



*Asesorías y Tutorías para la Investigación Científica en la Educación Puig-Salabarría S.C.  
José María Pino Suárez 400-2 esq a Lerdo de Tejada, Toluca, Estado de México. 7223898475*

RFC: ATI120618V12

**Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.**

<http://www.dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/>

**Año: XIII Número: 3 Artículo no.: 23 Período: 1 de mayo del 2026 al 31 de agosto del 2026**

**TÍTULO:** Estilo de vida saludable en alimentación y su relación con la salud, sueño, actividad física, dependencia de la nicotina y consumo de alcohol.

**AUTORES:**

1. Lic. Stephany Castañeda Vellve.
2. Dr. Remberto Castro Castañeda.

**RESUMEN:** El objetivo de este artículo es analizar la relación del estilo de vida saludable en alimentación con la actividad física, calidad del sueño, salud, dependencia de la nicotina y consumo de alcohol. La muestra está conformada por 1244 jóvenes de 17 a 50 años ( $M = 19.44$ ,  $DT = 4.07$ ). Los resultados indican que los jóvenes con alto estilo de vida saludable en alimentación, en comparación con los pertenecientes a los grupos de moderado y bajo, presentan mayor actividad física, calidad del sueño y salud; en cambio, los jóvenes con bajo estilo de vida saludable en alimentación destacan en síntomas de dependencia del alcohol, consumo peligroso del alcohol, consumo perjudicial del alcohol y dependencia de la nicotina.

**PALABRA CLAVES:** alimentación, salud, sueño, actividad física, consumo de alcohol y nicotina.

**TITLE:** Healthy lifestyle in terms of diet and its relationship with health, sleep, physical activity, nicotine dependence, and alcohol consumption.

**AUTHORS:**

1. Bach. Stephany Castañeda Vellve.
2. PhD. Remberto Castro Castañeda.

**ABSTRACT:** The aim of this article is to analyze the relationship between healthy eating habits and physical activity, sleep quality, health, nicotine dependence, and alcohol consumption. The sample consists of 1244 young adults aged 17 to 50 years ( $M = 19.44$ ,  $SD = 4.07$ ). The results indicate that young adults with a high level of healthy eating habits, compared to those in the moderate and low healthy eating groups, exhibit greater physical activity, better sleep quality, and improved health. Conversely, young adults with a low level of healthy eating habits show higher rates of alcohol dependence, hazardous alcohol use, harmful alcohol use, and nicotine dependence.

**KEY WORDS:** nutrition, health, sleep, physical activity, alcohol and nicotine consumption.

## **INTRODUCCIÓN.**

A nivel mundial, en el año 2022 se estimó que 2 500 millones de personas de 18 años o más presentaban sobrepeso; de ellas, más de 890 millones vivían con obesidad. Este fenómeno se vincula con estilos de vida, factores psicosociales y predisposición genética, y constituye un reto prioritario de salud pública (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025).

En la Región de las Américas, en el año 2021, la obesidad se asoció con 2.8 millones de muertes por enfermedades no transmisibles (ENT). Además, el sobrepeso y la obesidad se han triplicado en los últimos 50 años y actualmente afectan a una proporción considerable de la población regional (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023).

En México, aproximadamente 70% de la población presenta sobrepeso y cerca de una tercera parte vive con obesidad; asimismo, se ha señalado que los estilos de vida nocivos para la salud contribuyen de forma relevante a la mortalidad en el país (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [ISSSTE], 2016). En el estado de Jalisco, se ha reportado que alrededor de 70% de las mujeres entre 20 y 65 años y 60% de los hombres en el mismo rango de edad presentan padecimientos asociados al peso corporal (Yáñez, s,f).

De manera consistente, el Instituto de Información Estadística y Geográfica de Jalisco reportó, que dentro de las veinte principales patologías registradas en el año 2022, la obesidad ocupó el quinto lugar con 76 868 casos (49 192 en mujeres y 27 676 en hombres) (Instituto de Información Estadística y Geográfica de Jalisco, 2024).

Estos datos sugieren que la problemática trasciende el ámbito individual y se expresa como un fenómeno complejo, determinado por condiciones sociales, económicas y ambientales. En este sentido, resulta pertinente incorporar un enfoque sindémico; es decir, comprender cómo distintas condiciones de salud y sus determinantes interactúan y se potencian en contextos de desigualdad, amplificando el impacto sanitario y social. Aplicar esta perspectiva permite articular la alimentación, la actividad física, el sueño, las relaciones sociales y el consumo de sustancias como componentes interdependientes del estilo de vida, particularmente relevantes en la etapa universitaria.

El abordaje de los estilos de vida saludables se vincula con la Agenda 2030 y diversos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), especialmente aquellos relacionados con la salud y el bienestar, la seguridad alimentaria, la educación y la reducción de desigualdades. En el contexto universitario, esta articulación favorece el diseño de intervenciones integrales y sostenibles, alineadas con metas de promoción de la salud y prevención de ENT.

Aunque existen múltiples aproximaciones para estudiar los estilos de vida, la alimentación continúa siendo un determinante central de la salud; no obstante, al analizarla conjuntamente con la actividad física, la calidad del sueño y el consumo de sustancias (alcohol y nicotina), es posible explicar con mayor precisión las tendencias de riesgo y orientar estrategias de intervención más efectivas para un problema de salud pública.

La OMS define un estilo de vida saludable como aquel que minimiza el riesgo de enfermedad grave y muerte prematura, a la vez que mejora la calidad de vida. Este fenómeno puede analizarse desde la teoría conductual, que permite comprender cómo los factores psicológicos y sociales influyen en las elecciones

cotidianas relacionadas con la salud, y por tanto, facilita el diseño de intervenciones para promover conductas más saludables (Hajare & Gambhire, 2024).

Desde una perspectiva clásica, Adler concibe el estilo de vida como un conjunto de comportamientos que incluye; además, creencias, valores y estrategias para alcanzar metas. Este se ve influido por el contexto familiar y la infancia, pero también se moldea mediante decisiones conscientes e inconscientes. Para Adler, resulta clave equilibrar los intereses personales con las necesidades de la sociedad; en consecuencia, cada individuo desarrolla un estilo de vida singular, utilizando recursos propios para enfrentar obstáculos y adaptarse a su entorno (Ruiz et al., 2006).

