

Adaptación y Validación del Health-Promoting Lifestyle Profile-II en Estudiantes de una Universidad Adventista Mexicana

Adaptation and Validation of the Health-Promoting Lifestyle Profile-II in Students at a Mexican Adventist University

Francisco Nilson Gonçalves Balbé^{a,b}; Jair Arody Del Valle López^b; Orcélia Pereira Sales^c

^aInstituto Federal do Tocantins, TO, Brasil.

^bUniversidad de Montemorelos. México.

^cUniversidade de Brasília. DF, Brasil.

*E-mail: balbe@ifto.edu.br

Resumen

El objetivo consistió en adaptar y validar un instrumento destinado a medir el perfil de estilo de vida promotor de la salud en una población de estudiantes de una universidad adventista mexicana. El estudio se llevó a cabo utilizando una metodología cuantitativa con un diseño transversal. La población de estudio ($n = 1616$) incluyó estudiantes de ambos sexos en una universidad adventista mexicana, y la muestra ($n = 559$) se seleccionó de manera no probabilística por conveniencia. La muestra estuvo compuesta por 256 alumnos (45.79%) y 303 alumnas (54.21%), con edades comprendidas entre 18 y 25 años. El instrumento adaptado y validado fue la versión en español del Health-Promoting Lifestyle Profile - II, que consta de 6 dimensiones y 52 ítems. Los resultados del estudio revelaron una estructura factorial con cuatro dimensiones y 16 ítems, a la que se denominó HPLP - II UM. Este instrumento demostró una confiabilidad interna total con un coeficiente α de .846, así como una confiabilidad compuesta por dimensiones con coeficientes $\omega_{RS} = .834$, $\omega_{PP/RI} = .788$, $\omega_N = .733$, $\omega_{AF} = .699$. Asimismo, se observó una validez convergente en cada una de las dimensiones ($AVE_{RS} = .582$, $AVE_{PP/RI} = .502$, $AVE_N = .714$ y $AVE_{AF} = .677$), superando el umbral de $AVE > .500$, y se comprobó una adecuada validez discriminante. El HPLP - II UM demostró alta confiabilidad interna total, confiabilidad compuesta por dimensiones, validez convergente y validez discriminante en sus dimensiones, demostrando que es un instrumento confiable y válido en la estimación del perfil de estilo de vida promotor de salud para esta muestra.

Palabras-clave: Promoción de la Salud. Salud Estudiantil. Análisis Factorial. Validez.

Abstract

The objective was to adapt and validate an instrument for measuring the health-promoting lifestyle profile in a population of students at a Mexican Adventist university. This study is quantitative research with a cross-sectional design. The population ($N = 1616$) comprised both male and female students at a Mexican Adventist university, a non-probabilistic convenience sampling was conducted ($n = 559$). It consisted of 256 male students (45.79%) and 303 female students (54.21%), all aged between 17 and 25 years. The instrument that was adapted and validated was the Health-Promoting Lifestyle Profile - II in its Spanish version. This instrument has six dimensions and 52 items. The results led to the inference of a factorial structure with four dimensions and 16 items, which was named HPLP - II UM. This instrument demonstrated a total internal reliability with $\alpha = .846$, composed of dimension reliabilities as follows: $\omega_{RS} = .834$, $\omega_{PP/RI} = .788$, $\omega_N = .733$, $\omega_{AF} = .699$. It also displayed convergent validity in each of its dimensions ($AVE_{RS} = .582$, $AVE_{PP/RI} = .502$, $AVE_N = .714$ y $AVE_{AF} = .677$), all of which exceeded the AVE threshold of $> .500$, indicating adequate discriminant validity. The HPLP - II UM demonstrated high total internal reliability, composite reliability by dimensions, convergent validity and discriminant validity in its dimensions, demonstrating that it is a reliable and valid instrument in estimating the health-promoting lifestyle profile for this sample.

Keywords: Health promotion. Student Health. Factor Analysis. Validity.

1 Introducción

El concepto de salud, según la descripción de la Organización Mundial de la Salud (OMS), va más allá de la mera ausencia de enfermedad. La OMS concibe la salud de manera dinámica e integral, considerándola un estado de completo bienestar en los aspectos físicos, mentales y sociales. Desde esta perspectiva dinámica e integral, para que una población pueda mantener o mejorar su salud, es necesario estimularla. Una de las estrategias recomendadas es la promoción de la salud que se define como “el proceso de empoderamiento de las personas para incrementar el control y mejorar su salud” (Who, 1986, 2024).

Con el propósito de establecer acciones, políticas,

estrategias y servicios efectivos para fomentar la promoción de la salud con un enfoque en la cultura del autocuidado por parte de la población, existen organismos de plataforma social que impulsan la reforma en el ámbito de la salud. Algunos ejemplos de estos organismos son la Oficina de Prevención de Enfermedades y Promoción de la Salud en los Estados Unidos de América y la Dirección General de Promoción de la Salud en México.

Por lo general, a nivel nacional, los estudiantes universitarios mexicanos no son considerados un grupo que requiera acciones significativas en el ámbito de la promoción de la salud. Sin embargo, varios estudios sugieren que deberían serlo. Por ejemplo, el estudio de Valenzuela *et al.* (2018)

encontró tasas muy elevadas de sobrepeso y obesidad entre los estudiantes universitarios. Además, Ulla Díez y Pérez-Fortis (2010) señalaron que la mayoría de los estudiantes presentan un estilo de vida poco saludable. El estilo de vida saludable es un componente crucial en la promoción de la salud. Un estilo de vida saludable es aquel que reduce el riesgo de enfermedades graves o una muerte prematura (Who, 1999).

Para medir un perfil de estilo de vida que fomente la salud, se utiliza ampliamente el instrumento Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP - II). Originalmente desarrollado en inglés como Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLP) por Walker, Sechrist y Pender (1987), su versión en español se publicó tres años después por Walker *et al.* (1990), y una evaluación psicométrica del Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP - II) se llevó a cabo unos años más tarde por Walker y Hill-Polerecky (1996).

El HPLP-II ha sido validado en poblaciones de estudiantes de diferentes países, como estudiantes universitarios de pregrado en una universidad de Malasia (Kuan *et al.*, 2019), estudiantes universitarios italianos (Savarese *et al.*, 2018), profesores, estudiantes y miembros del personal administrativo y técnico de un instituto politécnico portugués (Sousa *et al.*, 2015), estudiantes universitarios de pregrado en México (Enriquez Reyna *et al.*, 2022) y estudiantes universitarios sudafricanos (Roomaney, Van Eeden y Kagee, 2017). Sin embargo, parece que los estudios de adaptación y validación de este instrumento para poblaciones de estudiantes en universidades adventistas mexicanas son bastante limitados.

