



UNIVERSIDAD DE  
GUANAJUATO

Campus Celaya-Salvatierra

División de Ciencias de la Salud e Ingenierías

Relación entre autoestima y estilo de vida de  
los adolescentes de la ciudad de Celaya,  
Guanajuato, un análisis de género

Tesis

Qué para obtener el grado de  
Maestro en Ciencias de Enfermería

Presenta:

L. E. Pablo Medina Quevedo

Directora de tesis:

D. C. E. Alicia Álvarez Aguirre

Co-Directora interna:

Dra. María Mercedes Moreno González

Co-Directora externa:

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Celaya, Guanajuato. Marzo, 2021



UNIVERSIDAD DE  
GUANAJUATO

Campus Celaya-Salvatierra

División de Ciencias de la Salud e Ingenierías

Relación entre autoestima y estilo de vida de  
los adolescentes de la ciudad de Celaya,  
Guanajuato, un análisis de género

Tesis

Que para obtener el grado de  
Maestro en Ciencias de Enfermería

Presenta:

L. E. Pablo Medina Quevedo

Directora de tesis:

D. C. E. Alicia Álvarez Aguirre

Co-Directora interna:

Dra. María Mercedes Moreno González

Co-Directora externa:

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Celaya, Guanajuato. Marzo, 2021



UNIVERSIDAD DE  
GUANAJUATO

Campus Celaya-Salvatierra

División de Ciencias de la Salud e Ingenierías

Relación entre autoestima y estilo de vida de los adolescentes de la ciudad de Celaya,  
Guanajuato, un análisis de género

TESIS

Qué para obtener el grado de  
Maestro en Ciencias de Enfermería

Presenta:

L. E. Pablo Medina Quevedo

Directora de tesis:

D. C. E. Alicia Álvarez Aguirre

Co-Directora interna:

Dra. María Mercedes Moreno González

Co-Directora externa:

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Sinodales

**Dra. Elizabeth Guzmán Ortiz**

Presidenta

**Dra. María Mercedes Moreno González**

Secretaria

**Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar**

Vocal

Celaya, Guanajuato. Marzo, 2021

## DEDICATORIA

La dedicatoria de este trabajo va dirigida especialmente a la persona que motivo el inicio de este reto, Alicia, muchas gracias por enseñarme que todo sueño es posible cuando se propone alcanzarlo, te agradezco por enseñarme el significado de resiliencia cuando más lo necesitaba, gracias por acompañarme en las buenas y las malas, en ti encontré al amor de mi vida y mi mejor amiga, sinceramente sin ti esto no fuera posible y por eso te lo agradezco, terminar esta Maestría a tu lado es un privilegio que el destino me ha dado.

A mis padres, Ana Alicia y Pablo, por todos los valores inculcado en mi infancia y juventud, este logro es un reflejo de la educación y amor que me otorgaron.

A mi hermana, Abigail, por apoyarme cuando más lo necesitaba, los primeros pasos que di en la profesión fueron porque tú estabas a mi lado tomándome de la mano, gracias por no dejarme caer.

A mi cuñado, Antonio, por las palabras de apoyo brindadas al inicio de mis estudios de pregrado, las cuales me motivaron siempre superarme.

A mi amiga y cuñada, Valeria, por acompañaros en este reto y culminarlo juntos, gracias por estar incondicionalmente para Alicia.

A mi Abuela, Teresa, por contar siempre con una anécdota de vida para platicar, son una válvula de escape de la presión que siento en algunos momentos.

A mi tía, Teresa, por hacerme sentir que soy la persona más especial del mundo cada vez que la visito.

A mi amigo, Noé, por apoyarme siempre y creer siempre en mí, gracias por todas las tardes de café que hemos pasado juntos, contigo cualquier tema desencadena horas de comento.

A mi amiga y mentora, Dra. Alicia Álvarez Aguirre, cuando la conocí supe que quería estudiar el posgrado, usted nos animó y sigue alentándonos a la superación profesional, es por eso y la paciencia, amabilidad, el carácter, dedicación, apoyo y conocimientos compartidos que agradezco.

A Pablo y David, esto fue y sigue siendo por ustedes.

## AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de Guanajuato por la oportunidad y apoyo brindado para el desarrollo de la Maestría.

Agradezco al Coordinador del Programa de Posgrado de la Maestría en Ciencias de Enfermería de la Universidad de Guanajuato, Dr. José Manuel Herrera Paredes por sus atenciones brindadas.

Al secretario de Posgrados, Lic. Fabián Arpero Ramírez por la solución de dudas y apoyo técnico brindado durante estos dos años.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, por la beca proporcionada para realizar mis estudios de posgrado.

A mi Directora de tesis, la Dra. Alicia Álvarez Aguirre por su paciencia, orientación y apoyo para que este proyecto fuera posible.

Muchas gracias a mis sinodales, Dra. María Mercedes Moreno González, Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar y Dra. Elizabeth Guzmán Ortiz, por sus comentarios, aportaciones y recomendaciones para la mejora de este estudio.

A mis docentes, por sus conocimientos, enseñanzas, tiempo, paciencia y dedicación en todo momento. En especial a la Dra. María de Lourdes García Campos por la manera de transmitir su conocimiento.

Agradezco a mis compañeros de maestría por compartir experiencias en el aula.

Agradezco al Dr. José López Muñoz, Director del Tecnológico Nacional de México en Celaya, por las facilidades para la realización del estudio.

También agradezco a la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo por las facilidades para la realización de estancia de investigación, principalmente a la Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar por su enseñanzas y disposición.

A los participantes, quienes con entusiasmo contribuyeron en la realización de este estudio.

## RESUMEN

El género es particularmente relevante en el adolescente, dado que los roles, las responsabilidades, desigualdades en la distribución de los recursos y normas de género interactúan con las diferencias biológicas para influir en la autoestima y estilo de vida de estos. Por esta razón, la presente investigación tuvo el objetivo de analizar la relación entre la autoestima y el estilo de vida de los adolescentes de la ciudad de Celaya, Guanajuato, mediante un análisis de género. Se realizó un tipo de estudio cuantitativo correlacional en una muestra de  $n= 338$  adolescentes de 18 y 19 años inscritos en una Institución de Educación Superior. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Autoestima de Rosenberg para la variable autoestima y el instrumento Perfil de Estilo de vida Promotor de Salud II para la variable estilo de vida. El estudio contó con la autorización de la Comisión de Investigación y del Comité de Bioética de la Universidad de Guanajuato. Dentro de los principales resultados, destaca que la muestra estuvo conformada en su mayoría por adolescentes de género femenino de 18 años de edad con preferencia sexual heterosexual, asimismo, se pudo observar que la autoestima tuvo una correlación positiva estadísticamente significativa con el estilo de vida del adolescente ( $r_s=.672, p<0.01$ ). El estudio fortalece el alcance de las teorías en enfermería como apoyo social y factor amortiguador en función al género, ratifica la necesidad de implementar un plan de acción en minorías sexuales, con intervenciones centradas en sus necesidades.

*Palabras clave:* Adolescente; Autoestima; Estilo de Vida; Análisis de Género; México.

## ABSTRACT

Gender is particularly relevant in adolescents, since roles, responsibilities, inequalities in the distribution of resources and gender norms interact with biological differences to influence their self-esteem and lifestyle. For this reason, the present research aimed to analyze the relationship between self-esteem and the lifestyle of adolescents in the city of Celaya, Guanajuato, through a gender analysis. A type of correlational quantitative study was carried out in a sample of  $n= 338$  adolescents aged 18 and 19 enrolled in a Higher Education Institution. The instruments used were the Rosenberg Self-Esteem Scale for the self-esteem variable and the Health Promoting Lifestyle Profile II instrument for the lifestyle variable. The study was authorized by the Research Commission and the Bioethics Committee of the University of Guanajuato. Among the main results, it is noteworthy that the sample consisted mostly of 18-year-old female adolescents with heterosexual sexual preference, and it was also observed that self-esteem had a statistically significant positive correlation with the lifestyle of the individual. adolescent ( $r_s=.672$ ,  $p<0.01$ ). The study strengthens the scope of nursing theories as social support and a buffering factor based on gender, confirms the need to implement an action plan in sexual minorities, with interventions focused on their needs.

*Key words:* Adolescent; Self esteem; Lifestyle; Gender Analysis; Mexico.

## ÍNDICE GENERAL

|   | <b>Pág.</b> |
|---|-------------|
| <b>DEDICATORIA</b> .....                      | i           |
| <b>AGRADECIMIENTOS</b> .....                  | iii         |
| <b>RESUMEN</b> .....                          | v           |
| <b>ABSTRACT</b> .....                         | vi          |
| <b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....                | x           |
| <b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....                 | xi          |
| <b>I.- INTRODUCCIÓN</b> .....                 | 1           |
| <b>II.- JUSTIFICACIÓN</b> .....               | 5           |
| <b>III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> ..... | 14          |
| <b>IV.- MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL</b> .....    | 17          |
| 4.1. Modelo de Promoción de la Salud.....     | 17          |
| 4.2. Autoestima.....                          | 25          |
| 4.3. Estilo de vida.....                      | 27          |
| 4.4. Análisis de género. ....                 | 28          |
| <b>V.- HIPÓTESIS</b> .....                    | 30          |
| <b>VI.- OBJETIVOS</b> .....                   | 31          |
| 6.1. Objetivo general.....                    | 31          |
| 6.2. Objetivos específicos.....               | 31          |
| <b>VII.- METODOLOGÍA</b> .....                | 32          |
| 7.1. Tipo de estudio.....                     | 32          |
| 7.2. Diseño metodológico.....                 | 32          |
| 7.3. Límites de tiempo y espacio.....         | 32          |
| 7.4. Universo.....                            | 33          |
| 7.5. Muestra.....                             | 33          |
| 7.6. Criterios de elegibilidad.....           | 34          |

|   |            |
|---|------------|
| 7.7. Variables.....   | 34         |
| 7.8. Instrumentos.....  | 35         |
| 7.9. Procedimiento.....   | 37         |
| 7.10. Análisis estadístico.....   | 39         |
| 7.11. Recursos.....   | 39         |
| <b>VIII.- CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES.....</b>  | <b>41</b>  |
| <b>IX.- RESULTADOS.....</b>   | <b>46</b>  |
| <b>X.- DISCUSIÓN.....</b>   | <b>57</b>  |
| <b>XI.- CONCLUSIONES.....</b>   | <b>73</b>  |
| <b>XII.- RECOMENDACIONES.....</b>   | <b>75</b>  |
| <b>XIII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>   | <b>76</b>  |
| <b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>  | <b>101</b> |
| <b>APÉNDICES</b>  |            |
| Apéndice A: Cronograma de actividades de proyecto de investigación.....                   | 102        |
| Apéndice B: Operacionalización de las variables sociodemográficas.....                    | 104        |
| Apéndice C: Operacionalización de las variables de estudio.....                           | 106        |
| Apéndice D: Cédula de Datos Sociodemográficos (CDS).....                                  | 107        |
| Apéndice E: Solicitudes para colecta de datos en Instituciones de Educación Superior..... | 109        |
| Apéndice F: Hoja de información para el participante.....                                 | 110        |
| Apéndice G: Consentimiento informado.....   | 113        |
| Apéndice H: Recursos materiales y financieros.....  | 114        |
| <b>ANEXOS</b>   |            |
| Anexo 1: Perfil de Estilo de vida Promotor de Salud (PEPS II).....                        | 115        |

|   |     |
|---|-----|
| Anexo 2: Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR).....   | 117 |
| Anexo 3: Instrucciones de puntuación instrumento Perfil de Estilo<br>de vida Promotor de Salud (PEPS II)..... | 118 |
| Anexo 4: Carta de aceptación Comisión de Investigación.....   | 119 |
| Anexo 5: Carta de aceptación Comité de Bioética.....  | 120 |
| Anexo 6: Autorización de Instituciones de Educación Superior.....   | 121 |
| Anexo 7: Cuestionario para la aplicación de la regla AMAI 2018 y<br>tabla de clasificación.....               | 122 |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|  | <b>Pág.</b> |
|--|-------------|
| Figura 1 Modelo de Promoción de la Salud revisado de Nola J. Pender, Carolyn L. Murdaugh y Mary Ann Parsons.....                         | 20          |
| Figura 2 Ubicación del estudio dentro del Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender, Carolyn L. Murdaugh y Mary Ann Parsons..... | 25          |

## ÍNDICE DE TABLAS

|  | <b>Pág.</b> |
|--|-------------|
| Tabla 1 Factor personal biológico: edad del adolescente.....   | 46          |
| Tabla 2 Factor personal biológico: sexo del adolescente.....   | 46          |
| Tabla 3 Factor personal sociocultural: género del adolescente....  | 47          |
| Tabla 4 Factor personal sociocultural: religión del adolescente...   | 47          |
| Tabla 5 Factor personal sociocultural: nivel socioeconómico del<br>adolescente.....  | 48          |
| Tabla 6 Preferencia sexual del adolescente .....   | 48          |
| Tabla 7 Prueba de confiabilidad Escala de Autoestima de<br>Rosenberg.....  | 49          |
| Tabla 8 Factor personal psicológico: Autoestima del<br>adolescente.....  | 49          |
| Tabla 9 Prueba de confiabilidad instrumento Perfil de Estilo de<br>vida Promotor de Salud.....   | 50          |
| Tabla 10 Conducta promotora de salud: Estilo de vida del<br>adolescente.....   | 50          |
| Tabla 11 Puntuación de dimensiones evaluadas en el instrumento<br>Perfil de Estilo de vida Promotor de Salud.....  | 51          |
| Tabla 12 Prueba de bondad de ajuste de las variables de estudio y<br>sus dimensiones.....  | 52          |
| Tabla 13 Preferencia sexual del adolescente por género.....  | 53          |
| Tabla 14 Puntuación del factor personal psicológico autoestima<br>del adolescente y la conducta promotora de salud estilo<br>de vida del adolescente por género..... | 53          |

|          |  |    |
|----------|--|----|
| Tabla 15 | Puntuación del factor personal psicológico autoestima del adolescente y conducta promotora de salud estilo de vida del adolescente por preferencia sexual..... | 55 |
| Tabla 16 | Correlación entre variables de estudio.....  | 56 |
| Tabla 17 | Correlación entre variable autoestima y dimensiones del estilo de vida.....  | 56 |

## I. INTRODUCCIÓN

El aumento de las Enfermedades No Trasmisibles (ENT) representa uno de los problemas sanitarios más importantes para el desarrollo mundial. Se estima que las ENT son responsables de 41 millones de muertes cada año, lo que equivale al 71% de los fallecimientos que se producen en el mundo<sup>1</sup>. Tan sólo en México, de las 703 mil defunciones ocurridas en el 2017, más del 60% se debieron a las ENT<sup>2</sup>.

Por ende, el desarrollo de conductas promotoras de salud es uno de los grandes desafíos propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>3</sup>. La promoción de la salud es un enfoque educativo, social y ambiental destinado a mejorar la salud mediante la introducción de estilos de vida y hábitos beneficiosos. Los comportamientos de promoción de la salud implican la realización de actividades proactivas para la autoactualización, la mejora y la prevención de enfermedades reflejadas en los estilos de vida<sup>4</sup>.

Se sabe, que las conductas promotoras en salud se adquieren en la adolescencia, ya que es una etapa de la vida marcada por cambios y transiciones que afectan los aspectos físicos, sexuales, cognitivos y emocionales del desarrollo<sup>5</sup>. Resulta una etapa clave para la adquisición y mantenimiento de estilos de vida que podrán prevenir la aparición de enfermedades a mediano y largo plazo, así como dolencias que pueden repercutir de manera inmediata<sup>6</sup>.

A su vez, a nivel afectivo, en la adolescencia se inicia una etapa de búsqueda de identificación por la discrepancia entre sus necesidades de autoafirmación y complicaciones externas<sup>7</sup>. Asimismo, se tiene a la autoestima como un

factor predisponente que proporciona la motivación para participar en comportamientos particulares<sup>8</sup>, incluyendo los estilos de vida.

De la misma forma, el género parece ser particularmente relevante en el adolescente<sup>9</sup>, dado que los roles, las responsabilidades, desigualdades en la distribución de los recursos y normas de género interactúan con las diferencias biológicas para influir en la salud de estos<sup>10</sup>. Por tal motivo, el propósito del proyecto de investigación fue analizar la relación entre la autoestima y el estilo de vida de los adolescentes de la ciudad de Celaya, Guanajuato. Lo anterior expuesto, para evitar hacer generalizaciones que obvian las especificidades del contexto en que se producen las relaciones de género<sup>10</sup> entre los adolescentes.

Cómo marco teórico para la explicación del fenómeno de estudio, se tomó el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola J. Pender, Carolyn L. Murdaugh y Mary Ann Parsons<sup>11</sup>. El MPS ofrece una guía para explorar los complejos procesos biopsicosociales que motivan a las personas a involucrarse en comportamientos dirigidos al mejoramiento de la salud y toma de decisión en de conductas de riesgo. De igual forma, ha sido utilizado en diversos países como Brasil<sup>12</sup>, Colombia<sup>13</sup> y México<sup>14</sup>, para explorar diversas temáticas, entre ellas el estilo de vida en adolescentes.

De esta manera, el presente documento contiene los resultados obtenidos a partir de la colecta de datos de las variables de estudio. A continuación, se describe su estructura, el cual consta de 13 capítulos: Se inicia con la introducción, en la que se describe la magnitud e incremento de las ENT, así como, la importancia del estudio de la autoestima y el estilo de vida de los adolescentes mediante un análisis de género.

Seguido por la justificación del estudio, en la cual se presentan los antecedentes de la temática, importancia y auge. Igualmente, se incluyen estudios relacionados de las variables estudiadas, las bases normativas, así como, el aporte de conocimiento nuevo a enfermería como disciplina y a otras áreas de afines.

El siguiente capítulo es el planteamiento del problema, donde se contextualiza de lo general a lo particular la problemática del estudio y la necesidad de la investigación, también, se especifica el beneficio social y el aporte al Cuerpo Académico para finalizar con la interrogante de investigación.

El marco teórico conceptual describe la teoría de enfermería utilizada para explicar el fenómeno, asimismo, se define de manera vertebrada los conceptos que sustentan el estudio. Después, se postula la hipótesis de investigación y se señalan los objetivos que guiaron al cumplimiento de la investigación.

En el capítulo de metodología, se especifica el tipo de estudio y diseño metodológico que se tomó como estrategia para responder a la pregunta de investigación. Además, se incluye el límite de tiempo y espacio bajo el cual se recolectó la información. De igual manera, se describe el universo estudiado, así como, el número de muestra, tipo de muestreo realizado y características de elegibilidad de los participantes de la investigación.

La variable independiente, dependiente y variables sociodemográficas se mencionan en el subcapítulo de variables, así como su operacionalización, seguido de la descripción de Cédula de Datos Sociodemográficos (CDS) e instrumentos utilizados para cada una de las variables de estudio.

El subcapítulo de procedimiento detalla los pasos de la colecta de información, consecutivo de la descripción del análisis estadístico y procesamiento de los datos, análogamente, se mencionan los recursos humanos, materiales y financieros que ayudaron a la realización de la investigación.

El capítulo de consideraciones ético-legales especifica los principios de la declaración de Helsinki y los artículos del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, tomados como base para la ejecución del proyecto.

El siguiente capítulo es el de resultados, donde se presentan los principales resultados de las variables de estudio acorde a los objetivos anteriormente planteados. Después, en el capítulo de discusión se relacionan los resultados de la investigación a la luz de la teoría de enfermería y estudios relacionados, además, se realiza un análisis de género al fenómeno de estudio.

Posteriormente, en el capítulo de conclusiones se hace constar los resultados obtenidos, la aportación de éstos para la disciplina de enfermería y se da respuesta a la hipótesis planteada. De igual modo, el capítulo de recomendaciones contiene sugerencias para futuras investigaciones.

Por último, se presentan los referentes bibliográficos citados en el contenido del proyecto, seguido por la bibliografía base en el desarrollo de este. Para finalizar en los apartados de apéndices y anexos, los cuales contienen los diferentes documentos utilizados en el desarrollo de a la investigación.

## II. JUSTIFICACIÓN

En los últimos años se ha observado un incremento en el padecimiento de ENT como la obesidad, diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva, insuficiencia renal y algunos tipos de cáncer, que son las principales causas de morbilidad y discapacidad entre la población, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo<sup>15</sup>.

Esto se ha convertido en una carga adicional que influye en una reducción de la esperanza y calidad de vida de las poblaciones. Epidemiológicamente el número de personas con diabetes ha aumentado de 108 millones en 1980 a 422 millones en el año 2014, con una prevalencia mundial del 8.5%. Se calcula que, en 2012, la carga total de mortalidad asociada con la hiperglucemia fue de 3.7 millones de defunciones<sup>16</sup>.

Por otra parte, a nivel mundial, uno de cada cinco adultos manifiesta tensión arterial elevada. Las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total de muertes registradas en el mundo. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9.4 millones de muertes. La hipertensión es la causa de por lo menos 45% de las muertes por cardiopatías, y 51% de las muertes por accidente cerebrovascular<sup>17</sup>. Se estima que del 20% al 35% de la población adulta de América Latina y el Caribe tiene hipertensión<sup>18</sup>.

A su vez, la OMS menciona que en 2016 había más de 1,900 millones de adultos con sobrepeso, de los cuales 650 millones tenían obesidad (13% de la población adulta mundial). Estas cifras incrementarían significativamente con el paso de los años, ya que la prevalencia de sobrepeso u obesidad en niños y

adolescentes se ha agravado del 4% en 1975 a más del 18% en 2016 (más de 340 millones de niños y adolescentes de 5 a 19 años con sobrepeso u obesidad)<sup>19</sup>.

A nivel nacional, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de medio camino 2016 [ENSANUT MC 2016]<sup>20</sup> exploró el estado de diversas enfermedades crónicas en México. Entre ellas, la diabetes en la población mexicana (mayor de 20 años) y se encontró que la prevalencia de diabetes en el país pasó de 9.2% en 2012 a 9.4% en 2016 (con base a un diagnóstico previo de la enfermedad).

Cabe mencionar, que de acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)<sup>21</sup>, México tiene la prevalencia más alta de diabetes entre los 35 países de la OCDE con 15.8% (más de 12 millones de los adultos afectados). Aunado a esto, las muertes por esta enfermedad se crecientan significativamente, ya que en 2016 se registraron 7 mil fallecimientos más que el año anterior, pasando de 98 mil 500 a 105 mil 500 decesos (15.3% de las muertes en el país)<sup>2</sup>.

Por otra parte, en 2016 la prevalencia de hipertensión arterial en los adultos mexicanos fue del 25.5% (25.1% en mujeres y 24.9% en hombres)<sup>22</sup>. Asimismo, las enfermedades cardiovasculares fueron responsables de aproximadamente 180 mil muertes en 2017, un poco más del 25% del total de las muertes reportadas en el país (703,047 fallecimientos), entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causaron 23,215 muertes, las cardiopatías isquémicas 101,877 muertes y los accidentes cerebrovasculares 35,248 fallecimientos<sup>2</sup>.

De igual forma, ENSANUT MC 2016<sup>23</sup> reportó en adultos mayores de 20 años una prevalencia combinada de 72.5% de sobrepeso u obesidad, además, cuatro de cada diez adolescentes (de 12 a 19 años) presentó sobrepeso u obesidad con una prevalencia combinada de 36.3%.

Actualmente, México ocupa el primer lugar a nivel internacional en obesidad infantil, problema que está presente no sólo en la infancia y la adolescencia, sino también en población en edad preescolar<sup>24</sup>. A consecuencia, la literatura señala que la obesidad infantil se asocia con diversas alteraciones metabólicas, como las dislipidemias, la diabetes e hipertensión, además de predisponer a una muerte prematura y discapacidad en la edad adulta<sup>25</sup>.