Hajare & Gambhire (2024) señala que los estilos de vida contemporáneos tienden a caracterizarse por sedentarismo, elecciones alimentarias deficientes y niveles elevados de estrés, lo cual incrementa el riesgo de obesidad, enfermedades cardiovasculares y problemas de salud mental. Aunque existe conciencia sobre lo que implica un estilo de vida saludable, persiste una brecha entre el conocimiento y la práctica, lo que sugiere la necesidad de estrategias contextualizadas que promuevan actividad física, alimentación saludable y manejo del estrés.

La teoría del estilo de vida también reconoce que las prácticas de salud se modifican en sociedades en constante cambio. Un ejemplo reciente fue la pandemia de COVID-19, que impulsó adaptaciones conductuales en los ámbitos sanitario y social. En ese periodo se enfatizó la relevancia de estilos de vida saludables como factor protector y se aceleró la digitalización del autocuidado mediante recursos y aplicaciones de salud, así como el uso de redes sociales para seguimiento remoto y evaluación de riesgos (Cockerham, 2023), pero por otro lado, estudios de Wei et al. (2021) mostraron que la cuarentena causó impactos negativos en la vida de las personas, alterando sus rutinas, la elección de su comida y su dieta en general.

Para promover un estilo de vida saludable con énfasis en la alimentación, es necesario considerar criterios de alimentación saludable que aseguren el aporte de nutrimentos y energía requeridos para el

funcionamiento del organismo. Esto incluye un patrón alimentario basado en frutas, verduras, leguminosas, frutos secos y cereales integrales (p. ej., maíz, avena, arroz y trigo), así como limitar el consumo de azúcares libres a menos de 10% de la ingesta energética total diaria y reducir el aporte de grasas a menos de 30% de las calorías diarias. Se recomienda priorizar grasas no saturadas (p. ej., pescado, aguacate y aceites vegetales) frente a grasas saturadas (p. ej., mantequilla, queso o manteca), evitar grasas trans presentes en productos ultraprocesados y moderar el consumo de sal a menos de 5g por día (OMS, 2018).

Una alimentación adecuada contribuye a mantener y recuperar la salud, fortalece las defensas y reduce el riesgo de enfermedades crónicas asociadas al exceso de peso (Gobierno de México, 2021).

Los hábitos y patrones alimentarios también se explican por el arraigo cultural y las condiciones del entorno. Estos patrones reflejan la frecuencia y combinación de alimentos consumidos por individuos o familias, influenciados por tradiciones, creencias y procesos locales de salud-enfermedad; en general, se consideran alimentos de consumo habitual aquellos presentes al menos una vez por semana o de manera recurrente en la vida cotidiana (Galán, 2021).

La OMS (2024c) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Esta definición destaca que la salud no se limita a lo biológico, sino que integra dimensiones psicológicas y sociales.

Históricamente, el concepto de salud se ha discutido en relación con la enfermedad, lo que dificulta establecer fronteras nítidas entre ambas nociones, especialmente cuando se consideran percepciones y creencias individuales (Guerrero, 2008); además, la salud incluye aspectos sociales, como la capacidad de adaptación y el desempeño socialmente productivo; por ello, puede entenderse como un recurso para la vida cotidiana, más que como un fin en sí mismo.

Desde la promoción de la salud, esta se reconoce como un derecho humano fundamental. La Carta de Ottawa señala prerequisites para la salud, entre ellos, paz, condiciones económicas adecuadas,

alimentación, vivienda y un ecosistema estable, los cuales median las condiciones sociales y económicas, el entorno físico y los estilos de vida individuales (De la Guardia & Ruvalcaba, 2020).

La actividad física se define, como todo movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que requiere gasto de energía (OMS, 2024a). Esto incluye actividades de la vida diaria (domésticas, laborales y recreativas). La actividad física moderada o vigorosa como caminar, andar en bicicleta o practicar deportes contribuye a mantener la salud y el bienestar.

La inactividad física incrementa la probabilidad de desarrollar ENT y otros problemas de salud. Se ha descrito que las personas físicamente inactivas presentan un riesgo de mortalidad entre 20% y 30% mayor en comparación con quienes cumplen recomendaciones de actividad. En población joven, la actividad física se asocia con beneficios cardiometabólicos, cognitivos y psicológicos, así como con mejor calidad del sueño y composición corporal (OMS, 2024a).

Las recomendaciones generales de la OMS (2024a) sugieren realizar al menos 150 minutos semanales de actividad física moderada.

En conjunto, una dieta equilibrada y la práctica regular de actividad física actúan de forma sinérgica como factores protectores; por ejemplo, incorporar al menos 30 minutos diarios de movimiento (caminar, bailar, subir escaleras o realizar tareas domésticas) junto con una alimentación saludable favorece el mantenimiento de un peso adecuado y reduce el riesgo de ENT, además de mejorar el estado de ánimo y el manejo del estrés (Gobierno de México, 2018).

El sueño es una función biológica esencial. Sus efectos no se limitan a la restauración, sino que también inciden en el desarrollo y funcionamiento de capacidades intelectuales. La calidad del sueño se refiere a dormir adecuadamente durante la noche y mantener funcionalidad durante el día (Borquez, 2011).

En estudiantes universitarios se ha reportado una alta proporción de mala calidad del sueño, y se ha observado que el último tiempo de comida suele realizarse a menos de tres horas antes de acostarse (Faris

et al., 2022); asimismo, la calidad del sueño se ha asociado con hábitos alimentarios, particularmente con el cumplimiento de horarios regulares de comida y con el consumo de cenas ligeras (Faris et al., 2022).