Se anima a los estudiantes que residen en internados de universidades adventistas de todo el mundo a adoptar y practicar un estilo de vida que promueva la salud. En el contexto mexicano, esta realidad no es diferente. Sin embargo, existe un vacío en el conocimiento científico: la ausencia de instrumentos específicos, adaptados y validados, capaces de medir adecuadamente el perfil de estilo de vida promotor de la salud entre estos estudiantes. Esta ausencia impide una evaluación precisa de este comportamiento y limita el desarrollo de estrategias efectivas destinadas a promover la salud.

Este estudio propone la adaptación y validación del HPLP - II para medir el estilo de vida promotor de la salud en estudiantes de una universidad adventista de México. La validación de este instrumento nos permitirá obtener una herramienta confiable para evaluar los perfiles de estilo de vida saludable de los estudiantes, permitiendo la implementación de programas de salud más efectivos y alineados con las necesidades específicas de este grupo, contribuyendo así a una promoción de la salud más efectiva, sólida y basada en evidencia. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue adaptar y validar un instrumento para medir el perfil de estilo de vida promotor de la salud en una población de estudiantes de una universidad adventista en México.

2 Material y Métodos

Este estudio se clasificó como investigación cuantitativa no experimental, con un diseño transversal, para la adaptación y validación del instrumento HPLP - II. El estudio se llevó a cabo siguiendo los principios de la Declaración de Helsinki

y la Ley General de Salud vigente en México con relación a la investigación en salud, por lo que el estudio fue evaluado y avalado por el Comité de Investigación Institucional, registrado ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, otorgándole el número de referencia 2023-124 para su implementación.

Toda la información proporcionada por los participantes se mantuvo estrictamente confidencial y solo se utilizó para los fines de investigación del proyecto, sin estar disponible para ningún otro propósito. Cada participante se identificó mediante un número en lugar de sus nombres para garantizar el anonimato.

La población estuvo compuesta por 1.616 estudiantes matriculados en una universidad adventista mexicana. La muestra consistió en 559 participantes, de los cuales 256 eran hombres y 303 eran mujeres, con edades comprendidas entre los 18 y los 25 años. Con esta cantidad de muestra poblacional, la proporción resultante fue de 10.75 participantes por cada ítem del instrumento.

El muestreo se realizó de manera no probabilística por conveniencia y se llevó a cabo a través de invitaciones verbales por parte de uno de los investigadores en una universidad adventista de México. La recopilación de datos se llevó a cabo en enero y febrero de 2023 e incluyó a aquellos estudiantes que voluntariamente accedieron a participar. Se consideraron 4 facultades y 6 escuelas en la selección de la muestra. Los criterios de inclusión en la muestra fueron estudiantes universitarios, tanto mexicanos como extranjeros, que tenían un completo dominio del idioma español y estaban dispuestos a completar todo el cuestionario. Se excluyeron a los participantes que presentaban discapacidades visuales o auditivas, así como a los estudiantes extranjeros que estaban en proceso de adaptación al idioma.

Una vez que el proyecto de estudio recibió la autorización del organismo competente, el investigador se puso en contacto personalmente o por teléfono con los coordinadores de cada carrera. En esta comunicación, se les explicaba el propósito del estudio y se solicitaba su permiso para administrar los cuestionarios al inicio o al final de las clases. Después de obtener la autorización de los coordinadores, se esperaba un cierto tiempo para que los profesores fueran informados de que se había otorgado la autorización para llevar a cabo las encuestas. De ser necesario, los profesores tenían la opción de permitir la entrada del investigador en sus clases.

Los docentes daban su aprobación, el siguiente paso consistía en programar la fecha en la que se realizarían las encuestas. El día de la encuesta, el investigador iniciaba los procedimientos explicando el objetivo del estudio, las instrucciones para completar el cuestionario, los posibles riesgos y beneficios, y se enfatizaba que la participación era completamente voluntaria.

Para los estudiantes que aceptaron participar, se entregaron cuestionarios y se les proporcionó una explicación verbal por parte del investigador, haciendo hincapié en que no debían incluir sus nombres. Se optó por utilizar cuestionarios en formato físico. Todos los cuestionarios se completaron por escrito, de manera individual, en presencia de los compañeros y del investigador. Antes de recibir cada cuestionario, el

investigador solicitó verbalmente al estudiante que verificara si había respondido a todas las declaraciones. Luego, se archivaron los cuestionarios en carpetas designadas para este propósito.

Los cuestionarios se completaron en las aulas de cada facultad o escuela y, en promedio, tomó de 15 a 20 minutos completarlos. Después de la fase de recolección de datos, los cuestionarios se organizaron mediante un sistema numérico para su identificación, y se excluyeron los cuestionarios incompletos.

El cuestionario HPLP – II consta de 52 ítems divididos en seis dimensiones, como se describe a continuación: nutrición (N) por los ítems 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44 y 50; actividad física (AF) por los ítems 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40 y 46; responsabilidad en salud (RS) por los ítems 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45 y 51; manejo del estrés (ME) por los ítems 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41 y 47; relaciones interpersonales (RI) por los ítems 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43 y 49; crecimiento espiritual (CE) por los ítems 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48 y 52.

El HPLP - II se presenta en una escala Likert de 4 puntos (*nunca, algunas veces, frecuentemente y rutinariamente*), en la que los participantes eligen una respuesta que indica la frecuencia con la que adoptan comportamientos que promueven la salud. El estilo de vida general se calcula promediando las respuestas en los 52 ítems. Las puntuaciones altas indican un mayor nivel de estilo de vida que promueve la salud. El instrumento mostró una excelente confiabilidad tanto en la escala total (α de Cronbach de .943) como en los dominios (α de Cronbach entre .793 y .872), y un coeficiente de estabilidad total, para un retest realizado después de tres semanas, de .892 (Walker; Hill-Polerecky, 1996).

2.1 Validez de contenido

El instrumento se adaptó al español de México y a la perspectiva adventista del séptimo día sobre la promoción de la salud. Para la adaptación del instrumento, se siguió la guía de Beaton *et al.* (2000), y para evaluar la validez de contenido, se utilizó la guía de Guion (1997).