Por lo anterior mencionado, hoy existe suficiente evidencia del incremento en la prevalencia e incidencia de las ENT tanto en población adulta como en población infantil<sup>17-21,23</sup>, las cuales, se encuentran asociadas a estilos de vida poco saludables como el consumo de tabaco, el uso nocivo del alcohol, la ingesta nutricional superior a las necesidades y el sedentarismo, que son de los principales factores de riesgo conductuales de las ENT<sup>17</sup>.

Debido a esto, el desarrollo de conductas promotoras de salud es uno de los grandes desafíos propuestos por la OMS<sup>3</sup>. Pender et al.<sup>11</sup> en su MPS, expresa que estas conductas promueven el bienestar y desarrollo de la persona y disminuyen la aparición de patologías que comprometen la vida, tales como las ENT<sup>26</sup>.

Por otra parte, Alves et al.<sup>5</sup> menciona que las conductas promotoras en salud se adquieren tempranamente en la adolescencia, ya que, es una etapa de la vida marcada por cambios y transiciones que afectan a los aspectos físicos, sexuales, cognitivos y emocionales del desarrollo.

Durante este largo período, el adolescente toma decisiones en relación con su futuro, sobre todo a nivel personal. Muchos efectos de los factores de riesgo a la salud, entre los adultos, pueden ser evitados si estos comportamientos se identifican y se modifican en una etapa inicial<sup>27</sup>. Por lo tanto, es esencial entender y evaluar el estilo de vida entre los adolescentes con el fin de promover su crecimiento sano.

El estilo de vida es entendido como el modo de vivir de un individuo o grupo poblacional en el que influyen tanto las características personales y patrones de comportamiento individuales, cómo las condiciones de vida en general y los aspectos socioculturales<sup>28</sup>. Además, el estilo de vida comprende actitudes y valores, que se expresan en el comportamiento del individuo en diferentes áreas de la vida, entre ellas, la actividad física, la alimentación, el uso de bebidas alcohólicas y cigarrillos, así como el manejo de la sexualidad<sup>29</sup>.

La evidencia, muestra que un estilo de vida activo se asocia a una mejor salud. Al respecto, Chalco y Mamani<sup>15</sup> relacionaron el estilo de vida y el estado nutricional de 176 adolescentes de secundaria en Perú, reportaron que 64.2% de los estudiantes presentó un estado nutricional normal, así mismo, 57.5% evidenció un estilo de vida en el nivel saludable y concluyeron que existe relación entre el estilo de vida y el estado nutricional y que esta relación es estadísticamente significativa en dicha población ( $X^2=60.856$ ,  $p<0.001$ ).

El estudio realizado por Guevara-Valtier et al.<sup>30</sup> en 79 adolescentes de 17 a 19 años, se propuso identificar el estilo de vida de adolescentes mexicanos de acuerdo con su Índice de Masa Corporal (IMC) y encontró que 80% de la muestra tenía un estilo de vida no saludable y 60% presentó sobrepeso u obesidad.

En la misma línea, una investigación realizada en adolescentes sobre estilos de vida saludables, resaltó, que se debe ampliar el espectro investigativo a la búsqueda de relaciones entre variables y factores determinantes del estilo de vida en este grupo poblacional, además que la identificación temprana de alteraciones en uno o varios de sus componentes permitirá implementar medidas de intervención específicas y contribuir con el bienestar general de los adolescentes a lo largo del tiempo<sup>31</sup>.

Es importante destacar que el estilo de vida saludable no hace referencia exclusiva a la salud física, sino también, a la salud mental de las personas<sup>31</sup> y en este aspecto la autoestima juega un papel importante. Según Rosenberg<sup>32</sup> la autoestima es una actitud positiva de la persona hacia sí mismo, favorece el sentimiento de seguridad de la persona y regula la conducta mediante un proceso de autoevaluación, de modo que el comportamiento de una persona está determinado en gran medida por la autoestima que posea en ese momento.

Cabe señalar, la importancia de estudiar la autoestima, que es considerada un factor protector que ayuda al sujeto en la toma de decisión al momento de presentar influencias no saludables. Un estudio realizado en Turquía a 1,001 adolescentes de secundaria relacionó la autoestima y el estilo de vida de los adolescentes ( $r=0.415$ ,  $p<0.01$ ), encontraron que la autoestima y los hábitos de vida saludables adquiridos por los adolescentes son un factor importante para determinar el estado de su bienestar psicosocial<sup>33</sup>.

De la misma manera, el estudio realizado en México por Armendáriz et al.<sup>34</sup> en 134 adolescentes de secundaria, reportó que los adolescentes que no han consumido alcohol en el último año muestran índices más altos de autoestima que los que sí han consumido ( $t=-2.17$ ,  $p<0.05$ ), y concluyen que la

autoestima es un recurso psicológico que fomenta el ajuste saludable del adolescente.

Por otra parte, se debe de considerar que mujeres y hombres se comportan de manera diferente, ocupan posiciones distintas y desiguales en la vida pública y privada, además, utilizan de manera distinta los servicios sanitarios y reciben de ellos respuestas diversas para problemas similares, lo que tiene implicaciones para las desigualdades en salud<sup>35</sup>.

En cuanto a las diferencias de género, distintas investigaciones realizadas a nivel nacional<sup>9,36</sup> e internacional<sup>37-40</sup> indican la existencia de diferencias significativas entre las adolescentes y los adolescentes en las conductas estudiadas, que influyen en el estilo de vida. De igual manera, recomiendan continuar investigando sobre el tema en el contexto actual, así como utilizar distintos instrumentos de medición y estudiar otras variables en conjunto a los roles de género tales como la autoestima<sup>9</sup>.

Por consiguiente, fue sustancial la realización del estudio mediante un análisis de género para entender mejor el fenómeno de acuerdo con las posibilidades y limitaciones de los adolescentes y las adolescentes reflejadas en la autoestima y su estilo de vida. Ya que, en el ámbito de la salud, un análisis de género enfatiza las diferencias en la situación de salud y sus factores determinantes, el acceso y la utilización de los servicios de salud según necesidades, la capacidad para contribuir económicamente a los servicios, así como la participación de los hombres y las mujeres en la gestión sanitaria<sup>10</sup>.

A continuación, se describe la relevancia teórica, viabilidad, factibilidad, relevancia del estudio y trascendencia de la realización de la presente investigación.

Relevancia teórica: La investigación se basó en el MPS de Pender et al.<sup>11</sup> que fue propuesto como un marco para integrar las perspectivas de enfermería y de las ciencias de la conducta sobre factores que influyen en las conductas promotoras de salud. Se utilizó como una guía para explorar los procesos biológicos y psicológicos, que motivan a los adolescentes y las adolescentes a realizar conductas dirigidas a favorecer la salud y bienestar<sup>41</sup>.

En consideración, el estudio se centró en relacionar la autoestima con el estilo de vida de los adolescentes de la ciudad de Celaya, mediante un análisis de género; los factores considerados incluyeron la autoestima es decir “la actitud positiva de la persona hacia sí mismo”<sup>32</sup>, así como el estilo de vida es decir “el patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente en la salud”<sup>42</sup>.

Puesto que, son escasas las investigaciones que relacionan la autoestima y el estilo de vida como variables que afectan los comportamientos de promoción de la salud entre las adolescentes y los adolescentes mediante un análisis de género.

Viabilidad: El presente estudio fue viable, debido a que se contó con los recursos humanos: Tutor, asesores y especialistas en el fenómeno de estudio. Así como recursos materiales: Laptop, impresora, fotocopias, etc.

Factibilidad: La investigación fue factible, debido a que se dispuso del acceso a la población y el tiempo necesario para la autorización, colecta y análisis de los datos obtenidos.

Relevancia del estudio: La investigación contribuirá con los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS)<sup>43</sup> en su objetivo tres: Garantizar una vida sana y

promover el bienestar de todos en todas las edades, meta 3.4 (reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles).

De igual forma, las intervenciones subsecuentes del estudio colaborarán en la consecución de las nueve metas mundiales propuestas por la OMS, en relación con Plan de Acción Mundial de la OMS sobre las ENT<sup>44</sup>. Específicamente en la meta mundial uno: Reducción relativa de la mortalidad general por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas en un 25% para 2025.

Por otra parte, el estudio tomó en cuenta las especificaciones de la NORMA Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años<sup>45,46</sup>. Donde se establecen los criterios que deben seguirse para brindar la atención integral a la salud, la prevención y el control de las enfermedades prevalentes en las personas del grupo etario de 10 a 19 años y la promoción de la salud, con perspectiva de género, pertinencia cultural y respeto a sus derechos fundamentales.

Además, de seguir las consideraciones establecidas en las normas oficiales mexicanas relacionadas con la prevención de ENT, las cuales especifican, que los factores protectores para la prevención y control de las ENT consisten en modificar el estilo de vida<sup>47-49</sup>.

Trascendencia: La investigación proporcionará datos de referencia para el desarrollo de acciones específicas de la salud para los adolescentes de la comunidad respecto a la relación subyacente de la autoestima con los estilos de vida mediante un análisis de género. Asimismo, los resultados apoyarán, a la línea de generación y aplicación del conocimiento Estilo de Vida Saludable en personas con enfermedades no trasmisibles del Cuerpo Académico Estilo

de Vida Saludable del Campus Celaya-Salvatierra de la Universidad de Guanajuato.

### III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El aumento de las ENT representa uno de los desafíos sanitarios más importantes para el desarrollo mundial. Este reto creciente amenaza el desarrollo económico, social, la vida y la salud de millones de personas<sup>44</sup>. A nivel estatal, en 2017 la mortalidad reportada en estado de Guanajuato fue de 34,832 fallecimientos<sup>2</sup> y las ENT fueron las primeras cinco causas de muerte.

Igualmente, de las primeras diez causas de muerte prematura del estado, cinco son prevenibles y están relacionadas con el estilo de vida<sup>50</sup>. A consecuencia de esto, de las 4,830 muertes reportadas en el municipio de Celaya, 44% fueron causadas por ENT<sup>2</sup> y se pronostica un aumento significativo en estas, debido a los elevados índices y prevalencias de ENT<sup>50</sup>.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)<sup>51</sup> se reporta una población de 494 mil habitantes en el municipio de Celaya, de la cual más del 19% son adolescentes (10 a 19 años)<sup>52</sup>. Es importante señalar, que la adolescencia puede ser un período especialmente difícil del curso de la vida, ya que se producen rápidos cambios cognitivos, físicos, psicológicos y emocionales reflejados en un estilo de vida que puede afectar la salud y el bienestar del adolescente<sup>53</sup> en una etapa futura.

El estilo de vida formado durante este período también puede determinar patrones posteriores de conductas saludables, además, es relativamente más fácil cambiar estos patrones durante la adolescencia<sup>4</sup>, en lugar de la edad adulta, cuando los problemas relacionados con la salud ya se hacen evidentes. Cabe destacar, que la adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida (entre los 15 y los 19 años) y es durante estos años que los adolescentes ingresan en el mundo de la educación superior,

establecen su propia identidad y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea<sup>54</sup>.

Debido a esto, es sustancial el estudio de los adolescentes en su fase tardía. El cerebro del adolescente continúa desarrollándose y reorganizándose, la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente, de igual manera, las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes<sup>54</sup> y la autoestima puede ser un factor determinante para la adquisición de un estilo de vida en esta fase, donde la capacidad de diferenciar factores protectores cómo de riesgo está mejor desarrollada.

Se estima que hasta el 60% de la calidad de vida y salud de un individuo dependen de su estilo de vida<sup>55</sup>, por lo que, es necesario identificar las variables que afectan estas conductas. Según estudios<sup>56,57</sup> las variables que influyen en la promoción de la salud y el comportamiento de los adolescentes incluyen el género y el año de escolaridad.

En consideración, la presente investigación relaciona la variable autoestima, capaz de influir en el entorno y la situación, lo que a su vez afecta las conductas de promoción de la salud<sup>4</sup> y la variable estilo de vida, que es un “patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente en la salud”<sup>42</sup>. Además, se analizan los resultados mediante la metodología de análisis de género, debido a que, el género es uno de los principales determinantes de las desigualdades sociales en la salud, es decir, de las diferencias en la salud entre hombres y mujeres que son injustas, sistemáticas y evitables<sup>58</sup>.

Cuando se examinan los roles, las responsabilidades, diferencias en la distribución de los recursos, el poder entre los hombres y las mujeres en

contextos específicos y el resultado de esta reflexión se documenta, es posible determinar dónde existen desigualdades e inequidades<sup>10</sup>. De esta manera, entender mejor el fenómeno revelará las influencias, omisiones y consecuencias del trabajo que se realiza en la política, la programación y la planificación sanitaria<sup>59</sup>.

Asimismo, se proporcionarán datos de referencia para el desarrollo de acciones específicas de salud y se podrán realizar cuidados de enfermería con un enfoque de género basados en evidencia, encaminados a la adquisición de un estilo de vida promotor de salud en los adolescentes y las adolescentes de la ciudad de Celaya, Guanajuato.

**Por lo anterior expuesto, se propone la siguiente pregunta de investigación:**

*¿Cuál es la relación entre la autoestima y el estilo de vida de los adolescentes y las adolescentes de la ciudad de Celaya, Guanajuato?*

## IV. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

El presente capítulo integra los elementos teóricos que fundamentan la investigación, está compuesto por cuatro subcapítulos; en el primer punto se aborda el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) propuesto por Nola J. Pender, Carolyn L. Murdaugh y Mary Ann Parsons<sup>11</sup>, considerado como referente teórico y de sustento para responder el fenómeno; el segundo y tercer subcapítulo describe los conceptos de las variables de estudio, autoestima<sup>32</sup> y estilo de vida<sup>11</sup> respectivamente, por último, se define análisis de género<sup>10</sup> el cual permitió explicar los resultados del estudio.

### 4.1. Modelo de Promoción de la Salud

El MPS fue publicado en 1982 y fue propuesto como un marco para integrar las perspectivas de enfermería y de las ciencias conductuales sobre factores que influyen en las conductas de salud<sup>60</sup>. De igual modo, expone de forma amplia bajo una Visión del Mundo de Interacción Recíproca<sup>61</sup> los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud.

Pender menciona, que el estilo de vida promotor de la salud es un patrón multidimensional de acciones auto iniciadas y percepciones que sirven para mantener o ampliar el nivel de bienestar, auto realización del adolescente, tales acciones, son la nutrición, actividad física, responsabilidad en salud, manejo de estrés, el crecimiento espiritual y las relaciones interpersonales<sup>42</sup>. Cuando la conducta promotora de salud está integrada a un estilo de vida saludable que incorpora todos los aspectos de la vida, da como resultado una experiencia de salud positiva durante la vida<sup>60</sup>.

El modelo destaca, que la personas valoran el crecimiento en las direcciones observadas como positivas, análogamente, los profesionales de la salud forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida por lo tanto la reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona-entorno es esencial para el cambio de conducta y estas conductas se establecen por primera vez en la juventud donde las adolescente y los adolescente están expuestos a múltiples estresores, como el autoestima (para el presente estudio) que causa un efecto directo en el estilo de vida sano de la persona<sup>41</sup>.

Teóricamente el MPS expone cómo las características y experiencias individuales, así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud, toda esta perspectiva Pender et al.<sup>11</sup> la integra en el diagrama del MPS (Ver Figura 1).

En el diagrama se pueden ubicar los constructos<sup>41</sup> en tres columnas de izquierda a derecha; la primera columna trata sobre las características y experiencias individuales de las personas y abarca dos conceptos: conducta previa relacionada y los factores personales.

***Conducta previa relacionada.*** El primer concepto se refiere a las experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud.

***Factores personales.*** El segundo concepto describe los factores personales, categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales de acuerdo con este enfoque son predictivos de una cierta conducta, y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de las conductas.

Los constructos de la segunda columna son los centrales del modelo y se relacionan con las cogniciones y afectos (sentimientos, emociones, creencias) específicos de la conducta, comprende seis conceptos; los beneficios percibidos por la acción, barreras percibidas para la acción, auto eficacia percibida, afecto relacionado con el comportamiento, influencias interpersonales e influencias situacionales.

***Beneficios percibidos por la acción.*** Son los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud.

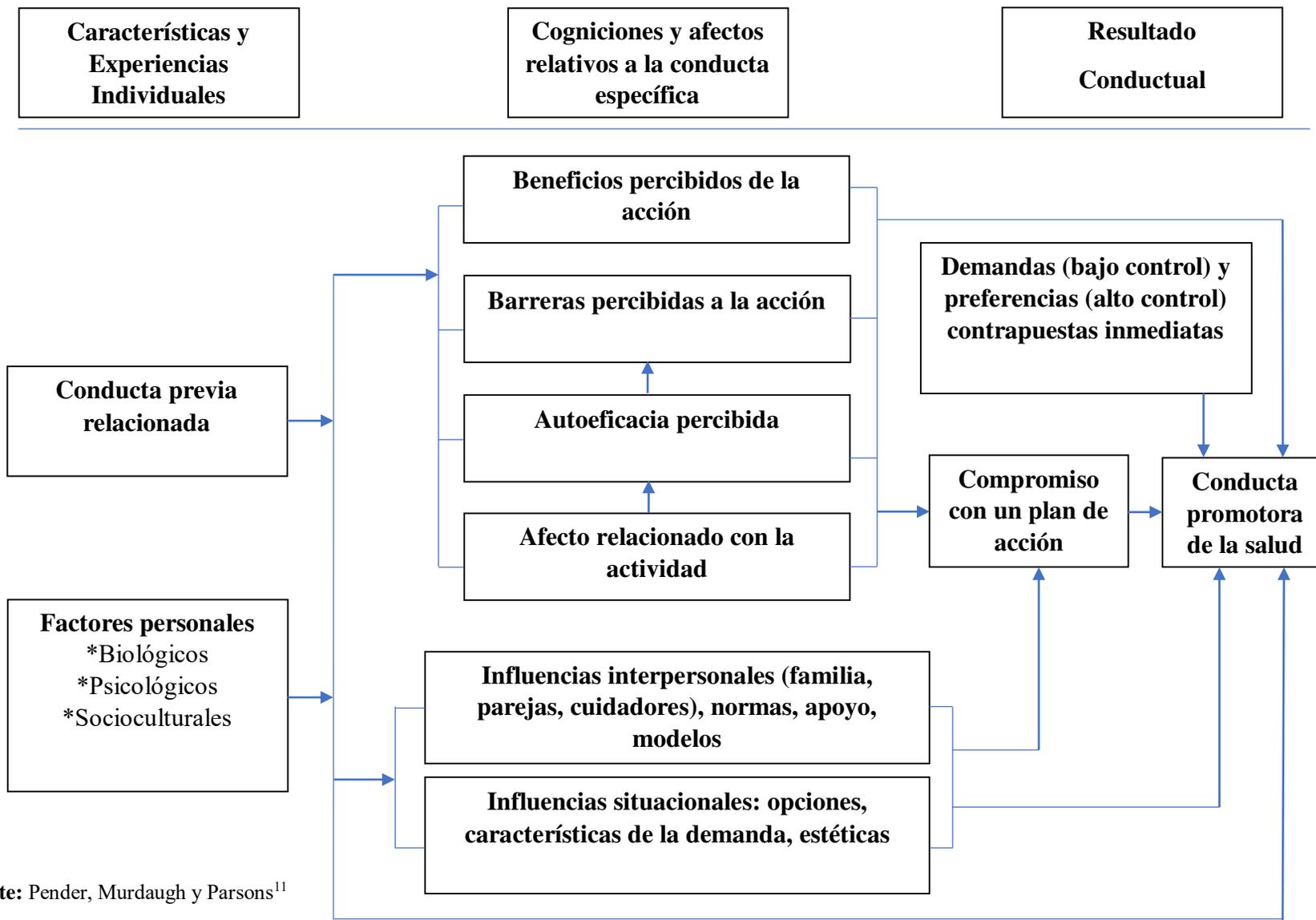
***Barreras percibidas para la acción.*** Alude a las apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona que pueden obstaculizar un compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real.

***Autoeficacia percibida.*** Éste constituye uno de los conceptos más importantes en este modelo porque representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, conforme es mayor aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta la eficacia percibida de uno mismo tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica.

***Afecto relacionado con la actividad.*** Son las emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta.

***Influencias interpersonales.*** Se considera más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios e incluso ofrecen ayuda o apoyo para permitirla.

**Figura 1.- Modelo de Promoción de la Salud revisado.**



Fuente: Pender, Murdaugh y Parsons<sup>11</sup>

***Influencias situacionales.*** Las cuales pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud.

Los diversos constructos enunciados en la primera (características y experiencias individuales) y segunda columna (cogniciones y afectos específicos de la conducta) se relacionan e influyen en el tercer constructo: Resultado conductual, compuesto por conceptos como; compromiso para un plan de acción, demandas y preferencias contrapuestas inmediatas y conducta promotora de salud, ubicados en la tercera columna.

***Compromiso para un plan de acción.*** Constituye el precedente para el resultado final deseado, es decir para la conducta promotora de la salud; en este compromiso pueden influir, además, las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas.

***Demandas y preferencias contrapuestas inmediatas y conducta promotora de salud.*** Las primeras se consideran aquellas conductas alternativas sobre las que los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia, en cambio las preferencias personales posibilitan un control relativamente alto sobre las acciones dirigidas a elegir algo.

***Conducta promotora de salud.*** En síntesis, el MPS plantea las dimensiones y relaciones que participan para generar o modificar la conducta promotora de la salud, ésta es la expresión de la acción dirigida a los resultados de la salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva<sup>41</sup>. Diagrama completo del MPS en Figura 1.

Asimismo, el MPS cuenta con catorce proposiciones teóricas:

1. La conducta previa y las características heredadas y adquiridas influyen en las creencias, el afecto y la promulgación de las conductas de promoción de la salud.
2. Las personas se comprometen a adoptar conductas a partir de las cuales anticipan los beneficios derivados valorados de forma personal.
3. Las barreras percibidas pueden obligar a adquirir el compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real.
4. La competencia percibida de la eficacia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta.
5. La eficacia de uno mismo más percibida tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica.
6. El afecto positivo hacia una conducta lleva a una eficacia de uno mismo más percibida, que puede, poco a poco, llevar a un aumento del afecto positivo.
7. Cuando las emociones positivas o el afecto se asocian con una conducta, aumenta la probabilidad de compromiso y acción.
8. Es más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de la salud cuando los individuos importantes para él o ella modelan su conducta, esperan que se produzca la conducta y ofrecen ayuda y apoyo para permitirla.
9. Las familias, las parejas y los cuidadores de la salud son fuentes importantes de influencias interpersonales que pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso para adoptar una conducta promotora de salud.
10. Las influencias situacionales en el entorno externo pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud.

11. Cuanto mayor es el compromiso de un plan específico de acción, más probable es que se mantengan las conductas promotoras de salud a lo largo del tiempo.
12. El compromiso de un plan de acción es menos probable que acabe en una conducta deseada cuando las exigencias contrapuestas en las que las personas tienen menos control requieren una atención inmediata.
13. Es menos probable que el compromiso de un plan de acción llegue a ser la conducta deseada cuando unas acciones son más atractivas que otras y, por lo tanto, son preferidas en la meta de la conducta.
14. Las personas pueden modificar los conocimientos, el afecto y los entornos interpersonales y físicos para crear incentivos para las acciones de salud.

En consideración a lo anterior, con el fin explicar la relación entre la autoestima y el estilo de vida de los adolescentes, el presente estudio tomo como base la primera proposición del MPS, así como, la segunda y decima afirmación teórica para entender mejor el fenómeno en función al género.

- La conducta previa y las características heredadas y adquiridas influyen en las creencias, el afecto y la promulgación de las conductas de promoción de la salud.
- Las personas se comprometen a adoptar conductas a partir de las cuales anticipan los beneficios derivados valorados de forma personal.
- Las influencias situacionales en el entorno externo pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud.