La ingesta insuficiente o la baja absorción de nutrimentos como magnesio, complejo B, calcio, zinc, cobre y hierro se ha vinculado con trastornos del sueño. Entre las recomendaciones se incluyen cenar de 1 a 2 horas antes de acostarse, evitar café, chocolate o tabaco previo al sueño, y reducir comidas abundantes o consumo de alcohol en la noche, para favorecer una digestión adecuada y un descanso reparador (García, 2020).

Las bebidas alcohólicas contienen etanol, una sustancia psicoactiva y tóxica con potencial de generar dependencia; su consumo se asocia con riesgos relevantes para la salud (OMS, 2024b). En el año 2019 se estimaron 2.6 millones de muertes atribuibles al consumo de alcohol en el mundo; de ellas, 2.0 millones correspondieron a hombres y 0.6 millones a mujeres (OMS, 2024b). En jóvenes de 20 a 39 años, una proporción importante de muertes se ha asociado con el alcohol; además, el consumo de alcohol se relaciona con múltiples enfermedades, traumatismos y problemas de salud mental; a largo plazo, el consumo excesivo puede generar afectaciones familiares, económicas y laborales (OMS, 2024b).

La dependencia al alcohol es una enfermedad crónica caracterizada por deseo intenso de consumo, pérdida de control, tolerancia (necesidad de mayores cantidades para lograr el mismo efecto) y síntomas de abstinencia al suspenderlo. Sus impactos no se limitan a la salud física y mental, sino que también deterioran las relaciones sociales y aumentan el riesgo de varios tipos de cáncer (Instituto Nacional del Cáncer, s.f.). El National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) define el consumo excesivo y peligroso como un patrón que eleva la concentración de alcohol en sangre a 0.08% o más, lo cual suele ocurrir tras ingerir cinco o más bebidas en aproximadamente dos horas (hombres) o cuatro o más bebidas (mujeres). Una bebida estándar contiene 14 gramos de alcohol puro (NIAAA, 2025).

En adultos jóvenes, los índices de consumo excesivo han disminuido, pero se mantienen altos. De acuerdo con la National Survey on Drug Use and Health (NSDUH), en el año 2023 el 46.3% de estudiantes

universitarios de 18 a 22 años consumió alcohol y el 27.9% reportó consumo excesivo durante el mes previo (NIAAAE, 2025).

El consumo de alcohol en altas cantidades (por encima de los umbrales de consumo excesivo) se ha asociado con mayores riesgos para la salud y la seguridad. También puede relacionarse con malnutrición, ya sea por menor ingesta de nutrientes esenciales o por interferencia del alcohol en la digestión y absorción de vitaminas y minerales, como vitaminas A, C y del complejo B, así como calcio y hierro (Moreno & Cortés, 2008).

Desde el punto de vista nutricional, las bebidas alcohólicas aportan principalmente agua, etanol y cantidades variables de azúcares; su contribución de proteínas, vitaminas y minerales suele ser irrelevante; además, en personas con consumo crónico es frecuente observar dietas desequilibradas y alteraciones en el aprovechamiento de nutrientes, con consecuencias como pérdida de masa muscular (Moreno & Cortés, 2008). La nicotina es una sustancia química tóxica y adictiva presente en el tabaco. Al ingresar al organismo, puede incrementar la frecuencia cardíaca y la demanda de oxígeno, además de producir sensaciones transitorias de bienestar y relajación (Instituto Nacional del Cáncer, s. f., b).

El tabaquismo constituye una amenaza para la salud pública y se asocia con millones de muertes anuales a nivel mundial. Su impacto trasciende lo sanitario, al generar costos económicos directos e indirectos y al desplazar recursos que podrían destinarse a necesidades básicas, como alimentación o vivienda (OMS, 2023). Las personas fumadoras suelen presentar dietas menos prudentes, con menor consumo de frutas, verduras, cereales y lácteos, lo que reduce la ingesta de vitaminas, minerales y fitoquímicos; asimismo, el estrés oxidativo asociado al tabaquismo incrementa los requerimientos de ciertos nutrientes como la vitamina C y se han reportado deficiencias de vitamina E,  $\beta$ -caroteno, vitaminas del complejo B, ácido fólico, calcio, magnesio, hierro y yodo, entre otros (Ortega et al, 2021).

Aunque la relación entre alimentación y consumo de nicotina no es lineal, algunos estudios han encontrado asociaciones entre antojo de fumar y el consumo de bebidas alcohólicas, café y alimentos altos en grasa;

en contraste, alimentos como frutas, lácteos y sabores agridulces se han vinculado con menor probabilidad de antojo por fumar (Miyoshi et al., 2024).

Adicionalmente, se ha descrito que el tabaquismo puede reducir la sensibilidad gustativa, lo que favorece la preferencia por alimentos con mayor contenido de grasa y puede modificar la percepción de sabores básicos (dulce, salado, ácido y umami) (Miyoshi et al., 2024).

En este contexto teórico, social, contextual y tomando en cuenta las ideas anteriores, se ha establecido que los objetivos específicos de esta investigación son:

- 1) Describir los resultados del estilo de vida saludable en alimentación.
- 2) Examinar en qué medida se relaciona de estilo de vida saludable en alimentación con la actividad física, calidad del sueño, salud, dependencia de la nicotina y consumo de alcohol.
- 3) Comparar entre hombres y mujeres el estilo de vida saludable en alimentación, la actividad física, calidad del sueño, salud, dependencia de la nicotina y consumo de alcohol.
- 4) Analizar las posibles diferencias entre los grupos de estilo de vida saludable en alimentación (bajo, moderado y alto) en las variables actividad física, calidad del sueño, salud, dependencia de la nicotina y consumo de alcohol.

## **DESARROLLO.**

### **Metodología.**

El estudio es explicativo y con un diseño transversal. De un universo poblacional de 6,656 alumnos del Centro Universitario de la Costa, Campus Puerto Vallarta, se obtuvo una muestra de 1,244 jóvenes de 17 a 50 años ( $M = 19.44$ ,  $DT = 4.07$ ), 41.9% hombres, 56.9% mujeres y otro 1.2% de un universo poblacional de 6656 alumnos del CUCosta, Puerto Vallarta. Se utilizó el muestreo estratificado de acuerdo con la subpoblación existente en cada carrera. La muestra fue probabilística con error muestral que se asumió fue de  $\pm 3\%$ , con el 97% de confiabilidad y 0.50 de varianza poblacional.