En el proceso de revisión de la validez de contenido participaron profesionales de diversas áreas, incluyendo un psicólogo, un médico, una nutricionista, un profesor de educación física y un teólogo.

Es importante destacar que la dimensión de crecimiento espiritual, después del análisis de los expertos, se concluyó que la misma no contenía ítems relacionados con el concepto de espiritualidad de acuerdo con la cosmovisión adventista; motivo por el cual, se renombro como psicología positiva.

En el Anexo A se presentan las declaraciones del modelo original (HPLP - II) y los ítems del modelo adaptado al español con la cosmovisión adventista (HPLP - II UM). Los ítems adaptados son el resultado de las sugerencias de los jueces expertos.

El cuestionario HPLP – II UM, en primera instancia, inició con 52 ítems divididos en seis dimensiones, como se describe a continuación: nutrición (N) por los ítems 2, 8, 14, 21, 27, 33, 39, 40, 46 y 51; actividad física (AF) por los ítems 4, 10, 16, 17, 23, 29, 35, 42 y 47; responsabilidad en salud (RS) por los ítems 3, 9, 15, 22, 28, 34 y 41; manejo del estrés (ME) por los

ítems 5, 11, 18, 24, 30, 36, 43 y 48; relaciones interpersonales (RI) por los ítems 1, 7, 13, 20, 26, 32, 38, 45 y 50; psicología positiva (PP) por los ítems 6, 12, 19, 25, 31, 37, 44, 49 y 52.

Al observar y comparar ítem por ítem del HPLP – II con el HPLP – II UM, se nota que la mayoría de los ítems coinciden. En general, los ítems del HPLP – II UM presentan un mayor nivel de detalle (Walker; Sechrist; Pender, 1995). Sin embargo, hubo situaciones en las que algunos ítems se desglosaron o eliminaron, y los motivos se explican en los párrafos siguientes:

El ítem 16 “*Participo en actividades físicas de ligeras a moderadas (como caminar continuamente durante 30 a 40 minutos, 5 veces por semana)*” del HPLP – II forma parte de la dimensión de actividad física. En el HPLP – II UM, este ítem se dividió en dos, ya que en la versión original se mencionan dos niveles de intensidad diferentes (ligera y moderada) en una misma oración.

El ítem 38 “*Como solamente de 2 a 3 porciones de carne, aves, pescado, frijoles, huevos y nueces todos los días*” del HPLP – II forma parte de la dimensión de nutrición. En el HPLP – II UM, este ítem se dividió en dos, ya que en el enunciado original se mencionan diferentes tipos de proteínas. Esto se hizo debido a que la muestra de este estudio incluyó tanto a estudiantes internos (que consumen exclusivamente proteínas de origen no animal en el comedor universitario) como a estudiantes externos (que pueden elegir la fuente de proteínas de su preferencia, ya sea animal o no).

El ítem 45 “*Asisto a programas educacionales sobre el cuidado de la salud personal*” del HPLP – II pertenece a la dimensión de responsabilidad en salud. En el HPLP – II UM este ítem fue eliminado, ya que según los expertos, la afirmación ya estaba abordada en los ítems 15 “*Hago preguntas a los profesionales de la salud para comprender sus instrucciones*” y 27 “*Discuto mis asuntos de salud con profesionales de la salud*”.

El ítem 51 “*Busco orientación o consejo cuando es necesario*” del HPLP – II también forma parte de la dimensión de responsabilidad en salud. En el HPLP – II UM este ítem se eliminó debido a la opinión de los expertos; quienes consideraron que esta afirmación no estaba adecuadamente formulada.

2.2 Confiabilidad y validez

Para evaluar la confiabilidad general del instrumento, se emplearon el coeficiente α de Cronbach y el coeficiente ω de McDonald. Además, se utilizó el α de Cronbach para evaluar la confiabilidad de las dimensiones del instrumento.

En cuanto a la validación del instrumento, se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio (AFE), así como un análisis convergente y discriminante.

Los análisis estadísticos se llevaron a cabo utilizando el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 27 y JASP. El umbral para considerar los resultados como estadísticamente significativos se estableció en $p < .05$.

Para evaluar la confiabilidad de las dimensiones del instrumento, se utilizaron el coeficiente α de Cronbach y el coeficiente ω de McDonald, con valores de referencia que oscilan entre .70 y .90, según (Oviedo; Campo-Arias, 2005).

El coeficiente ω de McDonald (2013) se destaca por reflejar de manera fiable el nivel de fiabilidad y no depender del número de elementos.

Para determinar si existía una distribución normal, se analizó la asimetría y la curtosis de cada uno de los ítems, siguiendo la metodología de Hair *et al.* (2013); y utilizando un intervalo de referencia de -3 a +3, como se sugiere en Kline (2023).

Con el propósito de evaluar la presencia de multicolinealidad, se examinó el determinante de la matriz de correlación. Un determinante cercano a cero se considera un indicador excelente, de acuerdo a Gorsuch (2014) y Pett, Lackey, Sullivan (2003).

Se utilizó el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para evaluar la adecuación de la muestra. Se considera óptimo cuando es mayor a .80 y excelente cuando supera .90, siguiendo las recomendaciones de Hutcheson y Sofroniou (1999). Además, se empleó la Prueba de la Esfericidad de Bartlett para confirmar que la matriz de correlación era significativamente diferente de una matriz identidad y que los ítems tenían suficiente varianza común. En la Prueba de la Esfericidad de Bartlett, un nivel de significación con $p < .05$ indica que la matriz es factorizable, según (Tabachnick; Fidell; Ullman, 2019).

Para determinar si una variable contribuye de manera significativa al constructo, se calculó la comunalidad. Se consideraron valores de comunalidad bajos aquellos por debajo de .300, y se excluyeron de la matriz estándar. Para evaluar si el análisis factorial era apropiado para cada ítem de manera individual, se calculó la Medida de Adecuación Muestral (MSA), que varía entre 0 y 1. Valores cercanos a 1 indican una adecuación más favorable para continuar con el análisis factorial. El número de factores a utilizar se determinó siguiendo el criterio de autovalores mayores a uno.

Para verificar si las dimensiones se relacionan con el constructo, se realizó un análisis de validez convergente. Se utilizó el Índice de Varianza Media Extraída (AVE), el cual se considera adecuado cuando supera .500 (Fornell; Larcker, 1981). Para evaluar la validez discriminante entre los factores, se utilizó la raíz cuadrada del AVE como indicador.