De igual manera, para fines prácticos se tomaron conceptos del primer y tercer constructo (Ver Figura 2). Primer constructo: Características y experiencias

individuales, en su concepto factores personales; biológicos, psicológicos, y socioculturales.

*Características y experiencias individuales.* El MPS menciona que cada persona tiene unas características personales y experiencias únicas que afectan a las acciones posteriores. Los factores personales predictivos de un comportamiento dado están determinados por la naturaleza de la conducta objetivo que se considere. En el MPS los factores personales se categorizan como biológicos, psicológicos y socioculturales. Se sugiere, que los factores personales deben limitarse a los que son teóricamente relevantes para explicar o predecir un comportamiento objetivo determinado. Para el presente estudio:

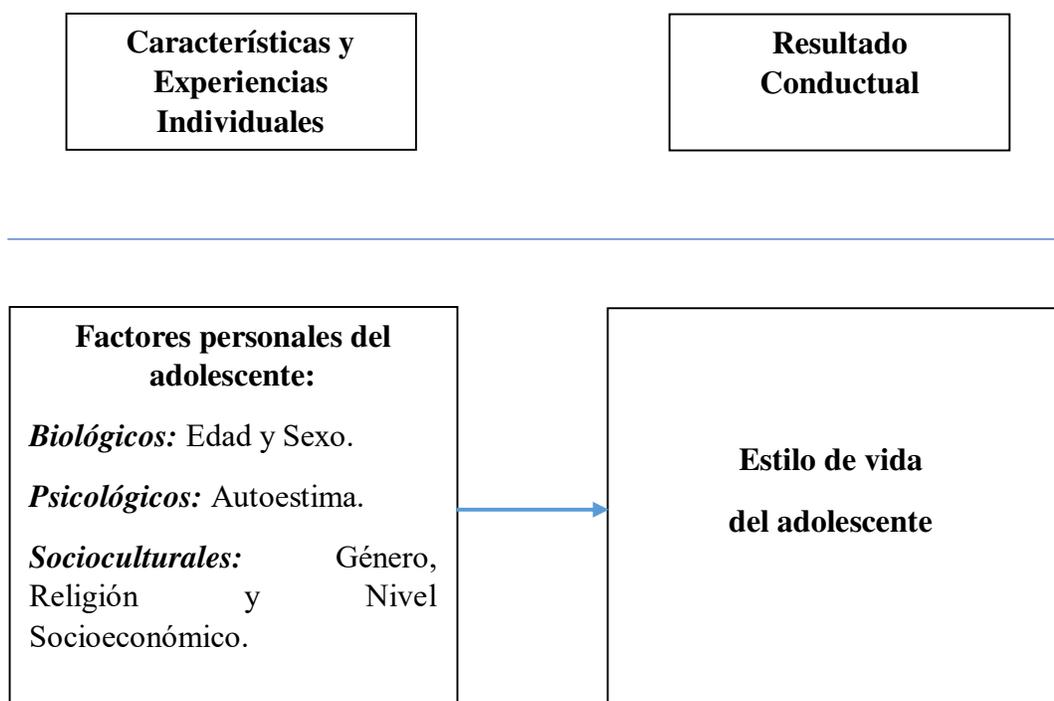
- **Factores personales biológicos del adolescente:** Como factores biológicos se tomó en cuenta la edad y sexo.
- **Factores personales psicológicos del adolescente:** Como factores psicológicos se abordó la autoestima definida por Rosenberg<sup>32</sup> como “actitud positiva de la persona (adolescente) hacia sí mismo”.
- **Factores socioculturales del adolescente:** Se tomó en cuenta el género, la religión, así como, el nivel socioeconómico del adolescente.

En el tercer constructo se utilizó: Resultado conductual, en el concepto; conducta promotora de salud. Ya que, la promoción de la salud es el punto final o los resultados de la acción en el MPS. Sin embargo, la conducta promotora de la salud es en última instancia dirigida a la consecución de los resultados de salud positivos para la persona.

*Conducta promotora de salud.* Se definió como conducta promotora de salud al estilo de vida promotor de salud en el adolescente, definido por Pender et al.<sup>42</sup> como “un patrón multidimensional de acciones que la persona

(adolescente) realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente en la salud”. En la figura se muestra la ubicación del fenómeno en el MPS (Ver Figura 2).

**Figura 2.-** Ubicación del fenómeno dentro del Modelo de Promoción de la Salud.



**Fuente:** Medina Quevedo P, Álvarez Aguirre A.

#### 4.2. Autoestima

La autoestima, ha sido estudiada desde distintas perspectivas; psicología, ciencias sociales, medicina, educación etc., por ende, existe una gran diversidad de definiciones sobre esta variable. Al respecto Burns<sup>62</sup>, considera la autoestima como un aspecto del autoconcepto, en cualquier caso, incluye juicios de valor sobre la competencia de uno mismo y los sentimientos asociados a esos juicios.

Por otra parte, De Mérzeville<sup>63</sup>, menciona que la autoestima está configurada por factores tanto internos como externos. Explica que los factores internos radican o son creados por el individuo; ideas, creencias, prácticas o conductas. Y los factores externos, son los factores del entorno; los mensajes transmitidos verbal o no verbalmente, o las experiencias suscitadas por los padres, los educadores, las personas significativas para nosotros, las organizaciones y la cultura.

Mruk<sup>64</sup>, la define como una percepción interna de uno mismo, que puede verse afectada por comparación externa de pares o modelos a seguir. Es multifacética, multidimensional y alude a una actitud hacia uno mismo que se expresa en la forma habitual de pensar, amar, sentir, trabajar, estudiar y comportarse.

Para Maslow<sup>65</sup>, la autoestima se refiere a la necesidad de respeto y confianza en sí mismo. La necesidad de la autoestima es básica, todos tienen el deseo de ser aceptados y valorados por los demás. Satisfacer esta necesidad de autoestima hace que las personas se vuelvan más seguras de sí mismas. El no poder tener reconocimiento por los propios logros, puede llevar a sentirse inferior o un fracasado.

El presente estudio se realizó bajo la concepción de Rosenberg<sup>32</sup>, el cual refiere que la autoestima, favorece el sentimiento de seguridad de la persona (para este caso el adolescente) y regula la conducta mediante un proceso de autoevaluación, de modo que el comportamiento de un adolescente está determinado en gran medida por la autoestima que posea en ese momento, al definir la autoestima como una actitud positiva o negativa hacia sí mismo, que tiene dos connotaciones diferentes: la autoestima alta y la autoestima baja.

### 4.3. Estilo de vida

Los estilos de vida han sido objeto de estudio de diferentes disciplinas, entre ellas la sociología, la antropología médica, epidemiología y enfermería, aunque con significados diferenciados<sup>66</sup>.

Según la OMS<sup>67</sup>, el estilo de vida es un modo general de vivir basado en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones de conducta individuales determinados por factores socioculturales y características personales.

A su vez Cockerham<sup>68</sup>, define el estilo de vida en el área de la salud, como los patrones de comportamientos colectivos que se configuran a partir de diferentes elecciones que hacen los seres humanos, estos están condicionados por las oportunidades de vida que les brinda el contexto en que se desarrollan.

Para Lalonde<sup>69</sup>, el estilo de vida consiste en la gama de decisiones que el individuo toma y que le afecta, sobre las que tiene mayor o menor control; si éstas son malas decisiones desde el punto de vista de salud, el individuo crearía un riesgo autoimpuesto, que le puede predisponer a enfermar o incluso llevar a la muerte, reconociéndose la multivariabilidad en la toma de decisiones.

El presente estudio, adoptó la definición de Pender et al.<sup>42</sup> que considera el estilo de vida como un patrón multidimensional de acciones que la persona, para este caso el adolescente, realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente en la salud, tales acciones son; la nutrición, la actividad física, la responsabilidad en salud, el manejo de estrés, el crecimiento espiritual y las relaciones interpersonales. Y para comprender al estilo de vida se requiere

el estudio de tres categorías principales; las características y experiencias individuales, la cognición y motivaciones específicas de la conducta y por último el resultado conductual.

#### **4.4. Análisis de género**

Es importante señalar que el género afecta tanto a hombres como a mujeres, que la definición de feminidad se hace en contraste con la de masculinidad, por lo que género se refiere a aquellas áreas tanto estructurales como ideológicas que comprenden relaciones entre los sexos<sup>70</sup>.

El análisis de género es una herramienta teórico-metodológica que permite el examen sistemático de las prácticas y los roles que desempeñan las mujeres y los hombres en un determinado contexto económico, político, social o cultural<sup>71</sup>. Es una manera de comprender las diferencias y semejanzas de las experiencias de las mujeres y los hombres<sup>10</sup>.

En el ámbito de la salud, un análisis de género también enfatiza las diferencias en la situación de salud y sus factores determinantes, el acceso y la utilización de los servicios de salud según necesidades, la capacidad para contribuir económicamente a los servicios, así como la participación de los hombres y las mujeres en la gestión sanitaria<sup>10</sup>. Y sirve para captar cómo se producen las relaciones de género dentro de una problemática específica (la relación entre la autoestima y el estilo de vida de los adolescentes de la ciudad de Celaya, Guanajuato) y con ello detectar ajustes que habrán de emprenderse para lograr la equidad entre los géneros<sup>71</sup>.

Asimismo, considera en qué forma los roles y normas de género interactúan con las diferencias biológicas para influir en la salud de las mujeres y los

hombres en las diferentes etapas de la vida (como la adolescencia). Por ejemplo; los hombres y las mujeres sufren algunas enfermedades diferentes, factores de riesgo, modos de transmisión y síntomas de la misma enfermedad pueden ser distintos en el hombre y en la mujer (una diferencia de sexo), también, reaccionan de manera diferente a los tratamientos (diferencias de sexo y de género) y acceden a los sistemas de atención de salud según sus necesidades (una diferencia de género)<sup>10</sup>.

La metodología del análisis de género debe incluir variables como: nivel socioeconómico, edad, religión y preferencia sexual, para evitar hacer generalizaciones que obvian las especificidades del contexto en que se producen las relaciones de género<sup>71</sup>.

Matud et al.<sup>72</sup> menciona que las cuestiones de tipificación o concepción de género y sus roles influyen en el bienestar subjetivo de chicos y chicas. Al tomar en cuenta lo anterior, esta tipificación puede influir directamente en la autoestima de la adolescente y el adolescente, debido a que la imposición sustantiva de un rol puede afectar la actitud del adolescente hacia sí mismo.

De igual modo, esto se ve reflejado en el estilo de vida que se va formando durante la adolescencia, en la cual se consolidan algunos comportamientos provenientes de la infancia, así como la incorporación de otros nuevos adquiridos en sus contextos de socialización donde la imposición de un rol los limita a la adquisición de ciertas conductas promotoras de salud.

## V. HIPÓTESIS

**Hi:** La autoestima tiene una relación positiva con el estilo de vida de los adolescentes y las adolescentes de la ciudad de Celaya, Guanajuato.

## **VI. OBJETIVOS**

### **6.1. Objetivo general**

Analizar la relación entre la autoestima y el estilo de vida de los adolescentes de la ciudad de Celaya, Guanajuato, mediante un análisis de género.

### **6.2. Objetivos específicos**

1. Describir las características sociodemográficas de los adolescentes, mediante un análisis de género.
2. Determinar el nivel de autoestima presente en los adolescentes, mediante un análisis de género.
3. Evaluar el estilo de vida de los adolescentes, mediante un análisis de género.
4. Relacionar la autoestima con el estilo de vida de los adolescentes.
5. Argumentar mediante un análisis de género la relación entre la autoestima y el estilo de vida de los adolescentes.

## **VII. METODOLOGÍA**

En el presente capítulo, se describe la metodología utilizada para lograr alcanzar los objetivos anteriormente planteados. En primer lugar, se presenta el tipo y diseño de investigación, seguido por los límites de tiempo y espacio del estudio. Asimismo, se establece el universo, muestra y tipo muestreo utilizado para la recolección de los datos, así como, los criterios de inclusión y exclusión de los participantes.

Por otra parte, en el subcapítulo de variables se adjunta su respectiva operacionalización, después, se presentan los instrumentos utilizados en el estudio, el procedimiento de colecta de información y la planeación del análisis estadístico correspondiente. Finalmente, se colocan los recursos utilizados para la consecución del proyecto.

### **7.1. Tipo de estudio**

Aplicado<sup>73</sup>, cuantitativo<sup>74</sup>, correlacional<sup>74</sup>.

### **7.2. Diseño metodológico**

Diseño no experimental<sup>74</sup>, transversal<sup>75</sup>.

### **7.3. Límites de tiempo y espacio**

La investigación se desarrolló durante el periodo de tiempo comprendido de enero de 2020 a diciembre de 2020, en una Institución de Educación Superior (IES) de la ciudad de Celaya, Guanajuato. La distribución de las actividades realizadas se muestra en cronograma de actividades (Apéndice A).

#### **7.4. Universo**

La ciudad de Celaya está situada en el municipio del mismo nombre, ubicado al sureste del estado de Guanajuato, con un estimado de 494 mil habitantes<sup>51</sup>, de los cuales, más del 19% son adolescentes (10 a 19 años)<sup>52</sup>.

Población: Para la realización del presente estudio se tomó en cuenta la adolescencia tardía que abarca la parte posterior de la segunda década de la vida entre los 15 y los 19 años<sup>54</sup>, específicamente adolescente de 18 y 19 años de edad inscritos en una IES de la ciudad de Celaya, Guanajuato, la cual cuenta con una población aproximada de  $N= 3,000$  adolescentes de 18 y 19 años<sup>76,77</sup>.

#### **7.5. Muestra**

Muestra: Se consideró una muestra de  $n= 338$  adolescentes de 18 y 19 años. Para la obtención del resultado, se llevó a cabo el cálculo para la estimación de una media con base en la variable respuesta estilo de vida, determinada por el instrumento<sup>78</sup> Perfil de Estilo de vida Promotor de Salud (PEPS II) (ver Anexo 1).

Marco muestral: El marco muestra estuvo conformado por una lista de los correos electrónicos de todos los alumnos matriculados de nuevo ingreso y primer año escolar de la IES participante en el estudio.

Muestreo: El tipo de muestreo realizado fue probabilístico aleatorio simple mediante el Software estadístico Microsoft Excel, el cual selecciono la muestra correspondiente con base en el marco muestral.

## 7.6. Criterios de elegibilidad

### **Criterios de inclusión:**

- Adolescentes de 18 y 19 años.
- Estar inscrito en la Institución de Educación Superior.
- Aceptar participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado electrónico.
- Contar con correo electrónico activo.

### **Criterios de exclusión:**

- Tener una patología diagnosticada que pudiera limitar sus capacidades físicas o psicológicas (minusvalía física, trastorno de la ansiedad generalizada, depresión, trastorno de la alimentación, etc.).

### **Criterios de eliminación:**

Por ser un estudio transversal no se incluyen criterios de eliminación<sup>74</sup>.

## 7.7. Variables

- Variables sociodemográficas: edad, sexo, género, religión, nivel socioeconómico y preferencia sexual.
- Variable independiente: Autoestima.
- Variable dependiente: Estilo de vida.

El conjunto de procedimientos y operaciones necesarios para identificar las variables en términos observables y medibles se puede observar en el cuadro de operacionalización de variables sociodemográficas (Apéndice B), y operacionalización de variables de estudio (Apéndice C).

## **7.8. Instrumentos**

A continuación, se presentan los instrumentos utilizados para medición de las variables de estudio: autoestima y estilo de vida, además de la descripción de una Cédula de Datos Sociodemográficos [CDS] que elaboró el investigador.

### **Cédula de Datos Sociodemográficos (CDS)**

Para la recolección de la información de las características sociodemográficas de los adolescentes se utilizó una CDS creada por el investigador, que consta de 12 preguntas con diferentes opciones de respuesta en cuanto a la edad, género, nivel socioeconómico entre otras, un ejemplo de pregunta es ¿Qué edad tienes? (Apéndice D).

### **Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)**

La autoestima se evaluó mediante la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR). La escala consta de 10 ítems, de los cuales cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia autoadministrada, calificados en una escala tipo Likert de cuatro puntos, que van desde 1 (muy en desacuerdo) a 4 (muy de acuerdo). De los ítems 1 al 5 (positivos) las respuestas A y D se puntúan de 4 a 1, de los ítems del 6 al 10 (negativos) las respuestas A y D se puntúan de 1 a 4 (Anexo 2).

La escala de respuesta tiene un puntaje mínimo de 10 puntos y un puntaje máximo de 40 puntos, a mayor puntaje mejor autoestima. La escala se tradujo y validó con estudiantes españoles la cual mostro una fiabilidad de .84<sup>79-80</sup>. En población mexicana se reporta un alfa de Cronbach de 0.79<sup>81</sup> y la prueba piloto arrojó un alfa de 0.84.

### **Perfil de Estilo de vida Promotor de Salud (PEPS II)**

El estilo de vida, se evaluó mediante el instrumento Perfil de Estilo de vida Promotor de Salud (PEPS II) diseñado por Walker, Sechrist y Pender<sup>82</sup>. Que está conformado por 52 ítems distribuidos en seis dimensiones: 9 ítems para responsabilidad en salud (3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51), 8 ítems para actividad física (4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46), 9 ítems para nutrición (2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50), 9 ítems para crecimiento espiritual (6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52), 9 ítems para relaciones interpersonales (1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49) y 8 ítems para manejo del estrés (5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47). Los ítems se valoran mediante una escala de frecuencia de cuatro puntos, donde 1 (N = nunca), 2 (A = algunas veces), 3 (M = frecuentemente), 4 (R = rutinariamente) (Anexo 1).

La escala de respuesta tiene un puntaje mínimo de 52 puntos y un puntaje máximo de 208 puntos. Para la interpretación, se obtiene una puntuación para el estilo de vida que promueve la salud en general al calcular una media de las respuestas del individuo a los 52 elementos. Asimismo, se obtienen seis puntuaciones de subescala de manera similar, al calcular una media de las respuestas a los ítems de la subescala. Se recomienda el uso de medias en lugar de sumas de los elementos de la escala para retener la métrica de 1 a 4 de las respuestas de los elementos y permitir comparaciones significativas de las puntuaciones entre las subescalas (Anexo 3).

De acuerdo con las autoras, se obtiene un estilo de vida promotor de salud a mayor calificación<sup>83</sup>. El instrumento tiene un alfa de Cronbach para la escala total de 0.94<sup>82</sup>. En población mexicana se reporta un alfa de Cronbach de 0.91<sup>84</sup>, al igual que la prueba piloto que mostró un alfa de 0.91.

## **7.9. Procedimiento**

Para desarrollar el estudio, se obtuvo la aprobación del proyecto de investigación a principios de noviembre de 2019 por parte de la Comisión de Investigación de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías con número de registro DCSI-CI20191014-16 (Anexo 4), y a finales del mes de noviembre de 2019 por el Comité de Bioética del Campus Celaya-Salvatierra de la Universidad de Guanajuato el cual asignó el registro CBCCS-03228102019 (Anexo 5).

Asimismo, en los meses de diciembre a enero se procedió a realizar prueba piloto con el fin de unificar criterios, evitar sesgos y asegurar la máxima homogeneidad en el levantamiento de los datos, así como, constatar la efectividad de la colecta vía electrónica.

Después, a mediados del mes de febrero, se solicitaron los permisos pertinentes en la IES participante para la recolección de datos vía electrónica (Apéndice E), consiguiente, se obtuvo una respuesta favorable para colecta (Anexo 6) y, facilitación del marco muestral conformado por una lista de los correos electrónicos de todos los alumnos de nuevo ingreso y primer año escolar inscritos al periodo correspondiente.

Posterior a la autorización de la universidad, mediante el marco muestral y el Software estadístico Microsoft Excel, se realizó un tipo de muestreo probabilístico aleatorio simple para seleccionar la muestra correspondiente del estudio. Asimismo, se gestionó el contacto del jefe de comunicación de la IES, para la difusión de la invitación a participar en el estudio mediante redes sociales oficiales.

Enseguida, se creó una dirección de correo electrónico exclusiva, con el nombre de estudiocelaya@gmail.com. Se procedió a enviar el correo de invitación, el cual contenía como asunto “Invitación a participar en proyecto de investigación: Relación entre la autoestima y el estilo de vida de los adolescentes de la ciudad de Celaya”.

El contenido del correo, estuvo conformado por la hoja de información (Apéndice F), así como el enlace de la encuesta de Google Forms. Al seleccionar el enlace, se direccionaba en primera instancia al consentimiento informado, criterios de inclusión y exclusión (Apéndice G), es necesario aclarar, que los participantes no podían responder la encuesta al menos que aceptaran la siguiente opción de respuesta “he leído la hoja de información y por este medio acepto participar voluntariamente en esta investigación”.

Una vez firmado electrónicamente el consentimiento informado, se podía iniciar el llenado de la encuesta. El participante colocaba su correo electrónico y procedía a responder los instrumentos en el siguiente orden CDS, EAR y PEPS II. Para una mayor confiabilidad de llenado y control de la muestra, se contó con las siguientes medidas de seguridad: opción de respuesta de pregunta obligatoria para poder pasar a la siguiente pregunta, recopilación de correos electrónicos de los participantes, única respuesta posible y bloqueo de edición de respuesta una vez enviado formulario.

Al terminar la encuesta, se oprimía el botón enviar y aparecía un mensaje de agradecimiento por la participación. Así como, el número de contacto del investigador principal para aclaración de dudas o la solicitud de los resultados y orientación en caso de requerirla.

### 7.10. Análisis estadístico

La información recolectada se vació en una base de datos provisional del paquete estadístico de Windows Excel, esta base de datos se importó al software de análisis de datos estadísticos Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) en su versión 23 (demo distribución gratuita por 15 días).

Para la estadística descriptiva, se aplicaron frecuencias absolutas, proporciones y porcentajes para las variables categóricas, asimismo, medidas de tendencia central y variabilidad para las variables numéricas. Por otra parte, para determinar la prueba de hipótesis se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con el fin de identificar presencia o contraste de normalidad, así como, decidir la utilización de estadística paramétrica o no paramétrica según correspondiera. En consecuencia, para analizar las diferencias de género se utilizaron las pruebas no paramétricas *Chi cuadrada de Pearson*, *U de Mann Whitney*, así como, *H de Kruskal-Wallis* y para establecer la relación de las variables de estudio *Rho de Spearman*<sup>85</sup>.

### 7.11. Recursos

#### Recursos humanos:

Investigador principal: su función fue la elaboración del protocolo, la recolección de los datos, interpretación, análisis y redacción final.

- LEN Pablo Medina Quevedo

Investigador responsable: encargado del asesoramiento y soporte teórico para la elaboración del protocolo de investigación, manejo de herramientas estadísticas, análisis de los datos y representación gráfica de estos.

- Dra. Alicia Álvarez Aguirre

Co-Director de tesis: encargados de la revisión y pertinencia teórica y estadística del trabajo realizado, mediante aportaciones y recomendaciones para la mejora de este estudio.

- Interno: Dra. María Mercedes Moreno González
- Externo: Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

**Recursos materiales:**

Equipo de cómputo, memoria USB, impresora, hojas blancas, cartuchos de tintas y plumas.

**Recursos financieros:**

Los recursos financieros serán aportados por el investigador principal. Los recursos materiales y financieros necesarios para la investigación se describen en Apéndice H.

## VIII. CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES

Como consideraciones ético-legales, el estudio se apegó a los principios éticos de las investigaciones médicas en seres humanos de la Declaración de Helsinki<sup>86</sup>, donde se afirma que todas las personas para formar parte de una investigación deben ser voluntarios y estar informados acerca de los objetivos, métodos, beneficios, riesgos e incomodidades derivadas del experimento, así como, del derecho de participar o no en la investigación y de retirarse en el momento que decida son exponerse a represarías.