**Procedimiento.**

Se solicitó permiso a la autoridad del Centro Universitario de la Costa, y posteriormente, se sorteó por carrera los diferentes grupos de alumnos, siguiendo la estratificación planeada; los investigadores acudieron directamente a los salones de clase, a los jóvenes se les comunicó los intereses científicos de la investigación, los lineamientos éticos de participación voluntaria, anónima, y se especificó que podían retirarse del proceso en cualquier momento, acuerdo con la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2024). En el reglamento de la Ley General de Salud, en materia de investigación para la salud, Norma Oficial Mexicana NOM012-SSA3-2012, se respetaron los valores éticos, la no discriminación, confidencialidad y protección de datos, así como el consentimiento informado.

**Instrumentos de evaluación.**

Se utilizaron los siguientes instrumentos validados en diferentes contextos latinoamericano:

*Escala de estilo de vida saludable en alimentación* (Bazán-Riverón et al., 2019) y (Castro Rodríguez et al., 2010). Se utiliza para medir los hábitos de consumo de alimentos. Está conformada por 18 ítems agrupados en tres dimensiones: hábitos alimenticios (p.ej., por lo menos me alimento 3 veces al día”), consumo de alimentos saludables (p.ej., “consumo 5 frutas y/o verduras al día”) y patrones de comida (p.ej., Picoteo o botaneo si estoy bajo de ánimo”). Los rangos de respuesta van del 1 al 5 (nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre). En el estudio se obtuvo un  $\alpha$  de Cronbach de .534.

*El cuestionario de identificación de Actividad física* (Domínguez et al., 2019). Se utilizó para medir la frecuencia, duración e intensidad del ejercicio, conformado en una dimensión de 4 ítems (p.ej., “realizar ejercicio vigoroso 30 minutos después de comer”). Los rangos de respuesta van de 1 a 5 (nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre). En la investigación se obtuvo un  $\alpha$  de Cronbach de .745.

*El cuestionario de Calidad del Sueño* (Pineda et al., 2013). Se utilizó para medir la calidad del sueño en una dimensión integrada por 5 ítems (p.ej., “siento que la calidad de mi sueño es”). Los rangos de respuesta

van de 1 a 5 (muy malo, malo, regular bajo, regular alto y muy bueno). En el estudio se obtuvo un alfa de .869.

*El cuestionario de Salud General adaptado (GHQ-12) (Goldberg & Williams, 1988) por (Brabete, 2014).* Se utilizó para medir la salud mental o el bienestar. Está conformado por 12 ítems agrupados en dos dimensiones: ansiedad e insomnio (p.ej., “¿Sus preocupaciones le han hecho perder el sueño?”) y depresión severa (p.ej., “¿ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?”). En el estudio se calculó una dimensión global que mide el deterioro de la salud. Los rangos de respuesta van de 1 a 4 (no en absoluto, menos que antes, igual que antes, y más que antes). En el estudio se obtuvo un  $\alpha$  de Cronbach de .879.

*El cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (Babor et al., 1994).* Se conforma por 10 ítems agrupados en tres dimensiones: consumo de riesgo de alcohol (p.ej., “¿con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?”), síntomas de dependencia (p.ej., “¿con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?”) y consumo perjudicial del alcohol (p.ej., “¿usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?”). Los rangos de respuesta van de 1 a 4. En la investigación estudio se obtuvo un  $\alpha$  de Cronbach de .933.

*El cuestionario de evaluación del Síndrome de Dependencia de la Nicotina (NDSS-S) (Becona et al., 2011).* Se compone por 6 ítems se utilizaron para medir la adicción a la nicotina (p.ej., “Tiendo a evitar los restaurantes donde no se permite fumar, incluso aunque me guste su comida”), los rangos de respuesta van de 1 a 5 (Nunca, Casi nunca, A veces, Casi siempre y Siempre). En el estudio se obtuvo un  $\alpha$  de Cronbach de .927.

### **Análisis estadísticos.**

Los datos fueron analizados en la paquetería estadística de SPSS (versión 22). Se realizó el análisis descriptivo de la escala de estilo de vida saludable en alimentación, para conocer la tendencia de los

estudiantes; posteriormente, se calcularon las dimensiones y su alfa de Cronbach para analizar la fiabilidad de los instrumentos.

Con los factores calculados, se procedió al análisis de correlaciones de Pearson para determinar la asociación del estilo de vida saludable en alimentación con las variables. Para comparar las variables entre hombres y mujeres, se utilizó el procedimiento de prueba t con muestras independientes; posteriormente, se utilizaron las puntuaciones de la escala de estilo de vida saludable en alimentación, para construir una clasificación representativa de los casos de los jóvenes, conformando tres grupos: bajo, moderado y alto; para ello, se utilizó el procedimiento de clasificar de clúster bietápico y clúster de k-medias. Se efectuó un ANOVA y un MANOVA a partir de los grupos para contraste, con el propósito de analizar las diferencias de los grupos de estilo de vida saludable en alimentación en las variables.

## Resultados.

### *Descriptivos.*

En la tabla 1, se observan los hábitos para un estilo de vida saludables en alimentación, y se indica que un 55.64% de los jóvenes poseen hábitos positivos; en contraste, con un 15.1% de la muestra, los cuales tienen una franca tendencia negativa y un 29.24% con hábitos ocasionales. Tomando en cuenta los hábitos eventuales y los negativos, tenemos una submuestra del 44.34% en situación de riesgo a largo plazo por su estilo de vida no saludable.