3 Resultados y Discusión

Como se muestra en la Tabla 1, la mayoría de los participantes eran de sexo femenino (54.1%). En cuanto a la ubicación de la vivienda, la mayoría de los estudiantes eran externos (59.8%). En lo que respecta a la nacionalidad, prevalecieron los estudiantes de nacionalidad mexicana (84.6%), aunque se registraron algunos datos ausentes.

Tabla 1 - Descriptivos de género, residencia y nacionalidad

	Género		Residencia		Nacionalidad	
	Masc	Feme	Inter	Exter	Mex	Extra
Frecuencia	256	303	221	335	474	55
%	45.7	54.1	39.5	59.8	84.6	9.8

Fuente: datos de la encuesta.

Como se aprecia en la Tabla 2, las asimetrías y las curtosis se encuentran dentro del rango recomendado por Kline (2023) para concluir que no existe una violación sustancial de la distribución normal univariante. Esto es aplicable a los ítems que se proponen como parte de la estructura final del HPLP – UM, como se detalla en los análisis que se presentan a continuación.

Tabla 2 - Estadísticos descriptivos

Descriptivos	X	Varianza	SD	Asimetría	Curtosis
RS 41	6.21	.924	.961	-1.180	1.059
RS 28	5.94	1.186	1.089	-.950	.636
RS 22	6.12	1.058	1.029	.953	5.74
AF 42	5.74	1.514	1.231	-.938	.664
N 46	5.75	1.587	1.260	-1.072	1.012
N 21	6.32	.944	.971	-1.577	2.586
PP 19	6.44	.647	.805	-1.596	2.642
RI 20	6.39	.726	.852	-1.615	2.812
PP 25	6.40	.717	.847	-1.386	1.508
PP 31	6.57	.514	.717	-1.773	3.036
RI 26	6.26	.902	.950	-1.497	2.799
PP 44	6.55	.505	.711	-1.600	2.104
N 40	5.43	2.582	1.607	-1.087	.635
N 33	5.39	1.799	1.341	-.805	.529
AF 10	5.93	1.282	1.132	-1.028	.999
AF 17	6.08	.974	.987	-1.166	1.839

Fuente: datos de la encuesta.

Las correlaciones entre los factores oscilaron entre $r_{\min} = 0.078$ y $r_{\max} = 0.591$, con un determinante de .006. Estos resultados indican una relación lineal entre las variables y respaldan la pertinencia de utilizar el Análisis Factorial Exploratorio (AFE). En cuanto al índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), se obtuvo un valor de 0.876, lo que demuestra que la muestra es adecuada.

Los resultados de la prueba de esfericidad de Bartlett, $\chi^2_{(120)} = 2798.789$; $p = 0.000$, confirman que la matriz de correlación difiere significativamente de la matriz identidad, y que los ítems presentan suficiente varianza común. El valor de p indica que la matriz es apta para el análisis factorial.

Con respecto a las comunalidades, los valores variaron desde $Com_{\min} = .329$ hasta $Com_{\max} = .999$. Estos resultados son muy favorables, ya que las comunalidades deben superar .300, y en esta investigación, la comunalidad mínima registrada fue de .329.

La medida de adecuación muestral (MSA) presentó $MSA_{\min} = .646$ y $MSA_{\max} = .918$ indicando que se deben continuar los procedimientos con análisis factorial exploratorio.

La varianza total explicada fue del 47.875%, como se muestra en la Tabla 3. El factor 1 (RS) tuvo el mayor porcentaje de varianza, con un 10.561%, seguido por el factor

2 (PP/RI), que representó el 26.669%, el factor 3 (N) con el 6.031%, y el factor 4 (AF) con el 4.613%.

Tabla 3 - Varianza total explicada HPLP – II UM

Factor	Autovalores Iniciales			Sumas de Cargas al Cuadrado de la Extracción		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1 _(RS)	5,305	33,155	33,155	1,690	10,561	10,561
2 _(PP/RI)	1,548	9,676	42,830	4,267	26,669	37,230
3 _(N)	1,414	8,840	51,670	,965	6,031	43,262
4 _(AF)	1,208	7,553	59,223	,738	4,613	47,875

Fuente: datos de la encuesta.

Al observar la matriz de estructura en la Tabla 4, se aprecia que el factor 1 (RS) se denomina ‘Responsabilidad en salud’. En este factor se agruparon seis ítems, de los cuales tres son específicos de RS (ítems 41, 28, 22): “Pedir orientación a profesionales de la salud sobre cómo mantenerse en buen estado de salud”, “Dialogar sobre tus puntos de vista acerca de la salud con profesionales en este campo” y “Buscar una segunda opinión cuando tengas dudas acerca de las recomendaciones de tu proveedor de servicios de salud”. Además, se incluye un ítem de AF (ítem 42), que se refiere a “Medir tu frecuencia cardíaca cuando estás haciendo ejercicio”, y dos ítems de N (ítems 46 y 21): “Observar los sellos de advertencia (hexágonos negros) que tienen los productos alimenticios ultraprocesados (empacados)” y “Comer diariamente de 2 a 4 porciones de frutas (1 porción = 1 pieza o 1 taza)”.

El factor 2 (PP/RI) se denomina ‘Psicología Positiva / Relaciones Interpersonales’ y agrupa seis ítems, incluyendo cuatro de Psicología Positiva (ítems 19, 25, 31, 44): “Mirar hacia el futuro de forma positiva”, “Sentir satisfacción hacia tu persona”, “Establecer metas a largo plazo para tu vida” y “Enfocarte en lo que es importante para ti en la vida”. Además, se incluyen dos ítems de Relaciones Interpersonales (ítems 20 y 26): “Dedicar tiempo para estar con tus amistades más cercanas” y “Expresar amor o cariño a otros”.

El factor 3 (N) recibe el nombre de ‘Nutrición’ y agrupa dos ítems específicos (ítems 33 y 40): “Comer diariamente de 2 a 3 porciones de lácteos (1 porción de leche = 1 taza, 1 porción de yogurt = ½ taza y 1 porción de queso = 40 gr)” y “Comer diariamente de 2 a 3 porciones (1 porción = 90 gramos) de proteína de origen animal (carne, aves, pescado, huevo, entre otras)”. El ítem 40 presentó la mayor carga factorial de todos los ítems.