Asimismo, se apegó a las disposiciones establecidas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud<sup>87</sup>. Título Segundo, Capítulo I en sus Artículos; Artículo 13, Artículo 14 Fracción I, III, V, y VII, Artículo 16, Artículo 17 Fracción II, Artículo 20 y Artículo 21 Fracción VI, VII, y VIII, que se describen a continuación:

**Artículo 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.**

- Para cumplir con este artículo, se establecieron normas de respeto durante el desarrollo de la entrevista. Con esto se respetó el principio de dignidad humana, el derecho de ser informado sobre la naturaleza del estudio, el derecho de no participar. Se explicaron también las responsabilidades del investigador, así como los riesgos y beneficios del estudio.

**Artículo 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:**

*I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.*

- En el cumplimiento de esta fracción, la investigación siempre respetó los principios Bioéticos; Autonomía (el participante podía retirarse cuando lo deseara), Justicia (todos tenían la misma oportunidad de participar), Beneficencia (la investigación busca una solución a un problema en específico) y No maleficencia (en ningún momento se dañó a un participante), con lo anterior cumplió con los principios éticos de las investigaciones médicas en seres humanos de la Declaración de Helsinki.

*III.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.*

- La presente investigación se realizó en vista de que el estado del arte sobre como la autoestima se relaciona con el estilo de vida de los adolescentes, mediante un análisis de género en nuestro contexto es escaso.

*V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.*

- Para el cumplimiento de esta fracción, previo levantamiento de datos se informó a cada uno de los participantes de las características del

estudio, en donde se le explicó a detalle el motivo de la investigación, asimismo, de los beneficios que tendría al participar en el mismo. Al terminar la explicación firmaron su autorización de enterados del mismo y expresaron ganas de participar (Apéndice G).

*VII. Contará con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, en los casos que corresponda a cada uno de ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.*

- Previo levantamiento de datos se contó con los dictámenes favorables de la Comisión de Investigación de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías (Anexo 4) y el Comité de Bioética del Campus Celaya-Salvatierra de la Universidad de Guanajuato (Anexo 5).

**Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.**

- En el cumplimiento de este artículo, para proteger el anonimato no se empleó el nombre, se mantuvo el anonimato de los participantes en la investigación al omitir su identidad y contestar los cuestionarios vía electrónica en su lugar de preferencia.

**Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.**

*II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o*

*psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: Pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto.*

- Con base a la fracción anterior, la investigación se consideró como investigación con riesgo mínimo ya que se utilizó un instrumento para medir la autoestima de los adolescentes, lo cual pudo repercutir indirectamente en la autoestima del este.

**Artículo 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.**

- Para el cumplimiento de este artículo, el presente estudio entregó una carta de consentimiento informado en la cual se explicó el objetivo de la investigación, riesgo y beneficio de esta, también se informó al adolescente de la libertad que tenía para participar o abandonar el estudio cuando lo deseara. Una vez explicado se procedía a firmar la autorización (Apéndice G).

**Artículo 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:**

*VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.*

Para el cumplimiento de esta fracción, se contestaban todas las dudas referentes al estudio, en forma clara, de tal manera se aseguraba el completo entendimiento del estudio, asimismo, se extendía la invitación de contactar con el investigador principal para cualquier duda, aclaración e interpretación de encuesta contestada por el participante.

*VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento.*

- En el cumplimiento de esta fracción, durante todo momento se mantuvo el derecho a decidir renunciar a la investigación.

*VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.*

- En cumplimiento con esta fracción, se aclaró que el estudio se realizó con fines académicos y que ningún dato personal sería revelado manteniendo el anonimato de los adolescentes.

## IX. RESULTADOS

El presente capítulo contiene los resultados obtenidos en el estudio, los cuales están agrupados según el tipo de variable; frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, así como, medidas de tendencia central y de dispersión para las variables numéricas. A continuación, se presentan los datos de las variables sociodemográficas a la luz del Modelo de Promoción de la Salud (MPS). En la tabla 1, se puede observar que en el factor personal biológico edad del adolescente el 61% de la muestra contaba con 18 años de edad.

Tabla 1. Factor personal biológico: edad del adolescente

| Edad    | <i>f</i> | %    |
|---------|----------|------|
| 18 años | 207      | 61.2 |
| 19 años | 131      | 38.8 |

Fuente: Cédula de datos sociodemográficos *n*= 338

Nota: *f*= Frecuencia; %= Porcentaje

La tabla 2, muestra el factor personal biológico sexo, el cual obtuvo un mayor porcentaje en mujer con el 58%.

Tabla 2. Factor personal biológico: sexo del adolescente

| Sexo   | <i>f</i> | %  |
|--------|----------|----|
| Hombre | 142      | 42 |
| Mujer  | 196      | 58 |

Fuente: Cédula de datos sociodemográficos *n*= 338

Nota: *f*= Frecuencia; %= Porcentaje

El factor personal sociocultural género con mayor participación en el estudio fue el femenino con una frecuencia de 196 adolescentes (ver tabla 3).

Tabla 3. Factor personal sociocultural: género del adolescente

| Género    | <i>f</i> | %  |
|-----------|----------|----|
| Masculino | 142      | 42 |
| Femenino  | 196      | 58 |

Fuente: Cédula de datos sociodemográficos n= 338

Nota: *f*= Frecuencia; %= Porcentaje

Como se observa en la tabla 4, el factor personal sociocultural religión que predominaba en los participantes fue el de religión católica con 79%, seguido de no creyentes con el 16%.

Tabla 4. Factor personal sociocultural: religión del adolescente

| Religión    | <i>f</i> | %    |
|-------------|----------|------|
| Católica    | 268      | 79.3 |
| Cristina    | 10       | 3.0  |
| No creyente | 55       | 16.3 |
| Otra        | 5        | 1.5  |

Fuente: Cédula de datos sociodemográficos n= 338

Nota: *f*= Frecuencia; %= Porcentaje

El factor personal sociocultural nivel socioeconómico de clase media, fue el que mostró un mayor porcentaje 27%, seguido por el nivel socioeconómico de clase media alta con el 22% de los adolescentes en este rubro (ver tabla 5).

Tabla 5. Factor personal sociocultural: nivel socioeconómico del adolescente

| Nivel socioeconómico | <i>f</i> | %    |
|----------------------|----------|------|
| Baja Baja            | 8        | 2.4  |
| Baja Alta            | 30       | 8.9  |
| Media Baja           | 70       | 20.7 |
| Media                | 92       | 27.2 |
| Media Alta           | 77       | 22.8 |
| Alta                 | 61       | 18.0 |

Fuente: Nivel Socioeconómico AMAI *n*= 338

Nota: *f*= Frecuencia; %= Porcentaje

Para la realización de un análisis de género, se debe de tomar en cuenta ciertas variables sociodemográficas descritas con anterioridad y que forman parte del MPS. Una de las variables que integran la metodología de análisis de género es la preferencia sexual del adolescente, la cual mostró un mayor porcentaje de adolescentes en la preferencia sexual de heterosexual 88% (ver tabla 6).

Tabla 6. Preferencia sexual del adolescente

| Preferencia sexual | <i>f</i> | %    |
|--------------------|----------|------|
| Heterosexual       | 300      | 88.8 |
| Gay                | 9        | 2.6  |
| Bisexual           | 29       | 8.6  |

Fuente: Cédula de datos sociodemográficos *n*=338

Nota: *f*= Frecuencia; %= Porcentaje

En seguida se presentan los resultados obtenidos de las variables de estudio: variable independiente autoestima, medida por la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR); y la variable dependiente estilo de vida, en la cual se utilizó el instrumento Perfil de Estilo de vida Promotor de Salud (PEPS II) para su medición.

La prueba de consistencia interna de la Escala de Autoestima de Rosenberg mostró un alfa de Cronbach buena  $\alpha=0.88$  (ver tabla 7).

Tabla 7. Prueba de confiabilidad Escala de Autoestima de Rosenberg

| Instrumento                       | Elementos | Alpha de Cronbach |
|-----------------------------------|-----------|-------------------|
| Escala de Autoestima de Rosenberg | 10        | 0.88              |
| Fuente: EAR                       |           | <i>n</i> = 338    |

En la tabla 8, se presenta la variable independiente representada por el factor personal psicológico autoestima del adolescente del MPS la cual es evaluada por EAR donde se encontró una media de 29.61 puntos ( $DE \pm 5.75$ ).

Tabla 8. Factor personal psicológico: Autoestima del adolescente

| Variable    | Valor<br>Mínimo | Valor<br>Máximo | $\bar{X}$ | <i>DE</i>      |
|-------------|-----------------|-----------------|-----------|----------------|
| Autoestima  | 15              | 40              | 29.61     | 5.75           |
| Fuente: EAR |                 |                 |           | <i>n</i> = 338 |

Nota:  $\bar{X}$ = Promedio aritmético; *DE*= Desviación estándar

La prueba de consistencia interna del instrumento Perfil de Estilo de vida Promotor de Salud mostró un alfa de Cronbach excelente  $\alpha=0.94$  (ver tabla 9).

Tabla 9. Prueba de confiabilidad instrumento Perfil de Estilo de vida Promotor de Salud

| Instrumento                                | Elementos | Alpha de Cronbach |
|--|-----------|-------------------|
| Perfil de Estilo de vida Promotor de Salud | 52        | 0.94              |
| Fuente: PEPS II                            |           | $n= 338$          |

En la tabla 10, se puede observar la variable dependiente estilo de vida del adolescente, la cual se encuentra ubicada dentro del MPS en la conducta promotora de salud. Para la medición de esta variable se utilizó PEPS II y se encontró una media de 2.34 puntos ( $DE \pm 0.41$ ).

Tabla 10. Conducta promotora de salud: Estilo de vida del adolescente

| Variable        | Valor<br>Mínimo | Valor<br>Máximo | $\bar{X}$ | $DE$     |
|-----------------|-----------------|-----------------|-----------|----------|
| Estilo de vida  | 1.42            | 3.67            | 2.34      | 0.41     |
| Fuente: PEPS II |                 |                 |           | $n= 338$ |

Nota:  $\bar{X}$ = Promedio aritmético;  $DE$ = Desviación estándar

La tabla 11 muestra los resultados obtenidos en cada una de las dimensiones evaluadas por PEPS II. Se pudo observar un mayor puntaje en la dimensión: crecimiento espiritual  $\bar{X}=2.74$  puntos ( $DE \pm 0.61$ ); seguido por la dimensión de relaciones interpersonales  $\bar{X}=2.55$  puntos ( $DE \pm 0.48$ ); y la dimensión de

nutrición  $\bar{X}=2.42$  puntos (DE  $\pm 0.46$ ). Por otra parte, manejo del estrés, actividad física y responsabilidad de salud fueron las dimensiones con menor calificación al estar apenas por encima de la media del instrumento.

Tabla 11. Puntación de dimensiones evaluadas en el instrumento Perfil de Estilo de vida Promotor de Salud

| Dimensión                  | Valor<br>Mínimo | Valor<br>Máximo | $\bar{X}$ | <i>DE</i> |
|----------------------------|-----------------|-----------------|-----------|-----------|
| Responsabilidad en salud   | 1.00            | 4.00            | 2.02      | 0.50      |
| Actividad física           | 1.00            | 3.87            | 2.08      | 0.65      |
| Nutrición                  | 1.33            | 4.00            | 2.42      | 0.46      |
| Crecimiento espiritual     | 1.33            | 4.00            | 2.74      | 0.6.1     |
| Relaciones interpersonales | 1.33            | 3.88            | 2.55      | 0.48      |
| Manejo del estrés          | 1.12            | 3.62            | 2.15      | 0.48      |

Fuente: PEPS II *n*= 338

Nota:  $\bar{X}$ = Promedio aritmético; *DE*= Desviación estándar

Para decidir la utilización de estadística paramétrica o no paramétrica se utilizó Kolmogorov-Smirnov la cual mostró ausencia de normalidad ( $p < 0.05$ ) cada una de las variables de estudio: autoestima y estilo de vida, así como, en las dimensiones evaluadas por el instrumento Perfil de Estilo de vida Promotor de Salud: responsabilidad en salud; actividad física; nutrición; crecimiento espiritual; relaciones interpersonales; y manejo del estrés (ver tabla 12).

Tabla 12. Prueba de bondad de ajuste de las variables de estudio y sus dimensiones

| Variable                   | <i>D</i> | <i>p</i> |
|----------------------------|----------|----------|
| Autoestima                 | .057     | .009     |
| Estilo de vida             | .068     | .001     |
| Responsabilidad en salud   | .069     | .001     |
| Actividad física           | .088     | .000     |
| Nutrición                  | .105     | .000     |
| Crecimiento espiritual     | .070     | .000     |
| Relaciones interpersonales | .080     | .000     |
| Manejo del estrés          | .107     | .000     |

Fuente: EAR; PEPS II n= 338

Nota: *D*= Estadístico *Kolmogorov-Smirnov*; *p*= significancia estadística

En virtud del análisis de género, para comparar diferencias entre el factor personal sociocultural género, la preferencia sexual, el factor personal psicológico autoestima y la conducta promotora de salud estilo de vida del adolescente, se utilizaron las pruebas estadísticas no paramétricas *Chi cuadrada de Pearson* ( $X^2$ ), *U de Mann Whitney* y *H de Kruskal-Wallis*. A continuación, se presentan los resultados obtenidos.

En cuanto a la asociación del factor personal sociocultural género del adolescente y preferencia sexual del adolescente, se puede observar que el género femenino tuvo una mayor tendencia estadísticamente significativa hacia la preferencia sexual bisexual 13.8% ( $\chi^2= 27.4$ ,  $p< 0.01$ ) (ver tabla 13).

Tabla 13. Preferencia sexual del adolescente por género

| Variable     | Masculino |      | Femenino |      | $\chi^2$ |
|--------------|-----------|------|----------|------|----------|
|              | <i>f</i>  | %    | <i>f</i> | %    |          |
| Heterosexual | 131       | 92.3 | 169      | 86.2 |          |
| Gay          | 9         | 6.3  | 0.0      | 0.0  | 27.4**   |
| Bisexual     | 2         | 1.4  | 27       | 13.8 |          |

Fuente: Cédula de datos sociodemográficos n=338

Nota: *f*= Frecuencia; % = Porcentaje;  $\chi^2$ = *Chi cuadrado Pearson*; \*\*  $p < 0.01$

Respecto a las puntuaciones por género del factor personal psicológico autoestima del adolescente, en la tabla 14 se puede observar una puntuación media ligeramente más alta para el género masculino (30.06 *DE*  $\pm$ 5.66 vs 29.28 *DE*  $\pm$ 5.81), sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

En cuanto, a diferencias en los puntajes obtenidos de la conducta promotora de salud estilo de vida y cada una sus dimensiones, el género masculino obtuvo una puntuación media ligeramente más elevada en el estilo de vida general que el género femenino (2.37 *DE*  $\pm$ 0.40 vs 2.31 *DE*  $\pm$ 0.42), encontrándose diferencia significativa en las dimensiones: manejo del estrés (2.23 *DE*  $\pm$ 0.48 vs 2.10 *DE*  $\pm$ 0.48;  $U=11290.0$ ,  $p < 0.01$ ); y actividad física (2.19 *DE*  $\pm$ 0.66 vs 2.04 *DE*  $\pm$ 0.64;  $U=12242.5$ ,  $p < 0.05$ ) (ver tabla 14).

Tabla 14. Puntuación del factor personal psicológico autoestima del adolescente y la conducta promotora de salud estilo de vida del adolescente por género

| Variable             | Masculino<br>(n= 142) |      | Femenino<br>(n= 196) |      | U         |
|----------------------|-----------------------|------|----------------------|------|-----------|
|                      | $\bar{X}$             | DE   | $\bar{X}$            | DE   |           |
| Autoestima           | 30.06                 | 5.66 | 29.28                | 5.81 | 12946.5   |
| Estilo de vida       | 2.37                  | 0.40 | 2.31                 | 0.42 | 12585.5   |
| Responsabilidad      | 2.02                  | 0.50 | 2.02                 | 0.51 | 14009.0   |
| Actividad física     | 2.19                  | 0.66 | 2.04                 | 0.64 | 12242.5*  |
| Nutrición            | 2.46                  | 0.47 | 2.40                 | 0.46 | 12832.0   |
| Crecimiento esp.     | 2.80                  | 0.61 | 2.70                 | 0.61 | 12701.5   |
| Relaciones inter.    | 2.54                  | 0.44 | 2.55                 | 0.50 | 14110.5   |
| Manejo del estrés    | 2.23                  | 0.48 | 2.10                 | 0.48 | 11290.0** |
| Fuente: EAR; PEPS II |                       |      |                      |      | n= 338    |

Nota:  $\bar{X}$ = Promedio aritmético; DE= Desviación estándar; U= prueba de Mann-Whitney; \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$

En la tabla 15 se puede observar, las puntuaciones del factor personal psicológico autoestima del adolescente por preferencia sexual, el cual mostro diferencias estadísticamente significativas ( $H=20.4$ ,  $p < 0.01$ ). Asimismo, se encontró diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la conducta promotora de salud estilo de vida general del adolescente por preferencia sexual ( $H=7.3$ ,  $p < 0.05$ ). De igual manera, se pudo demostrar diferencias estadísticamente significativas en dos de las dimensiones de la conducta promotora de salud estilo de vida del adolescente por preferencia sexual: crecimiento espiritual ( $H=15.6$ ,  $p < 0.01$ ); y manejo del estrés ( $H=8.8$ ,  $p < 0.05$ ).

Tabla 15. Puntuación del factor personal psicológico autoestima del adolescente y conducta promotora de salud estilo de vida del adolescente por preferencia sexual

| Variable          | Heterosexual |      | Gay       |      | Bisexual  |      | H      |
|-------------------|--------------|------|-----------|------|-----------|------|--------|
|                   | (n= 300)     |      | (n= 9)    |      | (n= 29)   |      |        |
|                   | $\bar{X}$    | DE   | $\bar{X}$ | DE   | $\bar{X}$ | DE   |        |
| Autoestima        | 30.14        | 5.56 | 23.78     | 5.67 | 25.90     | 5.25 | 20.4** |
| Estilo de vida    | 2.36         | 0.41 | 2.09      | 0.40 | 2.20      | 0.42 | 7.3*   |
| Responsabilidad   | 2.03         | 0.50 | 1.75      | 0.39 | 1.92      | 0.58 | 5.1    |
| Actividad física  | 2.10         | 0.65 | 1.93      | 0.64 | 2.01      | 0.69 | 1.0    |
| Nutrición         | 2.42         | 0.47 | 2.56      | 0.55 | 2.38      | 0.41 | 0.8    |
| Crecimiento esp.  | 2.79         | 0.59 | 2.25      | 0.69 | 2.37      | 0.59 | 15.6** |
| Relaciones inter. | 2.57         | 0.48 | 2.24      | 0.39 | 2.42      | 0.47 | 5.7    |
| Manejo de estrés  | 2.18         | 0.48 | 1.75      | 0.43 | 2.03      | 0.47 | 8.8*   |

Fuente: EAR; PEPS II n= 338

Nota:  $\bar{X}$ = Promedio aritmético; DE= Desviación estándar; H= prueba de *Kruskal-Wallis*; \*  $p<0.05$ ; \*\*  $p<0.01$

Con el fin de cumplir con el objetivo y la hipótesis planteada, se utilizó el estadístico no paramétrico *Rho de Spearman*. En la tabla 16, se puede observar con base al MPS que el factor personal psicológico autoestima del adolescente tuvo una correlación positiva con la conducta promotora de salud estilo de vida del adolescente y que esta correlación fue estadísticamente significativa ( $r_s=.672, p<0.01$ ).

Tabla 16. Correlación entre variables de estudio

|                        |            | Estilo de vida |
|------------------------|------------|----------------|
| <i>Rho de Spearman</i> | Autoestima | .672**         |

Fuente: EAR; PEPS II n= 338

Nota: EAR=Escala de Autoestima de Rosenberg; PEPS II= Perfil de Estilo de vida Promotor de Salud; \*\*  $p < 0.01$

Al efectuar el análisis de correlación entre factor personal psicológico autoestima del adolescente con las dimensiones de la conducta promotora de salud estilo de vida del adolescente, se encontró correlaciones positivas estadísticamente significativas en cada una de las dimensiones (ver tabla 17).

Tabla 17. Correlación entre variable autoestima y dimensiones del estilo de vida

|                        |                            | Autoestima |
|------------------------|----------------------------|------------|
|                        | Responsabilidad en salud   | .448**     |
|                        | Actividad física           | .370**     |
| <i>Rho de Spearman</i> | Nutrición                  | .318**     |
|                        | Crecimiento espiritual     | .775**     |
|                        | Relaciones interpersonales | .507**     |
|                        | Manejo del estrés          | .598**     |

Fuente: EAR; PEPS II n= 338

Nota: EAR=Escala de Autoestima de Rosenberg; PEPS II= Perfil de Estilo de vida Promotor de Salud; \*\*  $p < 0.01$

## X. DISCUSIÓN

El objetivo general del presente estudio fue analizar la relación entre la autoestima y el estilo de vida de los adolescentes, mediante un análisis de género. Para explicar el fenómeno, el estudio utilizó como base conceptos del Modelo de Promoción de la Salud<sup>11</sup> y la herramienta teórico-metodológica análisis de género<sup>10</sup> para presentar diferencias en resultados respecto al género. El estudio se realizó en una muestra de  $n= 338$  adolescentes de 18 y 19 años, estudiantes de una Institución de Educación Superior del estado de Guanajuato.

En respuesta al primer objetivo que describe las características sociodemográficas de los adolescentes, mediante un análisis de género. Se encontró que 61.2% de los participantes contaba con una edad de 18 años, asimismo y se observó que en su mayoría correspondía al género femenino 58%.

Este perfil del adolescente, es congruente con lo reportado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el cual indica que, en asistencia escolar, el grupo de edad de 15 a 19 años cuenta con un porcentaje mayor de mujeres 57.4% en comparación con los hombres 56.4%<sup>88</sup>. De igual manera, el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), informa que 47.46% de las mujeres de 15 a 19 años tienen educación pos-básica, es decir, al menos un grado aprobado en estudios posteriores a la secundaria y que este porcentaje disminuye en hombres 44.33%<sup>89</sup>.

Lechuga et al.<sup>90</sup> resalta la importancia en el aumento de estos porcentajes, al argumentar que durante mucho tiempo el rol femenino en la sociedad se remitía en forma predominante a las actividades domésticas y, en la actualidad, en el aspecto académico la presencia de la mujer se ha

incrementado de manera considerable. En el presente estudio, más de la mitad de los adolescentes pertenece al género femenino, situación congruente a los cambios culturales donde se observa en la mujer la necesidad de superarse y ser independiente a través de una mejor preparación académica<sup>91</sup>.

Por otra parte, la importancia de la educación en las mujeres, es el hecho de que juega un rol preponderante en la ruptura de ciertos prejuicios sociales, dado que, es un vínculo para evidenciar el reconocimiento de la mujer con los mismos derechos educativos, laborales, políticos, sociales y culturales que el hombre<sup>90</sup>. La propia Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) señala que el aumento de la tasa bruta de escolarización en educación secundaria y media superior por parte del género femenino, es un aporte para abatir la desigualdad de género en México<sup>92</sup>.

En el estudio, también se encontró que la mayoría de los adolescentes profesan la religión católica 79.3%. Hallazgo que se encuentran en línea con reportado por INEGI, el cual informa que, en México la religión católica es la religión con mayores seguidores entre los adolescentes de 15 y 19 años 83%<sup>88</sup>.