<b>Tabla 1. Descriptivo de la escala de estilo de vida saludable.</b>					
Preguntas de hábitos saludables	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	<b>Porcentajes</b>				
1. Consumo 5 frutas y/o verduras al día.	8.4	25.9	38.7	20	6.9
2. Por lo menos me alimento 3 veces al día (desayuno comida y cena).	2.5	11.5	27.1	29.8	29.1
3. Consumo más de 3 porciones de carbohidratos al día (pan, tortilla, cereales, galletas, etc.).	1.4	11.3	32.9	32.8	21.7
4. Consumo al menos 3 porciones de proteínas al día (huevo, res, cerdo, pescado, pollo, etc.).	1.4	6.9	29.4	34.6	27.6

5. Bebo al menos 5 vasos de agua simple al día (además del té, agua de frutas, refresco, café, jugo, etc.). 1 vaso= 250ml.	1.5	4.7	18.1	28.5	47.2
<b>Totales</b>	<b>3.04</b>	<b>12.06</b>	<b>29.24</b>	<b>29.14</b>	<b>26.5</b>
Nota. 1. Nunca; 2. Casi nunca; 3. A veces; 4. Casi siempre; 5. Siempre.					

En la tabla 2, se advierte los hábitos no saludables, y se observa que un 7.88% de los jóvenes poseen hábitos negativos, a los cuales se le suma un 31.16% de jóvenes con hábitos ocasionalmente no adecuados para un estilo de vida saludable; en síntesis, un 49% de los jóvenes no ejecuta hábitos negativos.

Integrando ambos resultados de la tabla 1 y 2, se observa que entre un 39% a un 44% de jóvenes poseen un estilo de vida no saludables en alimentación, siendo un porcentaje considerado en los jóvenes del Centro Universitario de la Costa, Campus Puerto Vallarta.

<b>Tabla 2. Descriptivo de la escala de estilo de vida saludable.</b>					
Preguntas de hábitos no saludables	1	2	3	4	5
	<b>Porcentajes</b>				
1. A pesar de sentirme satisfecho, pido que me sirvan más comida.	22.1	31.6	37.6	7.2	1.9
2. Agrego más azúcar de la que ya tienen mis alimentos o bebidas.	46.5	30.3	17.5	4.7	1
3. Como alimentos chatarra durante el día (frituras, galletas o pan dulce).	2.3	21.9	41.6	25.2	8.8
4. Consumo más de 1 bebida con alto contenido de azúcar al día (chocolate, refrescos, jugos, etc.) 1 bebida=250ml.	10	36.9	31.8	15.4	5.9
5. Consumo alguna sustancia estimulante (café, refrescos de cola, bebidas energéticas o medicamentos con cafeína) para tener más energía.	19.4	24	27.3	16.7	12.6
<b>Totales</b>	<b>20.06</b>	<b>28.94</b>	<b>31.16</b>	<b>1.84</b>	<b>6.04</b>
Nota. 1. Nunca; 2. Casi nunca; 3. A veces; 4. Casi siempre; 5. Siempre.					

A partir de la variable estilo de vida saludables en alimentación, se realizó un análisis de los clústeres existentes en la muestra, conformando los grupos de bajo, moderado y alto con sus respectivas medias de los centroides, casos y su porcentaje descritos en la tabla 3.

<b>Tabla 3. Conformación de los grupos de estilo de vida saludable en alimentación.</b>			
	<b>Bajo</b>	<b>Moderado</b>	<b>Alto</b>
1.-Centros de los clústeres	2.97	3.55	4.11
2.-Número de casos	329	604	311
3.-Porcentaje	26.44	48.56	25

### Correlaciones.

En la Tabla 4 se presentan las correlaciones entre las variables del estudio. Se obtuvieron correlaciones significativas entre estilo de vida saludable en alimentación y el resto de las variables. El estilo de vida saludable en alimentación correlaciona de manera significativa y positiva con actividad física ( $r = .346$ ,  $p < .01$ ), calidad del sueño ( $r = .297$ ,  $p < .01$ ) y salud ( $r = .300$ ,  $p < .01$ ); a su vez correlaciona significativa y negativamente con síntomas de dependencia del alcohol ( $r = -.161$ ,  $p < .01$ ), consumo peligroso del alcohol ( $r = -.159$ ,  $p < .01$ ), consumo perjudicial del alcohol ( $r = -.170$ ,  $p < .01$ ) y dependencia de la nicotina ( $r = -.144$ ,  $p < .01$ ).

### Diferencia entre hombres y mujeres.

Las pruebas t, revelaron que los hombres sobresalen en sus medias con respecto a las mujeres en tener una mayor actividad física, una calidad del sueño, mejor salud, una sintomatología de dependencia del alcohol, un consumo peligroso del alcohol y un consumo perjudicial.

**Tabla 4. Correlaciones Pearson entre las variables consideradas.**

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Estilo de vida saludable en alimentación	1							
2. Actividad Física	.346**	1						
3. Calidad de sueño	.297**	.184**	1					
4. Salud	.300**	.204**	.417**	1				
5 síntomas de dependencia al alcohol	-.161**	.045	.009	-.119**	1			
6. Consumo perjudicial del alcohol	-.159**	.040	-.007	-.140**	.832**	1		
7. Consumo de riesgo de alcohol	-.170**	.038	.013	-.032	.743**	.732**	1	
8. Dependencia de nicotina	-.144**	.036	-.045	-.150**	.536**	.541**	.453**	1
** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).								
* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).								

<b>Tabla 5. Análisis comparativo entre mujeres y hombres con las variables de estudio.</b>			
VARIABLES	Mujer	Hombre	Prueba t
1. Estilo de vida saludable en alimentación	3.52	3.55	1.22
2. Actividad física	2.80 <sup>b</sup>	3.14 <sup>a</sup>	6.14***
3. Calidad del sueño	2.94 <sup>b</sup>	3.10 <sup>a</sup>	3.49***
4. Salud	3.31 <sup>b</sup>	3.55 <sup>a</sup>	6.47***
5. Síntomas de dependencia del alcohol	.95 <sup>b</sup>	1.12 <sup>a</sup>	3.86***
6. Consumo peligroso del alcohol	1.43 <sup>b</sup>	1.55 <sup>a</sup>	3.66***
7. Consumo perjudicial del alcohol	.99 <sup>b</sup>	1.14 <sup>a</sup>	3.38***
8. Dependencia de la nicotina	.66	.71	1.22
Prueba t. a>b. *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001.			