El factor 4 (AF) se denomina ‘Actividad Física’ y agrupa dos ítems específicos (ítems 17 y 10): “Practicar semanalmente actividades físicas moderadas (aquellas que implican un esfuerzo físico que te hace respirar un poco más fuerte de lo normal), por ≥ 5 días y ≥ 30 minutos por sesión” y “Practicar semanalmente ejercicios vigorosos (aquellos que implican un esfuerzo físico que te hace respirar mucho más fuerte de lo normal), por ≥ 3 días y ≥ 20 minutos por sesión”.

Tabla 4 - Matriz de Estructura HPLP – II UM

Ítems	Factor			
	1 _(RS)	2 _(PP/RI)	3 _(N)	4 _(AF)
RS_41	.761	.440	.318	.470
RS_28	.698	.447	.195	.455
RS_22	.675	.443	.188	.305
AF_42	.663	.372	.313	.272
N_46	.645	.326	.131	.284
N_21	.618	.467	.123	.265
PP_19	.358	.685	.145	.343
RI_20	.399	.639	.129	.206
PP_25	.389	.633	.183	.322
PP_31	.368	.615	.163	.335
RI_26	.363	.571	.135	.226
PP_44	.395	.566	.202	.314
N_40	.247	.162	.996	.233
N_33	.282	.278	.594	.133
AF_10	.323	.319	.167	.757
AF_17	.432	.383	.147	.700

Fuente: datos de la encuesta.

En la Tabla 5, en la segunda columna, se encuentran los valores de la varianza media extraída (AVE). Este estadístico se utilizó para evaluar la validez convergente de cada factor. Se observa que en los cuatro factores, los valores de AVE son mayores que .500, lo que indica que cada uno de ellos forma parte del constructo, respaldando así la validez convergente.

En la diagonal de izquierda a derecha y de arriba abajo (los valores en negrita y las celdas sombreadas), se presentan los valores de la raíz cuadrada del AVE. Para evaluar la validez discriminante de cada factor, este valor debe ser mayor que los valores que se encuentran debajo de él en la misma columna. Al observar los valores en la Tabla 5, se confirma la presencia de validez discriminante.

Tabla 5 - Estadísticos para la validez convergente y discriminante en HPLP – II UM.

Dimensiones	AVE	F1 _(RS)	F2 _(PP/RI)	F3 _(N)	F4 _(AF)
F1 _(RS)	.582	.762			
F2 _(PP/RI)	.502	.625	.708		
F3 _(N)	.714	.360	.322	.844	
F4 _(AF)	.677	.547	.490	.189	.822

Fuente: datos de la encuesta.

En la Tabla 6 se observa que la confiabilidad global del instrumento fue de $\alpha = .846$. Al analizar cada factor, tanto el α de Cronbach como el ω de McDonald presentaron valores que oscilaron entre .695 y .829 y, entre .699 y .834, respectivamente. Por lo tanto, se puede inferir que tanto la escala en su conjunto como cada uno de sus factores presentaron valores dentro del rango propuesto para la confiabilidad interna y compuesta.

Tabla 6 - Fiabilidad global y por factores. HPLP – II UM.

α Cronbach global	Factores	α Cronbach	ω McDonald
.846	F1 _(RS)	.829	.834
	F2 _(PP/RI)	.784	.788
	F3 _(N)	.725	.733
	F4 _(AF)	.695	.699

Fuente: datos de la encuesta.

Por último, en la Tabla 7 se observa la fiabilidad global y por dimensiones, tanto del presente estudio como de otros autores. En la misma, se puede observar que la confiabilidad global más baja es la del HPLP - II UM; sin embargo, estos valores se encuentran dentro de los umbrales propuestos en Kline (2023).

Tabla 7 - Fiabilidad total y por dimensiones del HPLP – II

Autores	Fiabilidad global (α de Cronbach)	Número de dimensiones	Fiabilidad / dimensiones (α de Cronbach)
HPLP -II UM	.846	4	.695 - .829
Walker <i>et al.</i> (1995) - Original	.943	6	.793 - .872
Enriquez Reyna <i>et al.</i> (2022)	-	6	.740 - .880
Kuan <i>et al.</i> (2019)	.940	6	.730 - .870
Savarese <i>et al.</i> (2018)	.900	5	-
Sousa <i>et al.</i> (2014)	.925	6	.694 - .836
Wei <i>et al.</i> (2000)	.940	6	.700 - .870
Roomaney <i>et al.</i> (2016)	.870	6	-
Teng <i>et al.</i> (2010)	.900	5	.690 - .870

Fuente: datos de la encuesta.

En el presente estudio (HPLP II – UM) no se encontró el mismo número de dimensiones ni el mismo número de ítems presentes que en la versión original. Lo que se encontró fue una estructura factorial reducida en cuatro dimensiones: Responsabilidad en salud – RS (seis ítems), Psicología positiva / relaciones interpersonales – PP/RI (6 ítems), Nutrición – N (dos ítems), Actividad física – AF (dos ítems), totalizando dieciséis ítems. Se eliminó la dimensión de manejo del estrés y se agruparon en una sola dimensión los factores de psicología positiva y relaciones interpersonales. Los siguientes ítems fueron descartados de HPLP II - UM: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 23, 24, 27, 29, 30, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 43, 45, 47, 48, 49, 50, 51 y 52 por presentar cargas factoriales menores que .500 y con una diferencia menor que .100 en las cargas con otros factores.

Por otro lado, en Malasia, encontraron seis dimensiones en su estructura factorial, pero el número de ítems se redujo en 50. Se eliminaron durante el AFE dos ítems: RI (1) “*Discutir mis problemas e inquietudes con personas cercanas a mí*” y N (50) “*Desayunar*”, los cuales presentaban cargas factoriales inferiores a .400 (Kuan *et al.*, 2019). Estos dos ítems también

fueron descartados en el HPLP – UM.

Asimismo, en Sudáfrica, obtuvieron una estructura con seis dimensiones y 24 ítems. Los 28 ítems restantes fueron excluidos, ya que 12 de ellos no presentaron los valores de comunalidades requeridos y 16 de ellos no lograron alcanzar cargas significativas en uno de los seis factores sugeridos (Roomaney; Van Eeden; Kagee, 2017). La estructura propuesta por estos autores coincide en 11 ítems con la estructura del HPLP – II UM. Además, en las dimensiones AF y RS, ambas estructuras factoriales tienen los mismos ítems.