En cuanto a la preferencia sexual, 88.8% de los adolescentes mencionó ser heterosexual y 11.2% refirió preferencia sexual gay o bisexual, además, se pudo observar que el género femenino tuvo una mayor tendencia hacia la preferencia sexual bisexual 13.8% ( $\chi^2= 27.4, p< 0.01$ ).

Resultado similar al estudio realizado por Cid-Aguayo et al.<sup>93</sup> el cual encontró que 89% de los adolescentes se declaró heterosexual y 11% señaló ser Lesbiana, Gay o Bisexual (LGB). Asimismo, el estudio realizado por Jones et al.<sup>94</sup> identificó un mayor porcentaje de adolescentes mujeres no heterosexuales (14% vs. 8.2%,  $X^2= 36.87, p<.001$ ). De igual manera, Cornejo

y Almonte<sup>95</sup> observaron que 6% de los adolescentes expreso ser LGB y concluyen que las mujeres se identifican en mayor cantidad como bisexuales que los varones.

Este hallazgo puede explicarse, a que, por lo general, la mujer tiende a conectar con el colectivo femenino desde la vertiente emocional. Que las mujeres hablen de sus sentimientos es un hecho que marca una gran diferencia con los hombres. Además, las características diferenciales de la mujer hacen que tengan más facilidad en experimentar sexualmente con otras mujeres, aunque también sientan atracción por los hombres<sup>96</sup>.

Por otra parte, los estereotipos sexuales se acentúan en el caso de los hombres heterosexuales, por lo que suelen permanecer cerrados a experimentar otro tipo de experiencias sexuales fuera de las que están acostumbrados, esto hace que la brecha sea mayor y que haya más mujeres bisexuales<sup>96</sup>.

En consideración, estos resultados corresponden a las proyecciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la cual señala que entre el seis y el ocho por ciento de los adolescentes se definirán en la línea de la homosexualidad<sup>97</sup>. Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), las actitudes hacia las personas LGBT mejoran en todo el mundo, sin embargo, destaca que aún hay considerable margen para avanzar y México no es la excepción, al concluir que, los ciudadanos mexicanos se encuentran solo a mitad del camino hacia la plena aceptación social de la homosexualidad<sup>98</sup>.

En relación con el segundo objetivo que indica determinar el nivel de autoestima presente en los adolescentes mediante un análisis de género. Se encontró una puntuación por encima de la media que evalúa la Escala de

Autoestima de Rosenberg (EAR) 29.61 puntos ( $DE \pm 5.75$ ), lo que sitúa a los adolescentes en un el nivel de autoestima media.

Al contrastar la bibliografía, se encontraron resultados similares en la investigación realizada en Colombia por Molina et al.<sup>99</sup> el cual encontró un 42% de los adolescentes con nivel de autoestima media. De igual manera, son consistentes con los hallazgos de Wong y Luk,<sup>100</sup> quienes observaron en los adolescentes, puntajes de nivel de autoestima media según EAR 26.59 puntos ( $DE \pm 3.43$ ).

La importancia de que los adolescentes del estudio obtuvieran niveles de autoestima óptimos, radica en que la autoestima tiene uno de los períodos críticos para su desarrollo durante la adolescencia y una adecuada formación de la autoestima conlleva al crecimiento de adolescentes con herramientas adecuadas para asumir cambios propios del período evolutivo<sup>101</sup>. En concreto, una autoestima alta en adolescentes se asocia con una percepción menos negativa del estrés cotidiano<sup>102</sup>.

Por otra parte, en cuestión al análisis de género, en el estudio se pudo observar una puntuación ligeramente más elevada para el género masculino que lo ubica en niveles de autoestima alta en comparación con el género femenino (30.06  $DE \pm 5.66$  vs 29.28  $DE \pm 5.81$ ;  $U=12946.5$ ,  $p=.274$ ).

Estos resultados, concuerdan con lo reportado por Sigüenza et al.<sup>103</sup> quien observo una mayor tendencia hacia la autoestima alta en el género masculino (30.19% vs 20.78%). De igual manera la investigación realizada por Gómez-Baya y Mendoza<sup>104</sup> mostró que el género femenino presentaba una autoestima general significativamente más baja que el género masculino (31.36  $DE \pm 4.97$  vs 29.72  $DE \pm 5.04$ ;  $U=323.222.5$ ,  $p<0.001$ ). Los hallazgos también están en línea con un estudio realizado México, donde los adolescentes de género

masculino reportaron mayores porcentajes en cuanto al nivel de autoestima alta (70.5% vs 55.4%)<sup>105</sup>.

Aunque en el presente estudio, la diferencia entre los puntajes por género no fue estadísticamente significativa, la literatura señala que en la infancia los niveles de autoestima son similares en hombres y mujeres, sin embargo, en la adolescencia los hombres presentan una autoestima más elevada y estable en comparación con las mujeres<sup>106</sup>.

Investigaciones previas sugieren posibles explicaciones; como la influencia de los roles de género, las diferencias en las relaciones entre compañeros, las diferencias en la interacción con los maestros en la escuela, el énfasis cultural en la apariencia física de las mujeres, violencia o falta de apoyo hacia la participación deportiva<sup>94,103-105,107</sup>.

La presencia de diferencias de género en la autoestima durante la adolescencia demuestra ser particularmente relevante, ya que podría colocar a uno de los géneros en una posición de mayor vulnerabilidad, no solo en la adolescencia sino también en la edad adulta posterior<sup>108</sup>. Como consecuencia, una baja autoestima en las adolescentes obstaculizaría su capacidad de hacer frente a los desafíos para alcanzar la edad adulta social, y sería un factor de riesgo significativo para el desarrollo de problemas de internalización<sup>109</sup>.

Asimismo, en la presente investigación se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de la autoestima del adolescente por preferencia sexual ( $H=20.4$ ,  $p<0.01$ ), con lo cual se evidencia un nivel de autoestima baja en preferencia sexual gay (23.78  $DE \pm 5.67$ ) y preferencia sexual bisexual (25.90  $DE \pm 5.25$ ) en comparación con preferencia sexual heterosexual que presentó puntuaciones de nivel de autoestima alta (30.14  $DE \pm 5.56$ ).

Al contrastar el resultado con la literatura, Jones et al.<sup>94</sup> encontró que los adolescentes LGB tenían mayor probabilidad de tener una autoestima más baja que los adolescentes heterosexuales (27.7 *DE* ±6.5 vs 26.3 *DE* ±6.9;  $t=3.265$ ,  $p=.002$ ). Estos resultados, se pueden explicar con lo que argumenta Hatzenbuehler<sup>110</sup>, el cual refiere que las minorías sexuales experimentan estigmatización y discriminación del entorno social, lo que resulta en psicopatología directa o indirectamente a través de procesos específicos de las minorías (incluida la homofobia internalizada, el ocultamiento y las expectativas de rechazo) o procesos psicológicos generales como una baja autoestima.

En función al tercer objetivo donde se plantea evaluar la conducta promotora de salud: el estilo de vida de los adolescentes, mediante un análisis de género. Se encontró una puntuación por encima de la media en el estilo de vida general  $\bar{X}=2.34$  (*DE* ±0.41) y en cada una de las dimensiones que evalúa instrumento Perfil de Estilo de vida Promotor de Salud (PEPS II): crecimiento espiritual  $\bar{X}=2.74$  (*DE* ±0.61); relaciones interpersonales  $\bar{X}=2.55$  (*DE* ±0.48); y nutrición  $\bar{X}=2.42$  (*DE* ±0.46), las dimensiones: manejo del estrés; actividad física; y responsabilidad de salud fueron dimensiones con menor puntuación, lo que situó a los adolescentes en un estilo de vida general moderadamente saludable.

Estos resultados, se encuentran en línea con la investigación realizada por Ardic y Esin<sup>111</sup> quienes reportaron una puntuación por encima de la media en cuanto al estilo de vida del adolescente  $\bar{X}=2.75$  (*DE* ±0.33), con puntajes más altos en la dimensión relaciones interpersonales  $\bar{X}=3.26$  (*DE* ±0.49), mientras la dimensión responsabilidad de la salud estuvo por debajo de la media  $\bar{X}=1.98$  (*DE* ±0.47).

A su vez, los resultados corresponden con el estudio realizado en China por Wong y Luk<sup>100</sup>, quienes obtuvieron una media de  $\bar{X}=2.37$  puntos ( $DE \pm 0.35$ ) en el estilo de vida general de los adolescentes, asimismo, reportaron con menor puntuación las dimensiones: actividad física  $\bar{X}=2.14$  ( $DE \pm 0.52$ ); y responsabilidad en salud  $\bar{X}=2.06$  ( $DE \pm 0.44$ ).

Por su parte, Laguado y Gómez<sup>112</sup> en el estudio realizado en Colombia, encontraron puntuaciones por encima de la media en el estilo de vida general  $\bar{X}=2.56$  puntos ( $DE \pm 0.47$ ) y, cada una de sus dimensiones con excepción de la dimensión actividad física, la cual mostro una puntuación por debajo de la media del instrumento  $\bar{X}=1.99$  ( $DE \pm 0.60$ ).

De acuerdo a los resultados obtenidos, se evidencio un estilo de vida general moderadamente saludable en los adolescentes. Estos resultados se pueden explicar mediante la segunda proposición teórica del MPS la cual afirma que las personas se comprometen a adoptar conductas a partir de las cuales anticipan los beneficios derivados valorados de forma personal. Según Pender et al.<sup>113</sup> las personas comprometidas, adoptan conductas de las cuales ellos deriven personalmente beneficios anticipadamente.

Por consiguiente, el adolescente observa al estilo de vida como un componente clave para el óptimo desarrollo del físico, emocional y psicosocial<sup>114</sup>. Sin embargo, no hay que dejar de lado las dimensiones con menor puntuación que pueden tener factores condicionantes para un estilo de vida optimo del adolescente.

Respecto a las puntuaciones de la conducta promotora de salud: estilo de vida por género, se encontró una puntuación ligeramente más elevada en el estilo de vida general de los adolescentes masculinos ( $2.37 DE \pm 0.40$  vs  $2.31 DE \pm 0.42$ ;  $U=12585.5$ ,  $p=.133$ ) sin observar diferencias significativas. Por otra

parte, las dimensiones: manejo del estrés (2.23 *DE*  $\pm$ 0.48 vs 2.10 *DE*  $\pm$ 0.48;  $U=11290.0$ ,  $p<0.01$ ); y actividad física (2.19 *DE*  $\pm$ 0.66 vs 2.04 *DE*  $\pm$ 0.64;  $U=12242.5$ ,  $p<0.05$ ) mostraron diferencias significativas con menores puntajes para el género femenino.

Los resultados obtenidos en el estudio, se asemejan a los mostrados en Turquía por Ardic y Esin<sup>111</sup> quienes encontraron valores superiores en el estilo de vida de los adolescentes de género masculino sin diferencias significativas (2.74 *DE*  $\pm$ 0.33 vs 2.76 *DE*  $\pm$ 0.35;  $p=.480$ ), sin embargo, la dimensión actividad física mostro diferencia significativa con menores puntajes para el género femenino (2.66 *DE*  $\pm$ 0.61 vs 2.29 *DE*  $\pm$ 0.58,  $p<0.001$ ).

De la misma forma, corresponde con lo reportado en Corea por Kim y Kim<sup>4</sup>, quienes observaron mayores puntuaciones de estilo de vida general en el género masculino (2.66 *DE*  $\pm$ 0.43 vs 2.52 *DE*  $\pm$ 0.35;  $t=-.265$ ,  $p=.796$ ). Al igual concuerda, con lo descrito en Portugal por Sousa et al.<sup>115</sup> quien obtuvo diferencias estadísticas en el género femenino con puntuaciones menores en la dimensión actividad física (2.55 *DE*  $\pm$ 0.64 vs 2.27 *DE*  $\pm$ 0.56;  $t=3.613$ ,  $p<0.001$ ).

Dentro de este marco, las diferencias de género se observan a partir de la adolescencia. Los hombres reportan una mayor actividad física que las mujeres durante esta etapa<sup>116</sup>. Estos resultados se pueden explicar mediante la décima proposición teórica del MPS, la cual afirma que las influencias situacionales en el entorno externo pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud<sup>113</sup>.

Al respecto, Hernando et al.<sup>28</sup> alude que estas diferencias de género pueden estar influenciadas y delimitadas por la cultura, la historia y la propia sociedad

actual que interpreta y define de forma distinta, al reforzar o reprimir patrones de actuación que son aplicables según el género del adolescente.

Cabe señalar, que el género es una construcción social<sup>117</sup> que discrimina; las practicas, normas y valores entre hombres y mujeres como antagónicos<sup>118</sup>, esto influye en su modo de pensar y actuar sobre el cuidado<sup>119</sup>, en consecución el estilo de vida. Por un lado, la masculinidad se vincula a la autonomía, la superioridad, la racionalidad y la resistencia; mientras que la feminidad engloba aspectos como la debilidad, sutileza, expresión de afecto, privación del derecho a la educación, rol reproductivo y del cuidado de otros<sup>120,121</sup>.

A lo anterior Monge-Rojas et al.<sup>122</sup> menciona que el papel tradicional del género, de lo que debe de ser femenino y masculino juega un rol importante en la realización de la actividad física. Young<sup>123</sup> fundamenta que cuando las adolescentes simpatizan con una identidad femenina, se estiman frágiles e inmóviles. Este tipo de comportamiento puede ser una táctica para enfrentar el cómo las ven y tratan los demás, lo que puede condicionar su participación en actividades físicas<sup>124</sup>.

Otro factor que contribuye para la poca actividad física de las adolescentes, es el miedo a ser objeto de críticas. Las sensaciones de las adolescentes sobre cómo sus compañeros ven sus cuerpos, básicamente los hombres, influyen en su iniciativa a hacer ejercicio<sup>122</sup>.

Asimismo, si algún ejercicio requiere la exposición del cuerpo de la adolescente podría amenazar la autoestima, principalmente si creen que sus cuerpos no se adecúan a los estereotipos de belleza. Este comportamiento, alude la existencia de una presión social vigente en los contextos socioculturales asociado al machismo, el cual está permitido cultural y socialmente<sup>122</sup>.

Por otra parte, Abreu<sup>125</sup> plantea que la diferencia de género en el nivel de actividad física podría deberse a razones culturales, como los tipos de juegos infantiles, la división de tareas entre hermanos y hermanas, el desinterés proveniente de la familia en términos de incentivar que las adolescentes a participar en actividades físicas.

Otro factor, es que las adolescentes en comparación con los adolescentes generalmente tienen oportunidades e instalaciones limitadas para actividades físicas, lo que las conduce a comportamientos sedentarios que se verán reflejados en su salud a mediano o largo plazo. Esto es reflejo de las diferencias de género observadas en las actividades físicas de las adolescentes en muchos países<sup>126</sup>.

En cuanto las puntuaciones de la conducta promotora de salud: el estilo de vida por preferencia sexual, el estudio encontró diferencias significativas en la conducta promotora de salud: estilo de vida general ( $H=7.3$ ,  $p<0.05$ ), al igual que las dimensiones: crecimiento espiritual ( $H=15.6$ ,  $p<0.01$ ); y manejo del estrés ( $H=8.8$ ,  $p<0.05$ ), observándose menor puntuación en la preferencia sexual gay y bisexual. Incluso, en lo que respecta a la dimensión manejo del estrés, la preferencia sexual gay obtuvo puntajes por debajo de la media ( $1.75 \text{ DE} \pm 0.43$ ).

En consideración, se hace referencia a la victimización por acoso escolar por las minorías sexuales, estudios previos señalan, que los adolescentes de minorías sexuales tienen el doble de probabilidades de victimización por acoso escolar en comparación con sus compañeros heterosexuales<sup>127,128</sup>, lo que desencadena problemas de salud como el estrés, depresión, suicidio, y algunas drogas lícitas e ilícitas<sup>129</sup>.

Otra posible explicación es la propuesta por Li et al.<sup>130</sup> quien observó que los adolescentes de minorías sexuales tenían más probabilidades de informar una mala calidad del sueño y refiere que una cantidad insuficiente y mala calidad del sueño tienen un efecto negativo en el desarrollo, así como en la función social<sup>131,132</sup>, lo que, aumentan el riesgo de implicaciones para la salud, como estrés, ansiedad, depresión y comportamientos suicidas<sup>133</sup>. En el mismo marco, Cid-Aguayo et al.<sup>93</sup> refiere que los adolescentes LGB confrontan cada día expresiones de su orientación sexual que pueden conducir a fases estresantes en su vida, como, por ejemplo: soledad, rechazo social, baja autoestima e incluso suicidio.

En cumplimiento al cuarto objetivo donde se establece relacionar la autoestima y el estilo de vida de los adolescentes, se da respuesta a la hipótesis planteada al encontrar que el factor personal psicológico: autoestima del adolescente tiene una relación positiva con la conducta promotora de salud: estilo de vida de los adolescentes y las adolescentes, además, esta correlación es estadísticamente significativa ( $r_s=.672$ ,  $p<0.01$ ). De igual manera, se demostró una relación significativa con cada una de dimensiones: dimensión responsabilidad en salud ( $r_s=.448$ ,  $p<0.01$ ); actividad física ( $r_s=.370$ ,  $p<0.01$ ); nutrición ( $r_s=.318$ ,  $p<0.01$ ); crecimiento espiritual ( $r_s=.775$ ,  $p<0.01$ ); relaciones interpersonales ( $r_s=.507$ ,  $p<0.01$ ); y manejo del estrés ( $r_s=.598$ ,  $p<0.01$ ).

Al contrastar la literatura, se encontraron resultados similares en el estudio realizado en Turquía por Dil et al.<sup>134</sup> el cual observó una correlación positiva significativa entre la autoestima y el estilo de vida de los adolescentes ( $r=.415$ ,  $p<0.01$ ), al igual que en cada una de sus dimensiones: dimensión responsabilidad en salud ( $r=.226$ ,  $p<0.01$ ); actividad física ( $r=.164$ ,  $p<0.01$ ); nutrición ( $r=.247$ ,  $p<0.01$ ); crecimiento espiritual ( $r=.535$ ,  $p<0.01$ );

relaciones interpersonales ( $r=.334$ ,  $p<0.01$ ); y manejo del estrés ( $r=.304$ ,  $p<0.01$ ), el autor concluye que el estudio demostró que la autoestima es un factor importante para determinar el bienestar biopsicosocial y desencadenar hábitos de vida saludables en los adolescentes.

De igual manera, los datos obtenidos concuerdan con Kim y Kim<sup>4</sup>, quienes encontraron que la autoestima tiene una relación positiva con la conducta promotora de salud: estilo de vida de los adolescentes ( $r=.526$ ,  $p<0.001$ ) y enfatizan que los adolescentes con mayor autoestima, tenían niveles de estrés más bajos y una actitud positiva hacia su vida y, por lo tanto, realizaron comportamientos de promoción de la salud de manera adecuada.

Estos resultados se pueden explicar mediante la primera proposición teórica del MPS, la cual afirma, que la conducta previa y las características heredadas y adquiridas influyen en las creencias, el afecto y la promulgación de las conductas de promoción de la salud<sup>113</sup>. En este sentido, las características y experiencias individuales, como los factores personales, son antecedentes de la acción. Según Pender et al., los factores personales predicen un comportamiento determinado, por lo que se considera que las variables específicas de la conducta y tienen una gran importancia motivacional<sup>11</sup>.

En el MPS los factores personales se categorizan como biológicos, psicológicos y socioculturales. Donde los factores personales psicológicos, son definidos como los estados mentales y de comportamiento de un individuo o grupo<sup>135</sup>. Es decir, que la autoestima está ubicada como un factor psicosocial que influye a la conducta promotora de salud, al ser considerada como una actitud favorable o desfavorable hacia el yo, de modo que una autoestima alta significa un sentimiento de que se es digno y tiene una evaluación positiva del propio valor como persona<sup>32</sup>.

Para Naranjo, el resultado de ser una persona con una alta autoestima, es ser una persona actualizadora de sí misma y autotrascendente<sup>102</sup>. Al mantener una autoestima optima, es más probable que se influya en las creencias, el afecto y la promulgación de conductas promotoras de salud, por tal motivo, esta investigación ha encontrado un nivel moderado en el estilo de vida general de los adolescentes.

Por otro lado, cuando se examinaron las dimensiones del estilo de vida, resalto que las puntuaciones de crecimiento espiritual fueron las más altas en comparación con otras dimensiones 2.74 puntos ( $DE \pm 0.61$ ) y esto se explica debido a que esta dimensión tuvo mayor fuerza de correlación entre las dimensiones ( $r_s = .775, p < 0.01$ ).

Una posible causa de este resultado, es el hecho de que la dimensión crecimiento espiritual se centra en maximizar el potencial humano para el bienestar, a través de la búsqueda de significado, encontrar un propósito y trabajar hacia metas en la vida<sup>82</sup>. Por lo que, la autoestima tiene gran injerencia en esta dimensión al ser considerada como una percepción valorativa y confiada de sí mismo, que motiva a la persona a manejarse con propiedad, manifestarse con autonomía y proyectarse satisfactoriamente en la vida<sup>136</sup>.

Rubin y Stone<sup>102</sup> refieren a las personas con alta estima como ganadoras, al indicar que éstas se relacionan exitosamente consigo mismas y con las demás, lo que significa lograr una vida plena, gratificante y feliz en todas las áreas de la existencia. De este modo, las personas que gozan de una buena autoestima sus metas son significativas.

Por otra parte, la dimensión de relaciones interpersonales fue la segunda en el orden de importancia para los adolescentes 2.55 puntos ( $DE \pm 0.48; r_s = .507$ ,

$p < 0.01$ ). Al respecto, la autoestima ha presentado gran correlación con variables que interfieren en el establecimiento de relaciones interpersonales<sup>137-139</sup>.

Este resultado se puede explicar, debido a que, las actitudes y expectativas que dirigen a la persona hacia una alta autoestima, también la conducen a una acción social más asertiva, es probable que sea más participativa que pasiva en grupos de importancia y presente menor dificultad al establecer amistades<sup>102</sup>.

En consideración con quinto objetivo, en el estudio se observaron puntajes por encima de la media tanto para la autoestima como para el estilo de vida general. Sin embargo, con el fin de evitar generalizaciones que obvian las especificidades del contexto en el que se producen las relaciones de género<sup>71</sup> y desvelar un panorama más amplio de los resultados, se realizó un análisis de género encontrándose diferencias significativas en los resultados.

Una de las diferencias que resalta, es la baja puntuación de la autoestima presente en adolescentes de género femenino y minoría sexual, que se vio reflejada en la disminución del estilo de vida promotor y algunas de sus dimensiones. Esto se puede explicar con lo planteado por Shin y Chang, quienes declaran que las adolescentes y minorías sexuales con baja autoestima tienden a experimentar depresión, ansiedad y niveles más altos de estrés, y por lo tanto experimentan problemas relacionados para la ejecución de estilos de vida saludables, lo que se ve reflejado en su salud<sup>140</sup>.

Al respecto, Lamas<sup>70</sup> considera que la predisposición biológica no es suficiente por sí misma para provocar un comportamiento, no hay comportamientos o características de personalidad exclusivas de un sexo, por

tal motivo, las cuestiones de tipificación o concepción de género y sus roles influyen en el bienestar subjetivo de los adolescentes.

Por lo tanto, esta tipificación puede influir directamente en la autoestima de los adolescentes, debido a que la imposición sustantiva de un rol puede afectar la actitud hacia sí mismo<sup>72</sup>, por consiguiente, esto se ve reflejado en el estilo de vida que se va formando durante la adolescencia, en la cual se consolidan algunos comportamientos provenientes de la infancia, así como la incorporación de otros nuevos adquiridos en sus contextos de socialización, donde las normas y roles de género limitan a la adquisición de ciertas conductas promotoras de salud<sup>104</sup>.