***Manova y Anova de los grupos de estilo de vida saludable en alimentación y las variables.***

Posteriormente, se procedió al análisis de varianza, el cual reveló diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estilo de vida saludable en alimentación y las variables ( $\Lambda = .974$ ,  $F(7,1241) = 6587.84$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .974$ ).

El Anova mostró diferencias significativas en actividad física ( $F(2,1241) = 66.89$ ,  $P < .001$ ,  $\eta^2 = .097$ ), calidad del sueño ( $F(2,1241) = 43.81$ ,  $P < .001$ ,  $\eta^2 = .066$ ), en salud ( $F(2,1241) = 43.70$ ,  $P < .001$ ,  $\eta^2 = .066$ ), síntomas de dependencia del alcohol ( $F(2,1241) = 15.89$ ,  $P < .001$ ,  $\eta^2 = .025$ ), consumo peligroso del alcohol ( $F(2,1241) = 19.64$ ,  $P < .001$ ,  $\eta^2 = .030$ ), consumo perjudicial del alcohol ( $F(2,1241) = 17.45$ ,  $P < .001$ ,  $\eta^2 = .027$ ) y dependencia de la nicotina ( $F(2,1241) = 14.38$ ,  $P < .001$ ,  $\eta^2 = .023$ ).

Como se constata en la tabla 6, las pruebas Bonferroni indicaron que los jóvenes con alto estilo de vida saludable en alimentación obtuvieron las puntuaciones estadísticamente más elevadas en actividad física, calidad del sueño y salud, diferenciándose de los jóvenes con moderado y bajo estilo de vida saludable en alimentación; por otro lado, los jóvenes con bajo estilo de vida saludable en alimentación mostraron medias más altas en síntomas de dependencia del alcohol, consumo peligroso del alcohol, consumo

perjudicial del alcohol, y dependencia de la nicotina con respecto a los jóvenes con moderado y alto estilo de vida saludable en alimentación.

**Tabla 6. Diferencias entre los grupos (Estilo de vida saludable en alimentación, bajo, moderado y alto) en las variables de estudio.**

	EVSA <i>Bajo</i>		EVSA <i>moderado</i>		EVSA <i>Alto</i>		<b>F</b>
	<b>M</b>	<b>(DT)</b>	<b>M</b>	<b>(DT)</b>	<b>M</b>	<b>(DT)</b>	
1. Actividad Física	2.54 <sup>c</sup>	.88	3.39 <sup>b</sup>	.95	2.93 <sup>a</sup>	.93	66.89***
2. Salud	3.18 <sup>c</sup>	.62	3.66 <sup>b</sup>	.65	3.40 <sup>a</sup>	.64	43.70***
3. Calidad de sueño	2.73 <sup>c</sup>	.77	3.29 <sup>b</sup>	.76	3.01 <sup>a</sup>	.75	43.81***
4. Consumo perjudicial del alcohol	1.21 <sup>a</sup>	.82	.85 <sup>b</sup>	.70	1.06 <sup>c</sup>	.76	17.45***
5. Síntomas de dependencia al alcohol	1.18 <sup>a</sup>	.85	.84 <sup>b</sup>	.72	1.03 <sup>c</sup>	.76	15.89***
6. Dependencia de nicotina	.85 <sup>a</sup>	.86	.51 <sup>b</sup>	.70	.67 <sup>c</sup>	.79	14.38***
7. Consumo de riesgo de alcohol	1.71 <sup>a</sup>	1.02	1.23 <sup>b</sup>	.93	1.57 <sup>b</sup>	1.02	19.49***

Nota: M=Media; DT=Desviación Típica; F= F de Fisher-Snedecor; <sup>F</sup> Prueba de Bonferroni. a>b>c  
\*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001; EVSA. - estilo de vida saludable en alimentación.

## CONCLUSIONES.

El objetivo del presente estudio fue analizar la relación entre el estilo de vida saludable en alimentación y la actividad física, la calidad del sueño, la salud, la dependencia a la nicotina y el consumo de alcohol. De manera descriptiva, el 55.64% de los jóvenes universitarios presentó hábitos positivos asociados con un estilo de vida saludable, mientras que el 44.34% mostró hábitos negativos. Esta proporción resulta relevante, pues implica que aproximadamente 4 de cada 10 estudiantes mantienen prácticas poco saludables, lo que subraya la necesidad de reforzar estrategias de promoción de la salud alineadas con la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, particularmente en la prevención de enfermedades no transmisibles (ENT).

Los hallazgos indican que el estilo de vida saludable en alimentación se asocia de manera significativa y positiva con la actividad física y con la salud. En otras palabras, los jóvenes que reportan una alimentación

más saludable tienden a realizar actividad física de forma regular, incluso en niveles vigorosos, lo cual puede favorecer resultados sistémicos en el bienestar, incluida la salud psicológica. Estos resultados son congruentes con lo señalado por el Gobierno de México (2018), en el sentido de que una dieta equilibrada combinada con actividad física regular contribuye al mantenimiento de un peso adecuado y reduce el riesgo de ENT.

Se observó una relación significativa entre la alimentación saludable y la calidad del sueño. Dormir un número suficiente de horas, con un descanso percibido como reparador, se vinculó con mejores hábitos alimentarios, lo cual coincide con Faris et al. (2022), quienes señalan que los horarios regulares de comida y el consumo de cenas ligeras se asocian con una mejor calidad del sueño. En esta línea, resulta pertinente enfatizar que el déficit de sueño puede generar efectos adversos. García (2020) sostiene que prácticas como cenar justo antes de dormir o consumir alimentos y bebidas estimulantes pueden interferir con la digestión y con un descanso óptimo, favoreciendo consecuencias como una menor absorción de nutrientes y alteraciones relacionadas con trastornos del sueño.