En China, encontraron una estructura con cinco dimensiones y 30 ítems. Esta estructura responde a la fusión de dos de las dimensiones originales (RI y ME) en una sola (Teng; Yen; Fetzer, 2010). En relación con esta fusión, es interesante para los propósitos de la investigación que en el HPLP – II UM, la dimensión RI se fusiona con PP, lo cual permite inferir que, en ambos estudios, la dimensión RI tiene cierto grado de familiaridad con PP y ME. En relación con el número de dimensiones propuestas, el HPLP – IIC y el HPLP – II UM coinciden en tres: AF, N y RS.

En Italia, obtuvieron una estructura factorial con cinco dimensiones y 26 ítems. Los ocho ítems de la dimensión de manejo del estrés fueron eliminados debido a correlaciones bajas entre los ítems y un valor α bajo (Savarese *et al.*, 2018). Se resalta que en ambos estudios (HPLP -Iii; HPLP – II UM) se eliminó la dimensión ME. De los 26 ítems del HPLP – Iii, ocho son los mismos que se proponen en el HPLP – II UM.

Otro punto para destacar es la varianza total explicada. En el HPLP – II UM, la varianza obtenida fue del 47.875%, la cual se acerca a la media aritmética (48.13%) de las varianzas reportadas en otros estudios, como el 55.53% en Savarese *et al.* (2018), el 53% en Teng, Yen y Fetzer (2010), el 43% en Roomaney, Van Eeden, Kagee (2017) y el 41% en Pinar, Celik, Bahcecik (2009).

4 Conclusión

El presente estudio investigó la estructura factorial del instrumento HPLP-II, que presentó cuatro dimensiones y 16 ítems, con una confiabilidad interna global de .846. La confiabilidad factorial osciló de aceptable a buena ($\alpha_{RS} = .829$, $\alpha_{PP/RI} = .784$, $\alpha_N = .725$ y $\alpha_{AF} = .695$), mientras que se observó validez convergente en todas las dimensiones, con AVE mayor a 0.500. y una adecuada validez discriminante. Esta robustez metodológica confirma la idoneidad del instrumento para evaluar el perfil de estilos de vida promotores de la salud entre los estudiantes universitarios de esta muestra, aunque las adaptaciones realizadas al contexto mexicano pueden haber influido en la estructura final del instrumento. Estos cambios fueron necesarios para garantizar que las expresiones regionales y los contextos culturales se reflejaran adecuadamente en el cuestionario, lo que permitiría obtener resultados más precisos.

Sin embargo, se deben considerar algunas limitaciones. El estudio se realizó con 559 estudiantes de una universidad adventista de México, lo que puede limitar la generalización de los resultados a otros contextos culturales e institucionales. El predominio de estudiantes mexicanos (84,6%) y mujeres (54,1%) también reduce la diversidad de la muestra, que

pueden influir en comportamientos y actitudes relacionadas con un estilo de vida saludable. Además, el sesgo de autoselección, ya que el reclutamiento se realizó mediante invitaciones verbales, puede haber propiciado la participación únicamente de estudiantes con mayor interés en el tema, lo que también restringe la heterogeneidad de los perfiles representados.

El análisis de variables, como responsabilidad en salud, psicología positiva/relaciones interpersonales, nutrición y actividad física, sugiere que estos factores pueden variar en diferentes culturas, dada la influencia de prácticas y creencias específicas de cada contexto. La replicación del estudio en diferentes países o regiones sería esencial para evaluar la universalidad de las dimensiones del estilo de vida que promueven la salud, así como para adaptar el instrumento a las realidades culturales de otras poblaciones.

Además, la exclusión de estudiantes extranjeros y estudiantes con discapacidad visual o auditiva también afectó la diversidad de la muestra, limitando el alcance de los resultados. Para una aplicación más amplia y representativa, sería interesante ampliar la investigación a contextos con mayor diversidad sociodemográfica, además de incluir estudiantes de diferentes géneros y orígenes culturales.

Con base en los resultados presentados, este estudio ofrece implicaciones importantes para el desarrollo de programas para promover un estilo de vida saludable en estudiantes universitarios. La información recopilada puede orientar la creación de campañas educativas, grupos de apoyo para el bienestar físico y emocional y talleres enfocados en nutrición, actividad física, responsabilidad en salud, salud mental y manejo del estrés. Al implementar estas estrategias, se espera no sólo mejorar el perfil de estilo de vida saludable de los estudiantes, sino también prevenir problemas de salud más graves.

Finalmente, la integración de tecnologías de salud móviles surge como una oportunidad prometedora para fortalecer las iniciativas de promoción de la salud. Las aplicaciones de salud se pueden utilizar para monitorear los perfiles de estilos de vida saludables de los estudiantes en tiempo real, brindando retroalimentación personalizada y motivando cambios de comportamiento a través de la gamificación. Además, estas plataformas facilitan la comunicación entre pares y permiten la creación de redes de apoyo, promoviendo un enfoque colaborativo e interactivo de la gestión sanitaria.

Así, este estudio ofrece una base sólida para futuras investigaciones e intervenciones, reforzando la importancia de considerar las especificidades culturales y sociodemográficas al promover estilos de vida saludables entre los estudiantes universitarios. El uso de tecnologías emergentes, combinado con estudios longitudinales y comparativos, puede mejorar aún más las estrategias para mejorar la salud y el bienestar de esta población.

Referencias

BEATON, D. E. *et al.* Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000. doi:10.1097/00007632-200012150-00014.

ENRÍQUEZ REYNA, M. C. *et al.* Propiedades psicométricas de la versión en español del instrumento Health-Promoting Lifestyle Profile-II en universitarios mexicanos. *Enfermería Global*, v. 21, n. 66, p. 398-423, 2022. doi:10.6018/eglobal.490521.

FORNELL, C.; LARCKER, D. F. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, v. 18, n. 1, p. 39-50, 1981. doi:10.1177/002224378101800104.

GORSUCH, R. L. *Factor analysis: Classic edition*. Routledge, 2014.

GUION, R. M. Content validity—The source of my discontent. *Applied Psychological Measurement*, v. 1, n. 1, p. 1-10, 1977. doi:10.1177/014662167700100103

HAIR, J. F. *et al.* *Multivariate data analysis: Pearson new international edition PDF eBook*. Pearson Higher Ed, 2013.

HUTCHESON, G. D.; SOFRONIOU, N. *The multivariate social scientist: Introductory statistics using generalized linear models*. 1999.