Finalmente, se debe tener en cuenta que el género es particularmente relevante en el adolescente<sup>9</sup>, dado que los roles, estigmatización, estereotipos, responsabilidades, desigualdades en la distribución de los recursos y normas de género, interactúan con las diferencias biológicas para influir en la autoestima y el estilo de vida de hombres, mujeres y minorías sexuales<sup>10</sup>. Como lo afirma la décima proposición teórica del MPS<sup>113</sup>.

En cuanto las limitaciones del estudio. Una de las limitaciones del presente estudio es tipo de diseño transversal, dado que limita el conocer el comportamiento de las variables a un solo momento de su vida y no su comportamiento a través del tiempo. Otra de las limitaciones, es referente a que los datos se obtuvieron mediante autoinformes, aunque el autoinforme es una metodología común para recopilar datos, en población general la información podría estar sesgada a pesar de responder los cuestionarios en anonimato. De la misma forma, se considera como limitante que los datos fueron recolectados en una Institución de Educación Superior de Celaya Guanajuato, por lo que, la generalización de los mismos debe de hacerse a

adolescentes con características similares sin establecer una relación causa-efecto. Otras limitantes fueron propias de la pandemia.

## XI. CONCLUSIONES

Se puede concluir que la muestra estuvo conformada en su mayoría por adolescentes de género femenino de 18 años de edad con preferencia sexual heterosexual, no obstante, se observó una mayor tendencia hacia la preferencia sexual bisexual por parte del género femenino.

En cuanto a la autoestima general, los adolescentes mostraron puntuaciones por encima de la media, sin embargo, al realizar el análisis por género y preferencia sexual se encontraron diferencias significativas alarmantes, al resaltar una disminución significativa en los puntajes de preferencia sexual bisexual y gay, incluso, hasta ubicar a los adolescentes con preferencia sexual gay en autoestima baja.

Respecto al estilo de vida general, los adolescentes obtuvieron puntuaciones por encima de la media, así como, en cada una de las dimensiones valoradas por el instrumento. Por otro lado, al realizar un análisis por género, se presentó una disminución estadísticamente significativa para el género femenino en las dimensiones de actividad física y manejo del estrés. Asimismo, los adolescentes de minoría sexual, presentaron disminución significativa en la puntuación correspondiente al estilo de vida general, así como, la dimensión crecimiento espiritual y manejo del estrés.

Por último, con base en los resultados obtenidos y el Modelo de Promoción de la Salud, se puede concluir que la autoestima tiene una relación positiva en el estilo de vida de los adolescentes y las adolescentes participantes en el estudio, por lo que se rechaza la hipótesis nula.

Además, mediante la herramienta teórico-metodológica análisis de género se pudo evitar hacer generalizaciones y se evidenció diferencias en los resultados, producidos por el propio contexto donde se efectúan las relaciones de género, por lo que reveló un problema que merece la atención.

El estudio fortalece el alcance de las teorías en enfermería como apoyo social y factor amortiguador en función al género, ratifica la necesidad de implementar un plan de acción en minorías sexuales, con intervenciones centradas en sus necesidades. Por lo que, los resultados permiten plantear líneas futuras de investigación.

## **XII. RECOMENDACIONES**

Para estudios próximos se recomienda incluir adolescentes escolarizados en educación básica, media superior y superior para realizar seguimientos de estas variables a lo largo del tiempo y establecer una relación causa efecto.

En futuros estudios, se recomienda la implementación de otras variables asociadas con el estilo de vida, como lo son la percepción de salud, conciencia de salud, comportamientos promotores de salud, así como indicadores objetivos que brinden un panorama más amplio del fenómeno.

Se recomienda intervenciones en enfermería con base en la aplicación del Modelo de Promoción de la Salud para la mejora de estilos de vida específicos del adolescente.

Las contribuciones del presente estudio, sugieren la necesidad de realizar intervenciones específicas de género para reducir las diferencias en la autoestima, combinadas con la promoción de estilos de vida promotores de salud.

En el contexto actual de estigmatización, se deberían ofrecer intervenciones focalizadas para adolescentes LGB para ayudar a mejorar la autoestima.

Se sugiere realizar próximos estudios bajo la metodología de análisis de género por sus implicaciones en la práctica, debido a que, brinda un panorama más amplio y explicación de los resultados en función al género.

Se recomienda continuar con el uso del software de administración de encuestas como Google Forms, debido a que permite brindar una mayor confidencialidad al sujeto y evitar errores en la captura.

### **XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> [accedido el 13 de febrero de 2019].
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Mortalidad, Conjunto de datos: Mortalidad general. 2018. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/mortalidad/MortalidadGeneral.asp> [accedido el 13 de febrero de 2019].
3. Organización Mundial de la Salud. Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences. 2009. Disponible en: <https://www.who.int/healthpromotion/milestones/en/> [accedido el 13 de febrero de 2019].
4. Kim MY, Kim YJ. What Causes Health Promotion Behaviors in College Students? *The open nursing journal*. 2018;12(1): 106-115. Disponible en: <https://doi.org/10.2174/1874434601812010106>
5. Alves DM, Almeida LM, Fernandes HM. Estilos de vida e autoconceito: um estudo comparativo em adolescentes. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*. 2017; 12(2): 237-247. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=311151242007> [accedido el 13 de febrero de 2019].
6. Salmerón MA, Casas J. Problemas de salud en la adolescencia. En Giménez-García C, Ruiz-Palomino E, Gil-Llario MD, Ballester-Arnal R, Castro-Calvo J. Una perspectiva de género en el estudio de conductas de riesgo de los adolescentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 2016; 2(1): 189-197.

- Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349851777020> [accedido el 13 de febrero de 2019].
7. Hernangómez I, Vázquez C, Hervás G. El paisaje emocional a lo largo de la vida. En Rodríguez Belmares P, Matud Aznar MP, Álvarez Bermúdez J. Género y calidad de vida en la adolescencia. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*. 2017; 9(2): 89-98. Disponible en: doi: 10.1016/j.jbhsi.2017.11.001
  8. Mann M, Hosman CM, Schaalma HP, De Vries NK. Selfesteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. En Knox E, Muros JJ. Association of lifestyle behaviours with self-esteem through health-related quality of life in Spanish adolescents. *Eur J Pediatr*. 2017; 176(5): 621-628. Disponible en: doi: 10.1007/s00431-017-2886-z.
  9. Rodríguez Belmares P, Matud Aznar MP, Álvarez Bermúdez J. Género y calidad de vida en la adolescencia. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*. 2017; 9(2): 89-98. Disponible en: doi: 10.1016/j.jbhsi.2017.11.001
  10. Organización Panamericana de la Salud. Elementos para un análisis de género en las estadísticas de Salud para la Toma de Decisiones. OPS. 2007. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/GBA-ESP.pdf> [accedido el 25 de julio de 2019].
  11. Pender N, Murdaugh C, Parsons M. Health Promotion in Nursing Practice. *Health Promotion in Nursing Practice*. 5th ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall; 2006.
  12. Penna LHG, Ribeiro LV, Ramos KAA, Félix FO, Guedes CR. Empoderamiento de mujeres adolescentes en situación de acogida:

- salud sexual en la perspectiva del Modelo Teórico de Nola Pender. Rev enferm UERJ. 2016; 24(5): 1-5. Disponible en: doi: 10.12957/reuerj.2016.27403
13. Becerra Martínez MM, Díaz Heredia LP. Niveles de actividad física, beneficios, barreras y autoeficacia en un grupo de empleados oficiales. Av Enferm. 2008; 26(2): 43-50. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12897/13498> [accedido el 26 de marzo de 2019].
14. Barragán O, Hernández E, Flores R, Vargas M. Proceso de enfermería para grupos de ayuda mutua: Una propuesta desde el Modelo de Promoción. Rev SANUS Enero-Junio. 2017; 2(3): 22-29. Disponible en: <http://www.sanus.uson.mx/revistas/articulos/3-SANUS-3-04.pdf> [accedido el 13 de febrero de 2019].
15. Quispe GYC, Limachi REM. Estilos de vida saludable y estado nutricional en estudiantes del 5° año del nivel secundario, Colegio José Antonio Encinas, Juliaca 2013. Revista Científica de Ciencias de la Salud. 2014; 7(2): 9-14. Disponible en: doi: 10.17162/rccs.v7i2.218
16. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la diabetes. OMS. 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf?sequence=1> [accedido el 10 de febrero de 2019].
17. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo: Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial. OMS. Número de informe: WHO/DCO/WHD/2013.2. 2013. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2013.2\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?sequence=1) [accedido el 10 de febrero de 2019].

18. Organización Panamericana de la Salud. Día Mundial de la Hipertensión 2017: Conoce tus números. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13257:dia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&Itemid=42345&lang=pt](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13257:dia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&Itemid=42345&lang=pt) [accedido el 10 de febrero de 2019].
19. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> [accedido el 07 de febrero de 2019].
20. Observatorio Mexicano de Enfermedades No Trasmisibles. Cifras de Sobrepeso y Obesidad en México-ENSANUT MC 2016. Disponible en: <http://oment.uanl.mx/cifras-de-sobrepeso-y-obesidad-en-mexico-ensanut-mc-2016/> [accedido el 10 de febrero de 2019].
21. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Health at a Glance 2017: OECD Indicators ¿Cómo se compara México? Disponible en: <https://www.oecd.org/mexico/Health-at-a-Glance-2017-Key-Findings-MEXICO-in-Spanish.pdf> [accedido el 10 de febrero de 2019].
22. Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Pedroza-Tobías A, Medina C, Barquera S. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. Ensanut MC 2016. Salud Pública de México. 2018; 60(3): 233-243. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8813/11502> [accedido el 12 de febrero de 2019].
23. Secretaria de Salud. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016: ENSANUT MC 2016. Secretaria de Salud. 2016. Disponible en:

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf> [accedido el 12 de febrero de 2019].

24. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Salud y Nutrición. Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/salud-y-nutrici%C3%B3n> [accedido el 12 de febrero de 2019].
25. Liria R. Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: Un problema que requiere atención. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2012; 29(3): 357-360. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36325041010> [accedido el 12 de febrero de 2019].
26. Gaete J, Olivares E, Rojas-Barahona CA, Labbé N, Rengifo M, Silva M, Chen MY. Factores asociados a conductas promotoras de salud en adolescentes chilenos. *Rev Med Chile*. 2014; 142(4): 418-427. Disponible en: <https://docplayer.es/53594413-El-desarrollo-de-conductas-promotoras-de-factores-asociados-a-conductas-promotoras-de-salud-en-adolescentes-chilenos.html> [accedido el 10 de febrero de 2019].
27. Sousa P, Gaspar P, Fonseca H, Hendricks C, Murdaugh C. Health promoting behaviors in adolescence: validation of the Portuguese version of the Adolescent Lifestyle Profile. *J Pediatr*. 2015; 91(4): 358-365. Disponible en: doi: [doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.09.005](https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.09.005)
28. Hernando Á, Oliva A, Pertegal MÁ. Diferencias de género en los estilos de vida de los adolescentes. *Psychosocial Intervention*. 2013;22(1): 15-23. Disponible en: <https://doi.org/10.5093/in2013a3>
29. Guerrero LR, León A. Estilo de vida y salud. En Vega-Rodríguez P, Álvarez-Aguirre A, Bañuelos-Barrera Y, Reyes-Rocha B, Castañón H. Estilo de vida y estado de nutrición en niños escolares. *Enfermería*

- Universitaria. 2015; 12(4): 182-187. Disponible en: doi: [dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.08.003](https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.08.003)
30. Guevara-Valtier MC, Espinoza-Martínez DP, Paz-Morales MA, Gutiérrez -Valverde JM, Landeros-Olvera EA, Zacarías C, Guadalupe R. Estilos de vida e índice de masa corporal en adolescentes universitarios de Monterrey, México. *Rev enferm herediana*. 2015; 8(1): 29-33. Disponible en: doi: [doi.org/10.20453/renh.v8i1.2539](https://doi.org/10.20453/renh.v8i1.2539)
31. Campo-Ternera L, Herazo-Beltrán Y, García-Puello F, Suarez-Villa M, Méndez O, Vásquez-De la Hoz F. Estilos de vida saludables de niños, niñas y adolescentes. *Salud Uninorte*. 2017; 33(3): 419-428. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81753881016> [accedido el 12 de febrero de 2019].
32. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. En Armendáriz García NA, Rodríguez Aguilar L, Facundo G, Rafael F. Efecto de la autoestima sobre el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes del área rural de Nuevo León, México. *SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*. 2008; 4(1): 2-16. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/803/80340105.pdf> [accedido el 12 de febrero de 2019].
33. Dil S, Senturk SG, Girgin BA. Relationship between risky health behaviors and some demographic characteristics of adolescents' self-esteem and healthy lifestyle behaviors in Çankırı. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2015; 16(1): 51-59. Disponible en: doi: [10.5455/apd.48433](https://doi.org/10.5455/apd.48433)
34. Armendáriz García NA, Rodríguez Aguilar L, Facundo G, Rafael F. Efecto de la autoestima sobre el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes del área rural de Nuevo León, México. *SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*. 2008; 4(1): 2-16.

Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/803/80340105.pdf>  
[accedido el 12 de febrero de 2019].

35. Kuhlmann E, Annandale E. Bringing gender to the heart of health policy practice and research. En Artazcoz L, Chilet E, Escartín P, Fernández A. Incorporación de la perspectiva de género en la salud comunitaria. Informe SESPAS 2018. Gac Sanit. 2018; 32(1): 92-97. Disponible en: doi: [doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.006](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.006)
36. Villarreal-González ME, Sánchez-Sosa JC, Veiga FH, Moral Arroyo GD. Contextos de Desarrollo, Malestar Psicológico, Autoestima Social y Violencia Escolar desde una Perspectiva de Género en Adolescentes Mexicanos. Psychosocial Intervention. 2011; 20(2): 171-181. Disponible en: doi: [doi.org/10.5093/in2011v20n2a5](https://doi.org/10.5093/in2011v20n2a5)
37. Hernando Á, Oliva A, Pertegal MÁ. Diferencias de género en los estilos de vida de los adolescentes. Psychosocial Intervention. 2013; 22(1): 15-23. Disponible en: doi: [dx.doi.org/10.5093/in2013a3](https://dx.doi.org/10.5093/in2013a3)
38. Giménez-García C, Ruiz-Palomino E, Gil-Llario MD, Ballester-Arnal R, Castro-Calvo J. Una perspectiva de género en el estudio de conductas de riesgo de los adolescentes. International Journal of Developmental and Educational Psychology. 2016; 2(1): 189-197. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3498/349851777020.pdf>  
[accedido el 24 de febrero de 2019].
39. Castillo I, Balaguer Solá I, García-Merita M. Efecto de la práctica de actividad física y de la participación deportiva sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia en función del género. Revista de Psicología del Deporte. 2007; 16(2): 201-210. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2351/235119266001.pdf> [accedido el 24 de febrero de 2019].

40. Nelson KM, Carey KB, Scott-Sheldon LAJ, Eckert TL, Park A, Vanable PA, Carey MP. Gender differences in relations among perceived family characteristics and risky health behaviors in urban adolescents. *Ann Behav Med.* 2017; 51(3): 416-422. Disponible en: doi: 10.1007/s12160-016-9865-x
41. Sakraida TJ. Modelo de promoción de la salud. En: Raile Alligood M (Ed). *Modelos y teorías en enfermería.* 8va Edición. Barcelona, España: Elsevier; 2014. p. 385-404.
42. Pender NJ. Modelo de la salud en la práctica de enfermería. En: López OMM, Pinzón ADD, González EB, Martínez DEP. *Percepción de salud y su efecto en pacientes con diabetes.* *Avances en Enfermería.* 2009; 27(2): 13-18. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12963/13558> [accedido el 24 de febrero de 2019].
43. Organización de las Naciones Unidas. Metas de los objetivos de desarrollo sostenible. Disponible en: [http://www.onu.org.mx/wp-content/uploads/2017/07/180131\\_ODS-metas-digital.pdf](http://www.onu.org.mx/wp-content/uploads/2017/07/180131_ODS-metas-digital.pdf) [accedido el 13 de febrero de 2019].
44. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. OMS. Número de informe: WHO/NMH/NVI/15.1, 2014. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO\\_NMH\\_NVI\\_15.1\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?sequence=1) [accedido el 13 de febrero de 2019].
45. Secretaria de Gobernación. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5326219&fecha=12/12/2013](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5326219&fecha=12/12/2013) [accedido el 13 de febrero de 2019].

46. Secretaria de Gobernación. NORMA Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5403545&fecha=12/08/2015](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5403545&fecha=12/08/2015) [accedido el 25 de febrero de 2019].
47. Secretaria de Gobernación. NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010) [accedido el 25 de febrero de 2019].
48. Secretaria de Gobernación. NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010) [accedido el 25 de febrero de 2019].
49. Secretaria de Gobernación. NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR21.pdf> [accedido el 25 de febrero de 2019].
50. Secretaria de Salud. Estado de la enfermería en México 2018. Subsecretaria de Integración y Desarrollo de Sector Salud. Número de informe: 1ra Ed, 2018. Disponible en: [http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/estado\\_enfermeria\\_mexico2018.pdf](http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/estado_enfermeria_mexico2018.pdf) [accedido el 13 de febrero de 2019].
51. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Número de habitantes en el estado de Guanajuato. Disponible en:

<http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/gto/poblacion/default.aspx?tema=me> [accedido el 14 de febrero de 2019].

52. Centros de Integración Juvenil. Panorama Sociodemográfico del Municipio de Celaya, el Estado de Guanajuato y Nacional. Disponible en: [http://www.cij.gob.mx/ebco2018-2024/9050/CSD/9050\\_CS\\_Cuadros.pdf](http://www.cij.gob.mx/ebco2018-2024/9050/CSD/9050_CS_Cuadros.pdf) [accedido el 14 de febrero de 2019].
53. Knox E, Muros JJ. Association of lifestyle behaviours with self-esteem through health-related quality of life in Spanish adolescents. *Eur J Pediatr.* 2017; 176(5): 621-628. Disponible en: doi: 10.1007/s00431-017-2886-z.
54. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado mundial de la infancia 2011: La adolescencia una época de oportunidades. Disponible en: [https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF\\_-\\_Estado\\_Mundial\\_de\\_la\\_Infancia\\_2011\\_-\\_La\\_adolescencia\\_una\\_epoca\\_de\\_oportunidades.pdf](https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF_-_Estado_Mundial_de_la_Infancia_2011_-_La_adolescencia_una_epoca_de_oportunidades.pdf) [accedido el 26 de febrero de 2019].
55. Organización Mundial de la Salud. The WHO cross-national study of health behaviour in school-aged children from 35 countries: findings from 2001-2002. En: Sousa P, Gaspar P, Fonseca H, Hendricks C, Murdaugh C. Health promoting behaviors in adolescence: validation of the Portuguese version of the Adolescent Lifestyle Profile. *J Pediatr.* 2015; 91(4): 358-365. Disponible en: doi: [doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.09.005](https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.09.005)
56. Lee SH. A study of influencing variables of health promotion behaviors of college students. En: Kim MY, Kim YJ. What Causes Health Promotion Behaviors in College Students? The open nursing

- journal. 2018; 12: 106-115. Disponible en: doi: 10.2174/1874434601812010106
57. Ryu EJ, Kwon YM, Lee KS. A study on psychosocial well-being and health promotion lifestyle practices of university students. En: Kim MY, Kim YJ. What Causes Health Promotion Behaviors in College Students? The open nursing journal. 2018; 12: 106-115. Disponible en: doi: 10.2174/1874434601812010106
58. Marmot M. Social determinants of health inequalities. En Artazcoz L, Chilet E, Escartín P, Fernández A. Incorporación de la perspectiva de género en la salud comunitaria. Informe SESPAS 2018. Gac Sanit. 2018; 32(1): 92-97. Disponible en: doi: doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.006
59. Health Canada. Exploring Concepts of Gender and Health. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services. En: Organización Panamericana de la Salud. Elementos para un análisis de género en las estadísticas de Salud para la Toma de Decisiones. OPS. 2007. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/GBA-ESP.pdf> [accedido el 25 de julio de 2019].
60. Porras Salas MN. Autoeficacia y estilo de vida promotor de salud en adolescentes de un área suburbana de Nuevo León. Tesis para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería con énfasis en salud comunitaria. UANL. 2002.
61. Fawcett J. Analysis and Evaluation of Contemporary Nursing Knowledge: Nursing Models and Theories. Philadelphia: FA Davis; 2000.
62. Burns RB. Attitudes to self and to three categories of others in a student group. Education Stud. 1975; 1(3): 181-189. Disponible en: doi: doi.org/10.1080/0305569750010304

63. De Mézerville G. Ejes de salud mental. Los procesos de autoestima, dar y recibir afecto y adaptación al estrés. México: Trillas; 2004.
64. Mruk CJ. Self-esteem research, theory, and practice: toward a positive psychology of self-esteem. En Kernis MH (Ed). Self-Steem issues and answers: a sourcebook of current perspectives. New York: Springer; 2006. Disponible en: [https://books.google.com.mx/books?hl=en&lr=&id=r0gahbOYsU4C&oi=fnd&pg=PA164&dq=Mruk+CJ.++Self-esteem+research,+theory,+and+practice:+toward+a+positive+psychology+of+self-esteem.+New+York:+Springer%3B+2006.&ots=14gSEwMpcl&sig=Qg1ydjbZyj3KZsX\\_ztjZv7QQdKU&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.mx/books?hl=en&lr=&id=r0gahbOYsU4C&oi=fnd&pg=PA164&dq=Mruk+CJ.++Self-esteem+research,+theory,+and+practice:+toward+a+positive+psychology+of+self-esteem.+New+York:+Springer%3B+2006.&ots=14gSEwMpcl&sig=Qg1ydjbZyj3KZsX_ztjZv7QQdKU&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false) [accedido el 26 de febrero de 2019]
65. Maslow AH, Stephens DC, Heil G, Sánchez Barberán G. El management según Maslow: una visión humanista para la empresa de hoy. España: Editorial Paidós; 2005.
66. Álvarez LS. Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto. Rev Fac Nac de Salud Pública. 2012; 30(1): 95-101. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n1/v30n1a11.pdf> [accedido el 26 de febrero de 2019].
67. Organización Mundial de la Salud. La salud de la juventud. En: Hernando Á, Oliva A, Pertegal MÁ. Diferencias de género en los estilos de vida de los adolescentes. Psychosocial Intervention. 2013; 22(1): 15-23. Disponible en: doi: [dx.doi.org/10.5093/in2013a3](https://doi.org/10.5093/in2013a3)
68. Cockerham WC. Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. En: En Vega-Rodríguez P, Álvarez-Aguirre A, Bañuelos-Barrera Y, Reyes-Rocha B, Castañón H. Estilo de vida y estado de nutrición en niños escolares. Enfermería Universitaria. 2015;

- 12(4): 182-187. Disponible en: doi: dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.08.003
69. Agudelo-Vélez DM, Casadiegos-Garzón CP, Sánchez-Ortíz DL. Relación entre esquemas maladaptativos tempranos y características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. En Bastías Arriagada EM, Stiepovich Bertoni J. Una revisión de los estilos de vida de estudiantes universitarios iberoamericanos. Cienc enferm. 2014; 20(2): 93-101. Disponible en: doi: dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000200010
70. Lamas M. La perspectiva de género. Revista de Educación y Cultura. 1996; 8(1): 216-229. Disponible en: [https://www.ses.unam.mx/curso2007/pdf/genero\\_perspectiva.pdf](https://www.ses.unam.mx/curso2007/pdf/genero_perspectiva.pdf) [accedido el 26 de marzo de 2019].
71. Instituto Nacional de las Mujeres. Glosario de Género. INMUJERES. 1era Ed, 2007. Disponible en: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/100904.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100904.pdf) [accedido el 25 de julio de 2019].
72. Matud MO, Bethencourt JM, Ibáñez I. Roles de género, ejercicio físico y bienestar en la adolescencia. En: Rodríguez Belmares P, Matud Aznar MP, Álvarez Bermúdez J. Género y calidad de vida en la adolescencia. Journal of Behavior, Health & Social Issues. 2017; 9(2): 89-98. Disponible en: doi: 10.1016/j.jbhsi.2017.11.001
73. Jiménez R. Metodología de la Investigación: Elementos básicos para la investigación clínica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1998.
74. Hernández SR, Fernández CC, Baptista LMP. Metodología de la investigación. 5ta. Ed. México: McGraw-Hill; 2010.