La dependencia a la nicotina mostró una asociación negativa con el estilo de vida saludable en alimentación, sugiriendo que quienes presentan patrones alimentarios más nutritivos tienden a reportar menor consumo de nicotina. Este resultado coincide con Ortega et al. (2021), quienes documentan que las personas fumadoras suelen mantener dietas menos prudentes, con menor consumo de frutas, verduras, cereales y lácteos, lo que reduce la ingesta de vitaminas, minerales y fitoquímicos. Adicionalmente, Miyoshi et al. (2024) refuerzan la relación entre el deseo de fumar y el consumo de bebidas alcohólicas, café y alimentos altos en grasa, lo que apunta a la co-ocurrencia de conductas de riesgo que podrían potenciarse entre sí.

En relación con el alcohol, el estilo de vida saludable en alimentación se asoció negativamente con las dimensiones de consumo, dependencia y riesgo. Esto implica que los jóvenes con mayor cuidado alimentario tienden a consumir alcohol con menor frecuencia, presentan menor probabilidad de

dependencia y reportan menos situaciones de riesgo para sí mismos o para terceros. De manera consistente, Moreno y Cortés (2008) reportan que la dependencia alcohólica se relaciona con peor salud percibida y con menor ingesta de nutrientes esenciales, debido a la interferencia del alcohol en procesos digestivos y en la absorción de vitaminas y minerales; además, se han descrito dietas desequilibradas y pérdida de masa muscular asociadas a patrones crónicos de consumo.

En este estudio, el porcentaje de consumo excesivo de alcohol no fue elevado, lo cual se alinea con reportes del National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2025), que señalan que aunque el consumo se mantiene como un problema relevante, se ha observado una disminución en jóvenes universitarios de 18 a 22 años.

Respecto a las diferencias por sexo, los resultados muestran un perfil mixto: los hombres destacaron en indicadores favorables (mejor salud, mayor actividad física y mejor calidad del sueño), pero también presentaron mayores niveles de consumo peligroso, perjudicial y dependencia del alcohol. Estas diferencias sugieren que las campañas y estrategias de prevención deberían incorporar un enfoque sensible al sexo, con mensajes y acciones diferenciadas según el patrón de riesgo observado.

Al comparar los grupos con alto, moderado y bajo estilo de vida saludable en alimentación, se identificó que los jóvenes del grupo alto mostraron mayor actividad física, mejor calidad del sueño, y mejor salud en comparación con los grupos moderado y bajo. Esta tendencia es coherente con Hajare y Gambhire (2024), quienes describen que los estilos de vida contemporáneos tienden a caracterizarse por sedentarismo, elecciones alimentarias deficientes, y mayores niveles de estrés, lo cual incrementa el riesgo de obesidad, enfermedades cardiovasculares y problemas de salud mental. En contraste, el grupo con bajo estilo de vida saludable en alimentación presentó mayores niveles de dependencia de alcohol, consumo peligroso y perjudicial, así como mayor dependencia a la nicotina, en comparación con los grupos moderado y alto. Estos hallazgos son congruentes con Moreno y Cortés (2008) y Ortega et al. (2021), quienes sostienen que el consumo crónico de sustancias se asocia con dietas menos prudentes, menor

consumo de nutrientes clave y alteraciones en su aprovechamiento, lo que favorece deficiencias nutrimentales.

Finalmente, es importante considerar, que los resultados provienen de un diseño transversal, por lo que las asociaciones observadas deben interpretarse de manera contextualizada y sin inferir causalidad. A partir de los hallazgos, se recomienda el diseño e implementación de programas (cursos y/o talleres) orientados a informar y sensibilizar a los jóvenes sobre el cuidado de la salud y los riesgos asociados a estilos de vida no saludables. Idealmente, estas intervenciones deberían promoverse con un enfoque multiplicador, de modo que el aprendizaje pueda transferirse a la familia y a la comunidad, contribuyendo al fortalecimiento de hábitos saludables, la prevención de enfermedades crónico-degenerativas, y la mejora sostenida de la calidad de vida a largo plazo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Babor, T. F., Longabaugh, R., Zweben, A., Fuller, R. K., Stout, R. L., Anton, R. F., Randall, C. L., & Anton, M. F. R. (1994). Issues in the definition and measurement of drinking outcomes in alcoholism treatment research. *Journal of Studies on Alcohol*, 12, 101–111. <https://doi.org/10.15288/jsas.1994.s12.101>
2. Bazán-Riverón, G. E., Osorio-Guzmán, M., Torres-Velázquez, L. E., Rodríguez-Martínez, J. I., & Ocampo-Jasso, J. A. (2019). Validación de una escala sobre estilo de vida para adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Pediatría*, 86(3), 112–118. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0035-00522019000300112](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0035-00522019000300112)
3. Becona, E., Fernández, E., Lopez, A., Míguez, M. C., Castro, J., Nogueiras, L., Florez, G., Álvarez, S., & Vázquez, D. (2011). La escala breve de evaluación del síndrome de dependencia de la Nicotina (NDSS-S) en fumadores. *Psicothema*, 23, 126–132. <https://www.psicothema.com/pdf/3674.pdf>.

4. Brabete, A. C. (2014). El Cuestionario de Salud General de 12 ítems (GHQ-12): estudio de traducción y adaptación de la versión rumana. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 1, 11–29. <https://www.aidep.org/sites/default/files/2018-12/Art1.pdf>.
5. Borquez, Pía. (2011). Calidad de sueño, somnolencia diurna y salud autopercebida en estudiantes universitarios. *Eureka* (Asunción) en *Línea*, 8(1), 80-90. [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2220-90262011000100009](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2220-90262011000100009)
6. Castro Rodríguez, P., Bellido Guerrero, D., & Pertega Díaz, S. (2010). Elaboración y validación de un nuevo cuestionario de hábitos alimentarios para pacientes con sobrepeso y obesidad. *Endocrinología y Nutrición*, 57(4), 130–139. <https://doi.org/10.1016/j.endonu.2010.02.006>
7. Cockerham, W. C. (2023). Health lifestyle theory in a changing society: The rise of infectious diseases and digitalization. *Journal of Health and Social Behavior*, 64(3), 437–451. <https://doi.org/10.1177/00221465231155609>
8. De la Guardia, M., & Ruvalcaba, C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *JONNPR*, 5(1), 81–90. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3215>.
9. Domínguez, L. S., Martín-Díaz, A., & Ramírez-Colina, S. (2019). Análisis estructural de una escala de estilos de vida saludables en estudiantes universitarias mexicanas. *Revista Cubana de Enfermería*, 35(3). <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2221>.
10. Faris, M. E., Vitiello, M. V., Abdelrahim, D. N., Cheikh Ismail, L., Jahrami, H. A., Khaleel, S., Khan, M. S., Shakir, A. Z., Yusuf, A. M., Masaad, A. A., & Bahammam, A. S. (2022). Eating habits are associated with subjective sleep quality outcomes among university students: Findings of a cross-sectional study. *Sleep and Breathing*, 26(3), 1365–1376. <https://doi.org/10.1007/s11325-021-02506-w>
11. Galán, G. (2021). Patrón de alimentación en México. *Alimentación para la Salud*. <https://alimentacionysalud.unam.mx/patron-de-alimentacion-en-mexico/>