KLINE, R. B. *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications, 2023.

KUAN, G. *et al.* Psychometric properties of the health-promoting lifestyle profile II: cross-cultural validation of the Malay language version. *BMC Public Health*, v. 19, p. 1-10, 2019.

MCDONALD, R. P. *Test theory: A unified treatment*. psychology press, 2013.

OVIEDO, H. C.; CAMPO-ARIAS, A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, v. 34, n. 4, p. 572-580, 2005.

PETT, M.; LACKEY, N.; SULLIVAN, J. *Making Sense of Factor Analysis: The Use of Factor Analysis for Instrument Development in Health Care Research*. SAGE Publications, Inc.; 2003.

PINAR, R.; CELIK, R.; BAHCECIK, N. Reliability and construct validity of the health-promoting lifestyle profile II in an adult Turkish population. *Nursing Research*, v. 58, n. 3, p. 184-193, 2009. doi:10.1097/NNR.0b013e31819a8248.

ROOMANEY, R.; VAN EEDEN, S.; KAGEE, A. The factor structure of the Health-Promoting Lifestyle Profile II among a South African student sample. *South African Journal of Psychology*, v. 47, n. 3, p. 389-400, 2017. doi:10.1177/0081246316667919.

SAVARESE, G. *et al.* Italian psychometric validation of the multidimensional students' health-promoting lifestyle profile scale. *Health*, v. 10, n. 11, p. 1554-1575, 2018. doi:10.4236/health.2018.1011118.

SOUSA, P. *et al.* Measuring Health-Promoting Behaviors: Cross-Cultural Validation of the Health-Promoting Lifestyle Profile-II. *International Journal of Nursing Knowledge*, v. 26,

n. 2, p. 54-61, 2015. doi:10.1111/2047-3095.12065

TABACHNICK, B. G.; FIDELL, L. S.; ULLMAN, J. B. *Using multivariate statistics*. v. 6, p 497–516, 2019.

TENG, H-L.; YEN, M.; FETZER, S. Health promotion lifestyle profile-II: Chinese version short form. *Journal of Advanced Nursing*, v. 66, n. 8, p. 1864-1873, 2010.

ULLA DÍEZ, S.M.; PÉREZ-FORTIS, A. Socio-demographic predictors of health behaviors in Mexican college students. *Health Promotion International*, v. 25, n. 1, p. 85-93, 2010. doi:10.1093/heapro/dap047.

VALENZUELA, M. E. C. *et al.* Actividad física y enfermedades crónicas no transmisibles de estudiantes mexicanos en función del género. *Retos: Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, n. 33, p. 169-174, 2018.

WALKER, S. N. *et al.* A Spanish language version of the health-promoting lifestyle profile. *Nursing Research*, v. 39, n. 5, p. 268-273, 1990.

WALKER, S. N.; HILL-POLERECKY, D. M. Psychometric evaluation of the health-promoting lifestyle profile II. Unpublished manuscript, *University of Nebraska Medical*

Center, v. 13, p. 120-126, 1996.

WALKER, S. N.; SECHRIST, K. R.; PENDER, N. J. The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, v. 36, n. 2, p. 76-81, 1987.

WALKER, S. N.; SECHRIST, K. R.; PENDER, N. J. *Health promotion model-instruments to measure health promoting lifestyle: Health-promoting lifestyle profile [HPLP II] (Adult version)*. 1995. <https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/85349>

WHO. World Health Organization. *Healthy living: what is a healthy lifestyle?* Published online 1999. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/108180/EUR_ICP_LVNG_01_07_02.pdf?sequence=1&isAllowed=y

WHO. World Health Organization. *Ottawa charter for health promotion: First International Conference on Health Promotion*. Published online November 21, 1986. https://www.healthpromotion.org.au/images/ottawa_charter_hp.pdf

WHO. World Health Organization. *WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution*. 2024. <https://www.who.int/about/governance/constitution>.

ANEXO A

Comparativo entre preguntas HPLP – II y HPLP – II ASD

Preguntas del modelo original (HPLP – II)	Preguntas del modelo adaptado (HPLP - II ASD)
1. Discuto mis problemas y preocupaciones con personas allegadas	1. Dialogar tus problemas o preocupaciones con personas muy allegadas a ti.
2. Escojo una dieta baja en grasas, grasas saturadas, y en colesterol.	2. Consumir alimentos reducidos en grasas, grasas saturadas o calorías.
3. Informo a un doctor(a) o a otros profesionales de la salud cualquier señal inusual o síntoma extraño.	3. Informar a los profesionales de la salud cualquier señal inusual o síntoma extraño en tu salud o cuerpo.
4. Sigo un programa de ejercicios planificados.	4. Seguir un programa de ejercicio físico planificado por un profesional en este campo.
5. Duermo lo suficiente.	5. Dormir diariamente de 7 a 9 horas por las noches.
6. Siento que estoy creciendo y cambiando en una forma positiva.	6. Cambiar tus comportamientos habituales de una forma positiva
7. Elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos.	7. Elogiar a otras personas por sus éxitos
8. Limito el uso de azúcares y alimentos que contienen azúcar (dulces).	8. Limitar el consumo de alimentos con azúcares añadidos (dulces, pasteles/panes, refrescos, entre otros).
9. Leo o veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud.	9. Procurar mantenerte informado acerca del mejoramiento de la salud.
10. Hago ejercicios vigorosos por 20 o más minutos, por lo menos tres veces a la semana (tales y como caminar rápidamente, andar en bicicleta, baile aeróbico, usar la maquina escaladora).	10. Practicar semanalmente ejercicios vigorosos (aquellos que implican un esfuerzo físico que te hacen respirar mucho más fuerte de lo normal) por ≥ 3 días y ≥ 20 minutos por sesión.
11. Tomo algún tiempo para relajarme todos los días.	11. Apartar diariamente algún tiempo para relajarte.
12. Creo que mi vida tiene propósito.	12. Aceptar que tu vida tiene un propósito.
13. Mantengo relaciones significativas y enriquecedoras.	13. Mantener relaciones sociales positivas.
14. Como de 6-11 porciones de pan, cereales, arroz, o pasta (fideos) todos los días.	14. Comer diariamente de 6 a 11 porciones (1 porción = $\frac{1}{2}$ taza) de carbohidratos (pan, tortilla, arroz, avena, pasta, fideos, amaranto, entre otros).
15. Hago preguntas a los profesionales de la salud para poder entender sus instrucciones.	15. Hacer preguntas a los profesionales de la salud para poder entender sus instrucciones.
16. Tomo parte en actividades físicas livianas a moderadas (tales como caminar continuamente de 30 a 40 minutos, 5 o más veces a la semana.	16. Practicar semanalmente actividades físicas de caminata (≥ 5 días y ≥ 30 minutos por sesión).
	17. Practicar semanalmente actividades físicas moderadas (aquellas que implican un esfuerzo físico que te hacen respirar un poco más fuerte de lo normal), por ≥ 5 días y ≥ 30 minutos por sesión.
17. Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar.	18. Aceptar aquellas cosas en tu vida que no puedes cambiar.