75. Pineda EB, De Alvarado EL. Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo persona de la salud. 3ra. Ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2007.
76. Tecnológico Nacional de México. Informe de rendición de cuentas 2018 del Tecnológico Nacional de México en Celaya. Disponible en: [http://www.itcelaya.edu.mx/irc/IRC\\_2018.pdf](http://www.itcelaya.edu.mx/irc/IRC_2018.pdf) [accedido el 28 de octubre de 2020].
77. Mextudia. Convocatoria ITCelaya, Guía de admisión 2020. Disponible en: <https://bit.ly/32nPCZU> [accedido el 28 de octubre de 2020].
78. Mellado JA. Muestreo estadístico. Universidad Autónoma Agraria Antonio Narro. Disponible en: <http://www.uaaan.mx/~jmelbos/muestreo/muapu1.pdf> [accedido el 28 de octubre de 2020].
79. Colegio General de la Psicología de España. Escala de Autoestima de Rosenberg. Disponible en: <https://www.cop.es/index.php> [accedido el 23 de junio de 2019].
80. Martín-Albo J, Núñez JL, Navarro JG, Grijalvo F. The Rosenberg self-esteem scale: translation and validation in university students. En Knox E, Muros JJ. Association of lifestyle behaviours with self-esteem through health-related quality of life in Spanish adolescents. *Eur J Pediatr.* 2017; 176(5): 621-628. Disponible en: doi: 10.1007/s00431-017-2886-z.
81. Cárdenas DJ, Cárdenas SJ, Villagrán KL, Guzmán BQ. Validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg en universitarios de la Ciudad de México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual.* 2015; 5(1): 18-22. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/55207/50020> [accedido el 22 de mayo de 2019].

82. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. Health promotion model-instruments to measure health promoting lifestyle: Health-promoting lifestyle profile [HPLP II] (Adult version). 1996. Disponible en: [https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85349/HPLP\\_II-Dimensions.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85349/HPLP_II-Dimensions.pdf?sequence=2&isAllowed=y) [accedido el 23 de junio de 2019].
83. Jaimes EL, Díaz MPG. Estilos de vida saludable en estudiantes de Enfermería en la Universidad Cooperativa de Colombia. *Revista Hacia la promoción de la salud*. 2014; 19(1): 68-83. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v19n1/v19n1a06.pdf> [accedido el 22 de mayo de 2019].
84. Chacón Pizano WL, Mejía Rodríguez O, Paredes Saralegui JG, Gómez Alonso C. Impacto de una intervención educativa PREVENIMSS en el estilo de vida en hombres de 20 a 59 años. *Aten Fam*. 2012; 19(3): 54-57. Disponible en: [http://revistas.unam.mx/index.php/atencion\\_familiar/article/viewFile/32301/29699](http://revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/viewFile/32301/29699) [accedido el 22 de mayo de 2019].
85. Siegel S, Castellán NJ. Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta. 4ta Ed. México: Trillas; 2009.
86. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM- Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/> [accedido el 22 de mayo de 2019].
87. Secretaria de Gobernación. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5339162&fecha=02/04/2014](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5339162&fecha=02/04/2014) [accedido el 22 de mayo de 2019].

88. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Perfil sociodemográfico de jóvenes. 2014. Disponible en: <https://bit.ly/3uYPuNg> [accedido el 28 de febrero de 2021].
89. Instituto Nacional de las Mujeres. Sistema de indicadores de género. 2020. Disponible en: <http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Jovenes.pdf> [accedido el 28 de febrero de 2021].
90. Lechuga Montenegro J, Ramírez Argumosa G, Guerrero Tostado M. Educación y género. El largo trayecto de la mujer hacia la modernidad en México. *Economía UNAM*. 2018;15(43): 110-139. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eunam/v15n43/1665-952X-eunam-15-43-110.pdf> [accedido el 28 de febrero de 2021].
91. Razo Godínez ML. La inserción de la mujer en la carrera de ingeniería y tecnología. *Perfiles Educativos*. 2008.30;(121): 63-96. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/peredu/v30n121/v30n121a4.pdf> [accedido el 28 de febrero de 2021].
92. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Informe de seguimiento de la educación para todos en el mundo: 2000-2015, Logros y desafíos. 2015. Disponible en: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000232435> [accedido el 28 de febrero de 2021].
93. Cid-Aguayo M, Pérez-Villegas R, Sáez-Carrillo K. Orientación sexual en los adolescentes y su asociación con variables demográficas, socio conductuales y sexuales. *Perinatología y reproducción humana*. 2011;25(2): 74-80. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2011/ip112c.pdf> [accedido el 28 de febrero de 2021].

94. Jones A, Robinson E, Oginni O, Rahman Q, Rimes KA. Anxiety disorders, gender nonconformity, bullying and self-esteem in sexual minority adolescents: prospective birth cohort study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017;58(11): 1201-1209. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12757>
95. Conejero J, Almonte C. Desarrollo de la orientación sexual en adolescentes de 16 a 18 años de ambos sexos de Santiago de Chile: Estudio Exploratorio. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2009;47(3): 201-208. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v47n3/art04.pdf> [accedido el 28 de febrero de 2021].
96. El periódico. ¿Por qué hay cada vez más mujeres bisexuales? 2018. Disponible en: <https://bit.ly/2Ow0NeU> [accedido el 28 de febrero de 2021].
97. Shutt-Aine J, Maddaleno M. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. OPS. 2003. Disponible en: <https://bit.ly/3kQXVW6> [accedido el 28 de febrero de 2021].
98. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Society at a glance 2019m a spotlight on LGTB people. 2019. Disponible en: <https://www.oecd.org/mexico/sag2019-mexico-es.pdf> [accedido el 28 de febrero de 2021].
99. Molina Gámez J, Gutiérrez Gámez Y, Oviedo Noreña E. Depresión, autoestima y su relación con la ideación suicida en estudiantes de un colegio privado de la ciudad de Ciénaga-Magdalena (Colombia). *Duazary*. 2011;8(1): 13-19. Disponible en: <https://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1662> [accedido el 28 de febrero de 2021].

100. Wong WF, Luk AL. A Randomized Control Study on the Effectiveness of Holistic Health Practice Program on a Group of Baccalaureate Nursing Students. *The Open Nursing Journal*. 2020;14(1): 56-63. Disponible en: <https://doi.org/10.2174/1874434602014010056>
101. Díaz Falcón D, Fuentes Suárez I, Senra Pérez NC. Adolescencia y autoestima: su desarrollo desde las instituciones educativas. *Revista Conrado*. 2018;14(64): 98-103. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rc/v14n64/1990-8644-rc-14-64-98.pdf> [accedido el 28 de febrero de 2021].
102. Naranjo Pereira ML. Autoestima un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*. 2007;7(3): 1-27. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/447/44770311.pdf> [accedido el 28 de febrero de 2021].
103. Sigüenza WG, Quezada E, Reyes ML. Autoestima en la adolescencia media y tardía. *Revista Espacios*. 2019;40(15): 19-25. Disponible en: <http://www.revistaespacios.com/a19v40n15/a19v40n15p19.pdf> [accedido el 28 de febrero de 2021].
104. Gomez-Baya D, Mendoza R, Paino S. Emotional basis of gender differences in adolescent self-esteem. *Psicologia: Revista da Associação Portuguesa Psicologia*. 2016;30(2): 1–14. Disponible en: <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v30i2.1105>
105. Hinojosa-García L, García-García P, Jiménez-Martínez AA, Gracia-Castillo, GN. Autoestima y consumo de tabaco en adolescentes de secundaria. *SANUS*. 2020;(14): 1-10. Disponible en:

<http://www.scielo.org.mx/pdf/sanus/v5n14/2448-6094-sanus-14-00004.pdf> [accedido el 28 de febrero de 2021].

106. Rodríguez Naranjo C, Caño González A. Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2012;12(3): 389-404. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56024657005> [accedido el 28 de febrero de 2021].
107. Akanni OO, Koleoso ON. Body image among secondary school boys and girls in southwest nigeria: the role of neuroticism and self-esteem. *Gender & Behaviour*. 2017;15(3): 9560-9569. Disponible en: <https://www.ajol.info/index.php/gab/article/view/165563> [accedido el 28 de febrero de 2021].
108. Birkeland MS, Melkevik O, Holsen I, Wold B. Trajectories of global self-esteem development during adolescence. *Journal of Adolescence*. 2012;35(1): 43-54. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.06.006>
109. Lee A, Hankin BJ. Insecure attachment, dysfunctional attitudes, and low self-esteem predicting prospective symptoms of depression and anxiety during adolescence. En Gomez-Baya D, Mendoza R, Paino S. Emotional basis of gender differences in adolescent self-esteem. *Psicologia: Revista da Associação Portuguesa Psicologia*. 2016;30(2): 1–14. Disponible en: <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v30i2.1105>
110. Hatzenbuehler ML. How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin*. 2009;135(5): 707–730. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/a0016441>

111. Ardic A, Esin MN. Factors associated with healthy lifestyle behaviors in a sample of Turkish adolescents: a school-based study. *Journal of Transcultural Nursing*. 2016;27(6): 583-592. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1043659615587585>
112. Laguado Jaimes E, Gómez Díaz MP. (2014). Estilos de vida saludable en estudiantes de enfermería en la universidad cooperativa de Colombia. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*. 2014;9(1): 68-83. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309131703006> [accedido el 28 de febrero de 2021].
113. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*. 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall. 2002
114. Fernández Martínez J. Salud y estilos de vida en adolescentes. *EFDeportes Revista Digital*. 2016;21(216). Disponible en: <https://efdeportes.com/efd216/salud-y-estilos-de-vida-en-adolescentes.htm> [accedido el 28 de febrero de 2021].
115. Sousa P, Gaspar P, Fonseca H, Hendricks C, Murdaugh C. Health promoting behaviors in adolescence: validation of the Portuguese version of the Adolescent Lifestyle Profile. *Jornal de Pediatria*. 2015;91(4): 358-365. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2014.09.005>
116. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Healthpromotion in nursing practice*. 6th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Press. 2011
117. Corres Ayala P. Femenino y masculino: modalidades de ser. En: Mendoza-Catalán G, Chaparro-Díaz L, Gallegos-Cabriales E, Carreno-Moreno S. *Automanejo en diabetes mellitus tipo 2 desde un enfoque de género: revisión integrativa*. *Enferm Universitaria*.

- 2018;15(1): 90-102.  
<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.1.63276>
118. De Barbieri T. Sobre la categoría género. Una introducción teórico metodológica. En: Mendoza-Catalán G, Chaparro-Díaz L, Gallegos-Cabriales E, Carreno-Moreno S. Automanejo en diabetes mellitus tipo 2 desde un enfoque de género: revisión integrativa. *Enferm Universitaria*. 2018;15(1): 90-102.  
<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.1.63276>
119. Hogg MA, Reid SA. Social identity, self-categorization, and the communication of group norms. *Commun Theory*. 2006;16(1): 7-30.  
Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1468-2885.2006.00003.x>
120. Díaz-Loving R, Sánchez TER, Aragón SR. La instrumentalidad y la expresividad desde una perspectiva psico-socio-cultural. México: Miguel Ángel Porrúa; 2007.
121. Fuller N. Acerca de la polaridad marianismo machismo. En: Mendoza-Catalán G, Chaparro-Díaz L, Gallegos-Cabriales E, Carreno-Moreno S. Automanejo en diabetes mellitus tipo 2 desde un enfoque de género: revisión integrativa. *Enferm Universitaria*. 2018;15(1): 90-102.  
<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.1.63276>
122. Monge-Rojas R, Fuster-Baraona T, Garita-Arce C, Sánchez-López M, Colon-Ramos U, Smith-Castro V. How Self-Objectification Impacts Physical Activity Among Adolescent Girls in Costa Rica. *J Phys Act Health*. 2017;14(2): 123-129. Disponible en: <https://doi.org/10.1123/jpah.2016-0322>
123. Young IM. On female body experience: "Throwing like a girl" and other essays. En: Monge-Rojas R, Fuster-Baraona T, Garita-Arce C, Sánchez-López M, Colon-Ramos U, Smith-Castro V. How Self-

- Objectification Impacts Physical Activity Among Adolescent Girls in Costa Rica. *J Phys Act Health*. 2017;14(2): 123-129. Disponible en: <https://doi.org/10.1123/jpah.2016-0322>
124. Fredrickson BL, Roberts TA. "Objectification theory". En: Monge-Rojas R, Fuster-Baraona T, Garita-Arce C, Sánchez-López M, Colon-Ramos U, Smith-Castro V. How Self-Objectification Impacts Physical Activity Among Adolescent Girls in Costa Rica. *J Phys Act Health*. 2017;14(2): 123-129. Disponible en: <https://doi.org/10.1123/jpah.2016-0322>
125. Abreu NG. Meninos pra cá, meninas pra lá? En Bezerra EDS, Neves EB, Rossato M, Santos JOLD, Nahas MV, Barbosa RMDSP. The influence of gender on the practice of physical activity in high school adolescents in the city of Manaus. *Mundo saúde*. 2016;40(3): 302-309. Disponible en: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/155575/A04.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155575/A04.pdf) [accedido el 28 de febrero de 2021].
126. Allafi A, et al. Physical activity, sedentary behaviours and dietary habits among Kuwaiti adolescents: gender differences. *Public Health Nutr*. 2014;17(9): 2045-2052. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S1368980013002218>
127. O'Malley Olsen E, Kann L, Vivolo-Kantor A, et al. School violence and bullying among sexual minority high school students, 2009-2011. *J Adolesc Health*. 2014;55(3): 432-438. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.03.002>
128. Fekkes M, Pijpers FI, Verloove-Vanhorick SP. Bullying behavior and associations with psychosomatic complaints and depression in victims. En: Li P, et al. Is sexual minority status associated with poor sleep quality among adolescents? Analysis of a

- national cross-sectional survey in Chinese adolescents. *BMJ Open*. 2017;7(1): e017067. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017067>
129. Burton CM, Marshal MP, Chisolm DJ, et al. Sexual minority-related victimization as a mediator of mental health disparities in sexual minority youth: a longitudinal analysis. *J Youth Adolesc*. 2013; 42(3): 394–402. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9901-5>
130. Li P, et al. Is sexual minority status associated with poor sleep quality among adolescents? Analysis of a national cross-sectional survey in Chinese adolescents. *BMJ Open*. 2017;7(1): e017067. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017067>
131. Wu J, Wu H, Wang J, et al. Associations between sleep duration and overweight/obesity: results from 66,817 Chinese Adolescents. *Sci Rep* 2015;5(1): 16686. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/srep16686>
132. Pagel JF, Forister N, Kwiatkowi C. Adolescent sleep disturbance and school performance: the confounding variable of socioeconomic. En: Li P, et al. Is sexual minority status associated with poor sleep quality among adolescents? Analysis of a national cross-sectional survey in Chinese adolescents. *BMJ Open*. 2017; 7(1): e017067. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017067>
133. Liu X. Sleep and adolescent suicidal behavior. En: Li P, et al. Is sexual minority status associated with poor sleep quality among adolescents? Analysis of a national cross-sectional survey in Chinese adolescents. *BMJ Open*. 2017; 7(1): e017067. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017067>

134. Dil S, Senturk SG, Girgin BA. Relationship between risky health behaviors and some demographic characteristics of adolescents' self-esteem and healthy lifestyle behaviors in Cankiri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2015;16(1): 51-60. Disponible en: <https://bit.ly/3rxhUeX> [accedido el 28 de febrero de 2021].
135. Dumoy J. Los factores de riesgo en el proceso Salud-enfermedad. *Revista Cubana Medicina General Integral*. 1999;15(4): 453-60. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n4/mgi19499.pdf> [accedido el 28 de febrero de 2021].
136. de Mézerville G. Ejes de salud mental. Los procesos de autoestima, dar y recibir afecto y adaptación al estrés. México: Trillas. 2004.
137. Borden G, Stone J. La comunicación humana. En Naranjo Pereira ML. Autoestima un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*. 2007;7(3): 1-27. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/447/44770311.pdf> [accedido el 28 de febrero de 2021].
138. Montesdeoca YA, Villamarín JS. Autoestima y habilidades sociales en los estudiantes de segundo de bachillerato de la unidad educativa "Vicente Anda Aguirre" Riobamba, 2015-2016. En Díaz Falcón D, Fuentes Suárez I, Senra Pérez NC. Adolescencia y autoestima: su desarrollo desde las instituciones educativas. *Revista Conrado*. 2018;14(64): 98-103. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rc/v14n64/1990-8644-rc-14-64-98.pdf>
139. Ayvar-Velásquez HG. La autoestima y asertividad en adolescentes de educación secundaria de un colegio estatal y particular

de un sector del distrito de Santa Anita. *Av Psicol.* 2016;24(2): 193-203. Disponible en: <https://bit.ly/2NcFwH4> [accedido el 28 de febrero de 2021].

140. Shin HK, Chang JY. The relationship among personality characteristics, gender, job-seeking stress and mental health in college seniors. En Kim MY, Kim YJ. What Causes Health Promotion Behaviors in College Students? *The open nursing journal.* 2018;12(1); 106-115. Disponible en: <https://doi.org/10.2174/1874434601812010106>
141. Real Academia Española. Diccionario de lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/> [accedido el 25 de junio de 2019].
142. AMAI. Nivel Socioeconómico AMAI. Disponible en: <http://www.amai.org/nse/> [accedido el 10 de abril de 2020].

## **BIBLIOGRAFÍA**

Grove AK, Gray JR, Burns N. Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. 6ta. Ed. España: Elsevier; 2016.

Landero R, González MT. Estadístico con SPSS y metodología de la investigación. México: Trillas; 2016.

## APÉNDICES

**Apéndice A:** Cronograma de actividades de proyecto de investigación

| Actividades                                 | 2019 |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 2020 |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Observación.            |
|---|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------------------------|
|   | Ene  | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic | Ene  | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic |                         |
| Construcción de protocolo de investigación  | ■    | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   |     |     |     |     |     |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Sin Inconveniente       |
| Aprobación por la Comisión de Investigación |      |     |     |     |     |     | ■   | ■   | ■   |     |     |     |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Sin Inconveniente       |
| Aprobación por Comité de Bioética           |      |     |     |     |     |     | ■   | ■   | ■   |     |     |     |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Sin Inconveniente       |
| Realización de prueba piloto.               |      |     |     |     |     |     |     |     |     | ■   | ■   |     |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Sin Inconveniente       |
| Petición de permiso para colecta            |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      | ■   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Sin Inconveniente       |
| Capacitación del equipo para la colecta     |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | ■    | ■   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Sin Inconveniente       |
| Colecta de datos                            |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   | ■   |     |     |     | Suspendido por Covid-19 |
| Análisis estadístico                        |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |     |     |     |     |     | ■   |     |     | Sin Inconveniente       |
| Informe de resultados                       |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |     |     |     |     |     | ■   | ■   |     | Sin Inconveniente       |

| <b>Continuación</b>  |  | 2019 |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 2020 |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Observación.      |
|----------------------|--|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------------------|
| Actividades          |  | Ene  | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic | Ene  | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic |                   |
| Pre-Defensa de Tesis |  |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Sin Inconveniente |
| Defensa de Tesis     |  |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                   |
| Difusión             |  |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                   |

Realizado 

En espera 

Programado 

Suspendido 

**Apéndice B:** Operacionalización de las variables sociodemográficas

| Variable | Tipo               | Definición conceptual   | Escala de medición          | Estadístico   |
|----------|--------------------|---|-----------------------------|---|
| Edad     | Numérica de razón  | Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo <sup>141</sup> .  | 1. Años cumplidos           | Frecuencias y porcentaje por ser solamente adolescentes de 18 a 19 años |
| Sexo     | Categorica Nominal | Conjunto de diferencias biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos que los definen como hombres o mujeres <sup>71</sup> . | 1. Hombre<br>2. Mujer       | Frecuencia y porcentaje   |
| Género   | Categorica Nominal | Construcción social de roles, conductas, expresiones e identidades de mujeres, hombres y personas con género diverso <sup>71</sup> .      | 1. Masculino<br>2. Femenino | Frecuencia y porcentaje   |

|                           |                       |   |   |                         |
|---------------------------|-----------------------|---|---|-------------------------|
| Religión                  | Categórica<br>Nominal | Conjunto de creencias religiosas con las que un hombre reconoce una relación con la divinidad (un Dios o varios dioses) <sup>141</sup> .                | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Católico</li> <li>2. Cristiano</li> <li>3. Testigo de Jehová</li> <li>4. No creyente</li> <li>5. Otra</li> </ol>            | Frecuencia y porcentaje |
| Nivel Socioeconómico AMAI | Categórica<br>Ordinal | Capacidad del hogar para satisfacer las necesidades de sus integrantes <sup>142</sup> .   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Baja Baja</li> <li>2. Baja Alta</li> <li>3. Media Alta</li> <li>4. Media</li> <li>5. Media Alta</li> <li>6. Alta</li> </ol> | Frecuencia y porcentaje |
| Preferencia sexual        | Categórica<br>Nominal | Expresa la inclinación de la atracción o conducta emocional sexual hacia las personas del sexo opuesto, de ambos sexos o del mismo sexo <sup>71</sup> . | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Heterosexual</li> <li>2. Gay</li> <li>3. Lésbica</li> <li>4. Bisexual</li> </ol>  | Frecuencia y porcentaje |

**Apéndice C:** Operacionalización de las variables de estudio

| Variable              | Definición conceptual   | Definición operacional  | Dimensiones  | Indicador  |
|-----------------------|---|---|--|--|
| <b>Autoestima</b>     | Totalidad de pensamientos y sentimientos de la persona con referencia a sí mismo como objeto <sup>32</sup> .                                | Actitud positiva de la persona hacia sí mismo <sup>32</sup> .   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Positiva</li> <li>• Negativa</li> </ul>   | Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)              |
| <b>Estilo de vida</b> | Patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente en la salud <sup>42</sup> . | Comprensión subjetiva del bienestar físico actual, futuro y adaptación psicológica de persona <sup>42</sup> . | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabilidad en salud</li> <li>• Actividad física</li> <li>• Nutrición</li> <li>• Crecimiento espiritual</li> <li>• Relaciones interpersonales</li> <li>• Manejo del estrés</li> </ul> | Perfil de Estilo de vida Promotor de Salud (PEPS II) |

## Apéndice D: Cédula de Datos Sociodemográficos (CDS)

UNIVERSIDAD DE  
GUANAJUATO



**UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO**  
**DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD E INGENIERÍAS**  
**CAMPUS CELAYA- SALVATIERRA**

### *Cédula de datos sociodemográficos*

Investigación: Relación entre autoestima y estilo de vida de los adolescentes de la ciudad de Celaya, Guanajuato, un análisis de género

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Por favor, responde a cada una de las preguntas de este cuestionario, tu participación ayudará a identificar las características sociodemográficas, datos que son de suma importancia en esta investigación, te recuerdo que la información que proporcionas es completamente confidencial.

1. **¿Cuál es tu edad?** \_\_\_\_\_

Marca con una **X** la respuesta indicada.

