para comprar frutas y vegetales frescos.					
3	Yo no compro leche, ya que cuesta demasiado.					
4	Yo no compro pollo, carne o pescado porque cuesta demasiado.					
5	Yo no compro frutas porque cuesta demasiado.					
6	Sé cómo cocinar comidas con verduras					
7	Sé cómo cocinar comidas con pollo, carne o pescado.					
8	Sé cómo cocinar comidas saludables.					
9	La cocina, no está disponible donde vivo.					
10	Tengo en la cocina las herramientas necesarias para cocinar comidas saludables.					
11	Me gusta comer pollo, carne de vacuno, o pescado.					
12	Me gusta comer vegetales.					
13	Me gusta comer frutas.					
14	Me gusta comer arroz y/o cereales.					
15	Me gusta tomar agua (más de 1Lt al día).					
16	Me gusta tomar vitaminas y suplementos minerales.					

ITEM II: Escala de Autoestima de Rosemberg

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada:

1. Muy en desacuerdo
2. De acuerdo
3. En desacuerdo
4. Muy de acuerdo

Nº	Afirmación	1	2	3	4
1	Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2	Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a				
5	En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				
6	Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7	En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8	Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9	Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10	A veces creo que no soy buena persona.				

ITEM III: Escala General de Autoeficacia

ESCALA GENERAL DE AUTOEFICACIA		Incorrecto 1	Apenas cierto 2	Más bien cierto 3	Cierto 4
1	Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiera aunque alguien se oponga				
2	Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente				
3	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta alcanzar mis metas				
4	Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados				
5	Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas				
6	Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles				
7	Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo				
8	Puedo resolver la mayoría de mis problemas si me esfuerzo lo necesario				
9	Si me encuentro una situación difícil, generalmente, se me ocurre que hacer				
10	Al tener que hacer frente a un problema, generalmente, se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo				

ITEM IV: Versión en español de la Escala de Conductas Promotoras de Salud, De M. Kerr, N. Pender Y K. Sechrist

Este cuestionario contiene oraciones acerca de su estilo de vida o hábitos personales al presente. Por favor, responda a cada oración lo más exacto posible y trate de no pasar por alto ninguna oración. Indique la frecuencia con la que usted se dedica a cada conducta o costumbre, haciendo un círculo alrededor de la respuesta correcta:

1 = nunca

2 = algunas veces

3 = frecuentemente

4 = rutinariamente

Nº	Afirmación	1	2	3	4
1	Discuto mis problemas y preocupaciones con personas allegadas				
2	Escojo una dieta baja en grasas, grasas saturadas y colesterol				
3	Informo a un doctor(a) o a otros profesionales de la salud cualquier señal inusual o síntoma extraño				
4	Sigo un programa de ejercicios planificados				
5	Duermo lo suficiente				
6	Siento que estoy creciendo y cambiando en una forma positiva				
7	Elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos				
8	Limito el uso de azúcares y alimentos que contienen azúcar (dulces)				
9	Leo o veo programas de TV acerca del mejoramiento de la salud				
10	Hago ejercicios vigorosos por 20 o más minutos, por lo menos tres veces a la semana (tales y como caminar rápidamente, andar en bicicleta, baile aeróbico, usar la maquina escaladora)				
11	Tomo algún tiempo para relajarme todos los días.				
12	Creo que mi vida tiene propósito				
13	Mantengo relaciones significativas y enriquecedoras				
14	Como de 6 – 11 porciones de pan, cereales, arroz, o pasta (fideos) todos los días				
15	Hago preguntas a los profesionales de la salud para poder entender sus instrucciones				
16	Tomo parte en actividades físicas livianas a moderadas (tales como caminar continuamente de 30 a 40 minutos, 5 o más veces a la semana)				
17	Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar				
18	Miro adelante hacia el futuro				
19	Paso tiempo con amigos íntimos				
20	Como de 2 a 4 porciones de frutas todos los días				
21	Busco una segunda opinión, cuando pongo en duda las recomendaciones de mi proveedor de servicios de salud				
22	Tomo parte en actividades físicas de recreación (tales como trotar, nadar, bailar, andar en bicicleta)				
23	Me concentro en pensamientos agradables a la hora de acostarme				

24	Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo(a)				
25	Se me hace fácil demostrar preocupación, amor y cariños a otros				
26	Como de 3 a 5 porciones de vegetales todos los días				
27	Discuto mis cuestiones de salud con profesionales de la salud				
28	Hago ejercicios para estirar los músculos por lo menos 3 veces por semana				
29	Uso métodos específicos para controlar mi tensión				
30	Trabajo hacia metas de largo plazo en mi vida				
31	Tengo contacto físico con las personas que me importan				
32	Como de 2 a 3 porciones de leche, yogurt, o queso cada día				
33	Examino mi cuerpo por lo menos mensualmente, por cambios físicos o señales peligrosas				
34	Hago ejercicios durante actividades físicas usuales diariamente (tales como caminar a la hora del almuerzo, utilizar escaleras en vez de elevadores, caminar en lugar de usar locomoción)				
35	Mantengo un balance del tiempo entre el trabajo y pasatiempos				
36	Encuentro cada día interesante y retador				
37	Busco maneras de llenar mis necesidades de intimidad				
38	Como solamente de 2 a 3 porciones de carnes, aves, pescado, legumbres, huevos y nueces todos los días				
39	Pido información a los profesionales de la salud sobre como tener un buen cuidado de mi misma(o)				
40	Examino mi pulso cuando estoy haciendo ejercicios				
41	Practico relajación o meditación por 15 – 20 minutos diariamente				
42	Estoy consciente de lo que es importante para mí en la vida				
43	Busco apoyo de un grupo de personas que se preocupan por mí				
44	Leo las etiquetas nutritivas para identificar el contenido de grasa y sodio en los alimentos empacados				
45	Asisto a programas educacionales sobre el cuidado de salud personal				
46	Alcanzo mi pulso cardiaco objetivo cuando hago ejercicios				
47	Mantengo un balance para prevenir el cansancio				
48	Me siento unido con una fuerza más grande que yo				
49	Me pongo de acuerdo con otros por medio de dialogo y compromiso				
50	Tomo desayuno				
51	Busco orientación o consejo cuando es necesario				
52	Me expongo a nuevas experiencias y retos				