Continúa...

18. Miro adelante hacia el futuro.	19. Mirar hacia al futuro de forma positiva.
19. Paso tiempo con amigos íntimos.	20. Dedicar tiempo para estar con tus amistades más cercanas.
20. Como de 2 a 4 porciones de frutas todos los días.	21. Comer diariamente de 2 a 4 porciones de frutas. (1 porción = 1 pieza o 1 taza)
21. Busco una segunda opinión, cuando pongo en duda las recomendaciones de mi proveedor de servicios de salud.	22. Buscar una segunda opinión cuando tengas dudas de las recomendaciones de tu proveedor de servicios de salud.
22. Tomo parte en actividades físicas de recreación (tales como nadar, bailar, andar en bicicleta).	23. Practicar, en tus tiempos libres, actividades físicas de recreación (tales como nadar, andar en bicicleta, escalar montañas, entre otras).
23. Me concentro en pensamientos agradables a la hora de acostarme.	24. Concentrarte en pensamientos agradables a la hora de acostarte.
24. Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo(a).	25. Sentir satisfacción hacia tu persona.
25. Se me hace fácil demostrar preocupación, amor y cariño a otros.	26. Expresar amor o cariño a otros.
26. Como de 3 a 5 porciones de vegetales todos los días.	27. Comer diariamente de 3 a 5 porciones de vegetales. (1 porción de vegetales crudos = 1 taza y 1 porción de vegetales cocidos = ½ taza)
27. Discuto mis cuestiones de salud con profesionales de la salud.	28. Dialogar tus puntos de vista acerca de la salud con los profesionales en este campo.
28. Hago ejercicios para estirar los músculos por lo menos 3 veces por semana.	29. Practicar ejercicios de estiramiento que involucren grandes grupos musculares (espaldas, pectorales, cadera, piernas) 3 veces por semana.
29. Uso métodos específicos para controlar mi tensión.	30. Usar métodos o técnicas específicas para controlar tu estrés.
30. Trabajo hacia metas de largo plazo en mi vida.	31. Establecer metas a largo plazo para tu vida.
31. Toco y soy tocado(a) por las personas que me importan.	32. Utilizar el toque físico con las personas importantes para ti.
32. Como de 2 a 3 porciones de leche, yogurt, o queso cada día.	33. Comer diariamente de 2 a 3 porciones de lácteos. (1 porción de leche = 1 taza, 1 porción de yogurt = ½ taza y 1 porción de queso = 40gr.)
33. Examinó mi cuerpo por lo menos mensualmente, por cambios físicos o señales peligrosas	34. Examinar mensualmente tu cuerpo para detectar cambios físicos o señales diferentes en él.
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).	35. Tratar de mejorar tu nivel de actividad física diaria a través de comportamientos tales como: caminar a la hora del almuerzo, utilizar escaleras en vez de elevadores, estacionar el carro lejos del lugar de destino, entre otros.
35. Mantengo un balance del tiempo entre el trabajo y pasatiempos.	36. Mantener un equilibrio de tiempo entre tu trabajo/estudio y tus actividades de entretenimiento.
36. Encuentro cada día interesante y retador (estimulante).	37. Hacer que tu día sea interesante y retador (estimulante).
37. Busco maneras de llenar mis necesidades de intimidad.	38. Buscar maneras respetuosas de llenar tus necesidades afectivas.
38. Como solamente de 2 a 3 porciones de carne, aves, pescado, frijoles, huevos, y nueces todos los días.	39. Comer diariamente de 2 a 3 porciones (1 porción = ½ taza) de proteína de origen vegetal (frijol, garbanzo, lenteja, soya, nueces, almendras, cacahuates, entre otras).
	40. Comer diariamente de 2 a 3 porciones (1 porción = 90 gramos) de proteína de origen animal (carne, aves, pescado, huevos, entre otras).
39. Pido información de los profesionales de la salud sobre como tomar buen cuidado de mi misma(o).	41. Pedir orientación de los profesionales de la salud sobre cómo mantenerte en buen estado de salud.
40. Examinó mi pulso cuando estoy haciendo ejercicios.	42. Medir tu frecuencia cardíaca cuando estás haciendo ejercicio.
41. Practico relajación o meditación por 15-20 minutos diariamente	43. Practicar diariamente relajación o meditación por 15 a 20 minutos.
42. Estoy consciente de lo que es importante para mí en la vida.	44. Enfocarte en lo que es importante para ti en la vida.
43. Busco apoyo de un grupo de personas que se preocupan por mí.	45. Buscar apoyo en las personas que se preocupan por ti.
44. Leo las etiquetas nutritivas para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos empacados.	46. Observar los sellos de advertencia (hexágonos negros) que tienen los productos alimenticios ultraprocesados (empacados).
45. Asisto a programas educacionales sobre el cuidado de salud personal.	
46. Alcanzo mi pulso cardíaco objetivo cuando hago ejercicios.	47. Alcanzar tu pulso cardíaco objetivo cuando haces ejercicios aeróbicos (tales como caminar rápido, correr, pedalear, remar y nadar).
47. Mantengo un balance para prevenir el cansancio.	48. Mantener equilibradas tus tareas laborales/estudios para prevenir el cansancio.
48. Me siento unido(a) con una fuerza mas grande que yo.	49. Sentirte unido a Dios.
49. Me pongo de acuerdo con otros por medio del diálogo y compromiso	50. Comprometerte a encontrar puntos en común, por medio del diálogo, con otras personas.
50. Como desayuno.	51. Desayunar diariamente.
51. Busco orientación o consejo cuando es necesario.	
52. Expongo mi persona a nuevas experiencias y retos.	52. Exponerte a nuevas experiencias y retos constructivos