**2. Sexo:**

1.- Hombre

2.- Mujer

**3. Género:**

1.- Masculino

2.- Femenino

**4. Religión que profesa:**

1.- Católica

2.- Cristiana

3.- Testigo de Jehová

4.- No creyente

5.- Otra

**5. Si tu respuesta fue otra religión, favor de especificar cual:**

---

**6. Nivel Socioeconómico AMAI (Anexo 7).**

**7. Preferencia sexual:**

1.- Heterosexual      2.- Gay      3.- Lésbica      4.- Bisexual

## Apéndice E: Solicitudes para colecta de datos en Institución de Educación Superior

UNIVERSIDAD DE  
GUANAJUATO



Celaya, Gto. 19 de Febrero 2020  
Oficio: PTC/DEC/DCE/DCSI/ CCS  
Asunto: Solicitud de implementación de investigación

**Dr. José López Muñoz**  
Director  
Instituto Tecnológico de Celaya  
Presente

Quien suscribe, Dra. Alicia Alvarez Aguirre Profesor de Tiempo Completo con adscripción a la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Campus Celaya-Salvatierra, en calidad de Tutor me permito solicitar su autorización para la implementación, en la institución a su digno cargo, del proyecto de investigación titulado: **Relación entre autoestima y estilo de vida de los adolescentes de la ciudad de Celaya, Gto., un análisis de género**; que desarrolla el **LEN. Pablo Medina Quevedo** estudiante del cuatro cuatrimestre del Programa Académico de Maestría en Ciencias de Enfermería en la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Campus Celaya-Salvatierra, programa perteneciente a CONACyt.

El proyecto de investigación fue evaluado por el Comité de Bioética del Campus Celaya Salvatierra asignándoles número de registro: **CBCCS-03228102019** y por la Comisión de Investigación de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías concediendo el número de registro: **DCSI-CI20191014-16**.

Se adjunta copia de los registros y ficha técnica del proyecto de investigación, instrumentos y consentimiento informado.

Sin más por el momento me despido quedando a sus órdenes para cualquier duda o aclaración a la presente

Atentamente  
"La Verdad Os Hará Libre"

Dra. Alicia Alvarez Aguirre  
Tutora

Departamento de Enfermería Clínica  
División de Ciencias de la Salud e Ingenierías  
Campus Celaya-Salvatierra  
Contacto: 4425268857  
461 598 59 22 ext. 1626

**CAMPUS CELAYA SALVATIERRA**  
**DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD E INGENIERÍAS**

CAMPUS CELAYA SALVATIERRA  
DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD E INGENIERÍAS



Av. Ing. Javier Barros Sierra No. 201 Esq. Baja California. Ejido de Santa María del Refugio  
Celaya, Gto., México. C.P. 38140  
Teléfono: (461) 598 59 22; ext.: 1627, 1628

[www.celayasalvatierra.ugto.mx/](http://www.celayasalvatierra.ugto.mx/)

## Apéndice F: Hoja de información para el participante

UNIVERSIDAD DE  
GUANAJUATO



**UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO**  
**DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD E INGENIERÍAS**  
**CAMPUS CELAYA- SALVATIERRA**

### **MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

#### *Hoja de información para el participante*

**Proyecto de investigación:** Relación entre autoestima y estilo de vida de los adolescentes de la ciudad de Celaya, Guanajuato, un análisis de género

**Investigador principal:** Lic. en Enfermería Pablo Medina Quevedo

**Investigador responsable:** Dra. Alicia Álvarez Aguirre.

Por medio de la presente, me permito saludarte y a la vez informarte que ha sido seleccionado para participar en el proyecto de investigación.

**Objetivo:** Analizar la relación entre la autoestima y el estilo de vida de los adolescentes de la ciudad de Celaya, Guanajuato, mediante un análisis de género.

**Propósito:** La tipificación de género puede influir directamente en la autoestima de la adolescente y el adolescente, debido a que la imposición sustantiva de un rol puede afectar la actitud del adolescente hacia sí mismo y verse reflejado en el estilo de vida que se va formando durante la adolescencia. Con el objetivo de relacionar la autoestima y el estilo de vida de los adolescentes se está realizando una investigación en la que solicitamos tú valiosa colaboración.

**Motivos para la participación:** Te invitamos a participar en nuestra investigación para conocer la autoestima y estilo de vida que presentas con el fin de crear intervenciones en el futuro con un enfoque de género que favorezcan tú salud.

**Procedimientos/Intervenciones que se llevaran a cabo:** Para participar en el estudio se te pedirá firmar el consentimiento informado, el investigador responsable tendrá el original de este documento electrónico, posteriormente podrás llenar los tres cuestionarios, uno correspondiente a tus características sociodemográficas, otro a la escala de autoestima y el último el cuestionario de perfil de estilo de vida.

**Riesgos/Incomodidades que puede experimentar el participante:** Puedes sentirte incomodo/a con algunas preguntas relacionadas con tu autoestima y temas de preferencia sexual.

**Beneficios previsible:** Aunque no se tendrán beneficios directos, tu participación ayudará al avance de la ciencia. La información que nos proporcionarás dará cuenta de las características sociodemográficas, la autoestima y el estilo de vida. Se espera que a partir de esta información se puedan crear acciones específicas de salud en el futuro con un enfoque de género que favorezcan la salud de los adolescentes y las adolescentes.

**Compensación:** No existe una compensación económica por tu participación en el estudio.

**Confidencialidad de la información:** No pondrás tu nombre en la encuesta en línea. Solamente el investigador principal y responsable del proyecto tendrán acceso al manejo de los datos. Todas las respuestas que se obtengan serán 100% confidenciales y nadie sabrá sobre tus respuestas.

**Problemas o preguntas:** Si tienes preguntas acerca de tus derechos como participante en esta investigación, puedes llamar al Dr. Nicolás Padilla presidente del Comité de Bioética del Campus Celaya Salvatierra al teléfono (461) 5985922 ext. 6359, Mutualismo 303 Col. Enrique Colunga, Celaya, Guanajuato CP.38060 bioeticaccs@ugto.mx, en la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra.

**Consentimiento de participación voluntaria:** Para realizar esta investigación se debe contar con tú participación voluntaria, sin embargo, puedes elegir no participar, en caso de aceptar y posteriormente no continuar también es válido, ya que puedes retirarte del estudio en cualquier momento sin ser necesaria una explicación. No participar o retirarte del estudio, no será razón de castigo o represalias.

**Apéndice G: Consentimiento informado**

UNIVERSIDAD DE  
GUANAJUATO



**UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO  
DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD E INGENIERÍAS  
CAMPUS CELAYA- SALVATIERRA**

**MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

*Consentimiento informado para participar en el proyecto:*

**Relación entre autoestima y estilo de vida de los adolescentes de la ciudad de Celaya, Guanajuato, un análisis de género.**

He leído la hoja de información y entiendo los objetivos del estudio en el que se me ha propuesto participar. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y analizar las respuestas que se me brindaron.

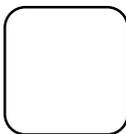
Reconozco que mi participación es voluntaria, la cual consiste en contestar una serie de cuestionarios en línea que serán anónimos y la información suministrada será confidencial, que solo será utilizada para el desarrollo del estudio, asimismo, que traerá beneficios en un futuro para la atención en salud.

Por otro lado, tengo conocimiento de que no tendré remuneración económica alguna, entiendo que no corro ningún riesgo y que tengo el derecho de retirarme del estudio en el momento en el que lo desee sin necesidad de explicar mi decisión.

Este consentimiento no tiene fecha de expiración y sé que, si necesito más información acerca de mis derechos como participante del pilotaje, puedo contactar al Dr. Nicolás Padilla presidente del Comité de Bioética del Campus Celaya Salvatierra al teléfono (461) 5985922 ext. 6359, Mutualismo 303 Col. Enrique Colunga, Celaya, Guanajuato CP.38060 bioeticaccs@ugto.mx

Por este medio **ACEPTO** participar voluntariamente en esta investigación.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante  
Fecha y hora: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_



Huella

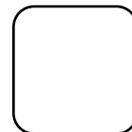
\_\_\_\_\_  
Nombre de encuestador

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Nombre y firma testigo 1.  
Fecha y hora: \_\_\_\_\_  
Relación con participante: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_



Huella

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Nombre y firma testigo 2.  
Fecha y hora: \_\_\_\_\_  
Relación con participante: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_



Huella

## Apéndice H: Recursos materiales y financieros

| Material   | Costo unitario   | Costo total     |
|--|--|-----------------|
| Hojas blancas  | \$100 (500 hojas)                                      | \$100           |
| Impresiones  | \$1.00 (por hoja)                                      | \$250           |
| Fotocopias   | \$0.50 (por copia)                                     | \$150           |
| Viáticos para la realización de la investigación             | Transporte terrestre y alimentación (grupo de colecta) | \$4,500         |
| Gastos para elaboración de tesis                             | Aproximadamente  | \$5,000         |
| Viáticos para presentación de resultados de la investigación | Transporte terrestre, hospedaje y alimentación         | \$15,000        |
| Pago de inscripción a eventos                                | Aproximadamente  | \$5,000         |
| Pago de inscripción en revista para publicación              | Aproximadamente  | \$2,000         |
| <b>Total</b>   |  | <b>\$32,000</b> |

## ANEXOS

### Anexo 1: Perfil de Estilo de vida Promotor de Salud (PEPS II)

UNIVERSIDAD DE  
GUANAJUATO



**UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO**  
**DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD E INGENIERÍAS**  
**CAMPUS CELAYA- SALVATIERRA**

#### *Cuestionario Perfil de Estilo de vida Promotor de Salud II (PEPS-II)*

#### Instrucciones:

- a) En este cuestionario se pregunta sobre el modo en que vives en relación con tus hábitos personales actuales.
- b) No hay respuesta correcta o incorrecta, solo es tu forma de vivir.
- c) Favor de no dejar preguntas sin responder.
- d) Recuerda que toda la información es confidencial.
- e) Marca con una X la respuesta que refleja mejor tu forma de vivir.

**N** = nunca, **A** = algunas veces, **M** = frecuentemente, o **R** = rutinariamente

|    |   |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|---|
| 1  | Discuto mis problemas y preocupaciones con personas allegadas.  | N | A | M | R |
| 2  | Escojo una dieta baja en grasas, grasas saturadas, y en colesterol.   | N | A | M | R |
| 3  | Informo a un doctor(a) o a otros profesionales de la salud cualquier señal inusual o síntoma extraño.   | N | A | M | R |
| 4  | Sigo un programa de ejercicios planificados.  | N | A | M | R |
| 5  | Duermo lo suficiente.   | N | A | M | R |
| 6  | Siento que estoy creciendo y cambiando en una forma positiva.   | N | A | M | R |
| 7  | Elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos.  | N | A | M | R |
| 8  | Limito el uso de azúcares y alimentos que contienen azúcar (dulces).  | N | A | M | R |
| 9  | Leo o veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud.  | N | A | M | R |
| 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). | N | A | M | R |
| 11 | Tomo algún tiempo para relajarme todos los días.  | N | A | M | R |
| 12 | Creo que mi vida tiene propósito.   | N | A | M | R |
| 13 | Mantengo relaciones significativas y enriquecedoras.  | N | A | M | R |
| 14 | Como de 6-11 porciones de pan, cereales, arroz, o pasta (fideos) todos los días.  | N | A | M | R |
| 15 | Hago preguntas a los profesionales de la salud para poder entender sus instrucciones.   | N | A | M | R |
| 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.   | N | A | M | R |
| 17 | Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar.   | N | A | M | R |
| 18 | Miro adelante hacia el futuro.  | N | A | M | R |
| 19 | Paso tiempo con amigos íntimos.   | N | A | M | R |
| 20 | Como de 2 a 4 porciones de frutas todos los días.   | N | A | M | R |

**N** = nunca, **A** = algunas veces, **M** = frecuentemente, o **R** = rutinariamente

|    |  |   |   |   |   |
|----|--|---|---|---|---|
| 21 | Busco una segunda opinión, cuando pongo en duda las recomendaciones de mi proveedor de servicios de salud.   | N | A | M | R |
| 22 | Tomo parte en actividades físicas de recreación (tales como nadar, bailar, andar en bicicleta).  | N | A | M | R |
| 23 | Me concentro en pensamientos agradables a la hora de acostarme.  | N | A | M | R |
| 24 | Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo(a).  | N | A | M | R |
| 25 | Se me hace fácil demostrar preocupación, amor y cariño a otros.  | N | A | M | R |
| 26 | Como de 3 a 5 porciones de vegetales todos los días.   | N | A | M | R |
| 27 | Discuto mis cuestiones de salud con profesionales de la salud.   | N | A | M | R |
| 28 | Hago ejercicios para estirar los músculos por lo menos 3 veces por semana.   | N | A | M | R |
| 29 | Uso métodos específicos para controlar mi tensión.   | N | A | M | R |
| 30 | Trabajo hacia metas de largo plazo en mi vida.   | N | A | M | R |
| 31 | Toco y soy tocado(a) por las personas que me importan.   | N | A | M | R |
| 32 | Como de 2 a 3 porciones de leche, yogurt, o queso cada día.  | N | A | M | R |
| 33 | Examino mi cuerpo por lo menos mensualmente, por cambios físicos o señales peligrosas.   | N | A | M | R |
| 34 | Hago ejercicios durante actividades físicas usuales diariamente (tales como caminar a la hora del almuerzo, utilizar escaleras en vez de elevadores, estacionar el carro lejos del lugar de destino y, caminar). | N | A | M | R |
| 35 | Mantengo un balance del tiempo entre el trabajo y pasatiempos.   | N | A | M | R |
| 36 | Encuentro cada día interesante y retador (estimulante)   | N | A | M | R |
| 37 | Busco maneras de llenar mis necesidades de intimidad.  | N | A | M | R |
| 38 | Como solamente de 2 a 3 porciones de carne, aves, pescado, frijoles, huevos, y nueces todos los días.  | N | A | M | R |
| 39 | Pido información de los profesionales de la salud sobre como tomar buen cuidado de mí misma(o).  | N | A | M | R |
| 40 | Examino mi pulso cuando estoy haciendo ejercicios.   | N | A | M | R |
| 41 | Practico relajación o meditación por 15-20 minutos diariamente.  | N | A | M | R |
| 42 | Estoy consciente de lo que es importante para mí en la vida.   | N | A | M | R |
| 43 | Busco apoyo de un grupo de personas que se preocupan por mí.   | N | A | M | R |
| 44 | Leo las etiquetas nutritivas para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos empacados.   | N | A | M | R |
| 45 | Asisto a programas educacionales sobre el cuidado de salud personal.   | N | A | M | R |
| 46 | Alcanzo mi pulso cardíaco objetivo cuando hago ejercicios.   | N | A | M | R |
| 47 | Mantengo un balance para prevenir el cansancio.  | N | A | M | R |
| 48 | Me siento unido(a) con una fuerza más grande que yo.   | N | A | M | R |
| 49 | Me pongo de acuerdo con otros por medio del diálogo y compromiso.  | N | A | M | R |
| 50 | Como desayuno.   | N | A | M | R |
| 51 | Busco orientación o consejo cuando es necesario.   | N | A | M | R |
| 52 | Expongo mi persona a nuevas experiencias y retos.  | N | A | M | R |

## Anexo 2: Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)

UNIVERSIDAD DE  
GUANAJUATO



**UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO**  
**DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD E INGENIERÍAS**  
**CAMPUS CELAYA- SALVATIERRA**

### *Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)*

#### Instrucciones:

- a) Este cuestionario tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma.
- b) Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.
- c) No hay respuesta correcta o incorrecta.
- d) Favor de no dejar preguntas sin responder.
- e) Recuerda que toda la información es confidencial.

**A** = Muy de acuerdo

**B** = De acuerdo

**C** = En desacuerdo

**D** = Muy en desacuerdo

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

**Anexo 3:** Instrucciones de puntuación instrumento Perfil de Estilo de vida Promotor de Salud (PEPS II)

HEALTH-PROMOTING LIFESTYLE PROFILE II

Scoring Instructions

|                     |               |   |   |
|---------------------|---------------|---|---|
| Items are scored as | Never (N)     | = | 1 |
|                     | Sometimes (S) | = | 2 |
|                     | Often (O)     | = | 3 |
|                     | Routinely (R) | = | 4 |

A score for overall health-promoting lifestyle is obtained by calculating a mean of the individual's responses to all 52 items; six subscale scores are obtained similarly by calculating a mean of the responses to subscale items. The use of means rather than sums of scale items is recommended to retain the 1 to 4 metric of item responses and to allow meaningful comparisons of scores across subscales. The items included on each scale are as follows:

|                            |                                   |
|----------------------------|-----------------------------------|
| Health-Promoting Lifestyle | 1 to 52                           |
| Health Responsibility      | 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51  |
| Physical Activity          | 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46     |
| Nutrition                  | 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50  |
| Spiritual Growth           | 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52 |
| Interpersonal Relations    | 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49  |
| Stress Management          | 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47     |

**Anexo 4:** Carta de aceptación Comisión de Investigación

UNIVERSIDAD DE  
GUANAJUATO



Oficio No. 2863/DIR/DCSI/CCS/2019

Celaya, Gto; 31 de octubre de 2019

DRA. ALICIA ÁLVAREZ AGUIRRE

LE. PABLO MEDINA QUEVEDO

PRESENTE

Por medio de este conducto me permito comunicarle que la **Comisión de Investigación** de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, realizó la revisión del **Protocolo de investigación** titulado: **"RELACIÓN ENTRE AUTOESTIMA Y ESTILO DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE CELAYA, GUANAJUATO, UN ANÁLISIS DE GÉNERO"**, y resolvió que el protocolo está **APROBADO** y se le otorga el número de registro **DCSI-CI 20191014-16**.

ATENTAMENTE

"LA VERDAD OS HARÁ LIBRES"



Campus Celaya-Salvatierra

División de Ciencias de la

**DRA. SILVIA DEL CARMEN DELGADO SANDOVAL**  
**DIRECTORA DE DIVISIÓN Y PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN**  
**DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD E INGENIERÍAS**

Ccp. Archivo SCDS/CA8

**Anexo 5:** Carta de aceptación Comité de Bioética



**Dra. Alicia Alvarez Aguirre**  
**L.E. Pablo Medina Quevedo**  
**PRESENTE**

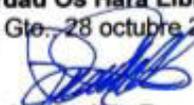
Por medio de este conducto me permito comunicarle que el Comité de Bioética realizó la revisión y evaluación del protocolo de investigación titulado ***"Relación entre autoestima y estilo de vida de los adolescentes de la ciudad de Celaya, Guanajuato, un análisis de género"*** y dictaminó que su protocolo **ESTÁ APROBADO** asignándole el siguiente registro: **CBCCS-03228102019**, con las siguientes observaciones, que deberán ser atendidas:

- El título no va de acuerdo con los criterios de elegibilidad.
- Cambiar en la hoja de información que solo se puede contactar con el presidente del comité ante dudas sobre sus derechos, pero no para responder preguntas acerca de la investigación.
- Completar lo de relación, con el participante..

A partir de esta fecha, en 6 a 12 meses, se le hará llegar un aviso de revisión de seguimiento de su proyecto, por parte de miembros del Comité, en su oficina.

Sin otro particular reciban un cordial saludo.

ATENTAMENTE  
"La Verdad Os Hará Libres"  
Celaya, Gto., 28 octubre 2019

  
**Dr. Nicolás Padilla Raygoza**

**Presidente del Comité de Bioética del Campus Celaya-Salvatierra**



**COMITÉ DE  
BIOÉTICA**

UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO  
CAMPUS CELAYA-SALVATIERRA

c.c.p. Archivo del Comité de Bioética

**Anexo 6:** Autorización de Institución de Educación Superior (IES)



**EDUCACIÓN**

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA



TECNOLÓGICO NACIONAL DE MÉXICO  
en Celaya

"2020, Año de Leona Vicario, Benemérita Madre de la Patria"

Celaya, Gto., 24/Febrero/2020

Of. 448/2020

**SE AUTORIZA REALIZAR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.  
DIRECCIÓN.**

**C. DRA. ALICIA ALVAREZ AGUIRRE  
TUTORA, DEPTO. ENFERMERÍA CLÍNICA,  
DIVISIÓN CIENCIAS DE LA SALUD E INGENIERÍAS  
CAMPUS CELAYA-SALVATIERRA, U. DE GTO.  
P R E S E N T E .**

En respuesta a su atento Oficio No. PTC/DEC/DCE/DCSI/CCS, de fecha 19 de febrero del presente año, comunico a usted que esta Dirección a mi cargo, autoriza la implementación en este Instituto del Proyecto de Investigación: **Relación entre autoestima y estilo de vida de los adolescentes de la ciudad de Celaya, Gto., un análisis de género**, que desarrolla el **LEN. Pablo Medina Quevedo**, estudiante del cuarto cuatrimestre del Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería, en la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Campus Celaya-Salvatierra, programa perteneciente al CONACYT.

Aclarando que el interesado podrá invitar a participar a nuestros estudiantes, sin interrumpir las clases. Lamentablemente no será posible proporcionarles el número de matrícula de los alumnos.

Sin más por el momento, agradezco su amable atención.

**ATENTAMENTE**

La técnica por un México mejor®

**DR. JOSÉ LOPEZ MUÑOZ  
DIRECTOR**

JLM/yvr.



TECNOLÓGICO NACIONAL DE MÉXICO  
en Celaya

**DIRECCIÓN**



Av. Antonio García Cubas #600 esq. Av. Tecnológico, Colonia Alfredo V. Bonfil, C.P.38010

Celaya, Gto. Ap 57, Conmutador 01 (461) 611 75 75 e-mail: lince@itcelaya.edu.mx

www.tecnm.mx | www.itcelaya.edu.mx

**Anexo 7:** Cuestionario para la aplicación de la regla AMAI 2018 y tabla de clasificación

A continuación, se presenta el conjunto de preguntas que se deben realizar a cada hogar para aplicar correctamente la regla AMAI 2018 para estimar el Nivel Socioeconómico.

En cada una de las categorías de respuesta se presenta el total de puntos que aporta al modelo para calcular el Nivel al que pertenece el hogar.

## PREGUNTAS

**1. Pensando en el jefe o jefa de hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que aprobó en la escuela?**

| RESPUESTA               | PUNTOS |
|-------------------------|--------|
| Sin Instrucción         | 0      |
| Preescolar              | 0      |
| Primaria incompleta     | 10     |
| Primaria completa       | 22     |
| Secundaria incompleta   | 23     |
| Secundaria completa     | 31     |
| Preparatoria incompleta | 35     |
| Preparatoria completa   | 43     |
| Licenciatura incompleta | 59     |
| Licenciatura completa   | 73     |
| Posgrado                | 101    |

**2. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay en esta vivienda?**

| RESPUESTA | PUNTOS |
|-----------|--------|
| 0         | 0      |
| 1         | 24     |
| 2 o más   | 47     |

**3. ¿Cuántos automóviles o camionetas tienen en su hogar, incluyendo camionetas cerradas, o con cabina o caja?**

| RESPUESTA | PUNTOS |
|-----------|--------|
| 0         | 0      |
| 1         | 18     |
| 2 o más   | 37     |

**4. Sin tomar en cuenta la conexión móvil que pudiera tener desde algún celular ¿este hogar cuenta con internet?**

| RESPUESTA | PUNTOS |
|-----------|--------|
| No tiene  | 0      |

|          |    |
|----------|----|
| Sí tiene | 31 |
|----------|----|

**5. De todas las personas de 14 años o más que viven en el hogar, ¿cuántas trabajaron en el último mes?**

| RESPUESTA | PUNTOS |
|-----------|--------|
| 0         | 0      |
| 1         | 15     |
| 2         | 31     |
| 3         | 46     |
| 4 o más   | 61     |

**6. En esta vivienda, ¿cuántos cuartos se usan para dormir, sin contar pasillos ni baños?**

| RESPUESTA | PUNTOS |
|-----------|--------|
| 0         | 0      |
| 1         | 6      |
| 2         | 12     |
| 3         | 17     |
| 4 o más   | 23     |