12. García, D. (2020). La relación entre la alimentación y los trastornos del sueño. Instituto del Sueño. <https://www.iis.es/la-relacion-entre-la-alimentacion-y-trastornos-del-sueno/>
13. Gobierno de México. (2018). Alimentación y actividad física, esenciales para prevenir diabetes. Secretaría de Salud. <https://www.gob.mx/salud/articulos/alimentacion-y-actividad-fisica-esenciales-para-prevenir-diabetes>
14. Gobierno de México. (2021). ¿Qué es la alimentación saludable? Gobierno de México. <https://www.gob.mx/promosalud/es/articulos/que-es-la-alimentacion-saludable>
15. Goldberg, D. & Williams, P. (1988). A user's guide to the General Health Questionnaire. Windsor, UK: NFER-Nelson.
16. Guerrero, L., & Lara, A. (2008). Aproximación al concepto de salud. Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología, 18(53), 610–633. <https://www.redalyc.org/pdf/705/70517572010.pdf>
17. Hajare, R., & Gambhire, M. (2024). An important study on the influence of modern lifestyles on the health of students and staff in a pharmacy school in India: Behavioral theory. Biomedical Journal of Scientific & Technical Research, 54(4). <https://doi.org/10.26717/bjstr.2024.54.008598>
18. Instituto de Información Estadística y Geográfica de Jalisco. (2024). Enfermedades de la población en Jalisco. <https://iieg.gob.mx/ns/wp-content/uploads/2024/04/EnfermedadesJalisco2022.pdf>
19. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (2016). La obesidad en México: Por tu salud, quítate un peso de encima. <https://www.gob.mx/issste/articulos/la-obesidad-en-mexico>
20. Instituto Nacional del Cáncer. (s. f.). Dependencia del alcohol. Diccionario de cáncer del NCI. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/dependencia-del-alcohol>
21. Instituto Nacional del Cáncer. (s. f.). Nicotina. Diccionario de cáncer del NCI. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/nicotina>

22. Miyoshi, K., Kimura, Y., Nakahata, M., & Miyawaki, T. (2024). Foods and beverages associated with smoking craving in heated tobacco product and cigarette smokers: A cross-sectional study. *Tobacco Induced Diseases*, 22. <https://doi.org/10.18332/TID/175623>
23. Moreno, R., & Cortés, J. R. (2008). Nutrición y alcoholismo crónico. *Nutrición Hospitalaria*, 23, 3–7. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112008000600002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112008000600002)
24. Objetivos de Desarrollo Sostenible. (2015). La Asamblea General adopta la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Naciones Unidas. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>
25. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2025). Alcohol's effects on health. <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/entendiendo-que-es-el-consumo-excesivo-y-peligroso-de-alcohol>
26. Organización Mundial de la Salud. (2018). Alimentación sana. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
27. Organización Mundial de la Salud. (2024a). Actividad física. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
28. Organización Mundial de la Salud. (2024b). Alcohol. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
29. Organización Mundial de la Salud. (2024c). ¿Cómo define la OMS el concepto de salud? <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions#:~:text=%C2%BFC%C3%B3mo%20define%20la%20OMS%20el,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades.%C2%BB>
30. Organización Mundial de la Salud. (2023). Tabaco. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

31. Organización Mundial de la Salud. (2025). Obesidad y sobrepeso. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
32. Organización Panamericana de la Salud. (2023). La OPS insta a hacer frente a la obesidad, principal causa de enfermedades no transmisibles en las Américas. <https://www.paho.org/es/noticias/3-3-2023-ops-insta-hacer-frente-obesidad-principal-causa-enfermedades-no-transmisibles>
33. Ortega, R. M., Jiménez-Ortega, A. I., Martínez-García, R. M., Lorenzo-Mora, A. M., & Lozano-Estevan, M. del C. (2021). Problemática nutricional en fumadores y fumadores pasivos. *Nutrición Hospitalaria*, 38(SPE2), 31–34. <https://doi.org/10.20960/NH.3794>
34. Pineda, J., Ortiz, E., Ayala, F., & Domínguez, B. (2013). Construcción y validación de una prueba mexicana para evaluar el sueño. *Psicología y Salud*, 23, 131–139. [https://www.researchgate.net/publication/262141915\\_Pineda\\_S\\_J\\_E\\_Ortiz\\_C\\_E\\_E\\_Ayala\\_G\\_F\\_y\\_Dominguez\\_T\\_B\\_2013\\_Construccion\\_y\\_validacion\\_de\\_una\\_prueba\\_mexicana\\_para\\_evaluar\\_el\\_sueno\\_Resultados\\_preliminares\\_Psicologia\\_y\\_Salud\\_23\\_1\\_131-139](https://www.researchgate.net/publication/262141915_Pineda_S_J_E_Ortiz_C_E_E_Ayala_G_F_y_Dominguez_T_B_2013_Construccion_y_validacion_de_una_prueba_mexicana_para_evaluar_el_sueno_Resultados_preliminares_Psicologia_y_Salud_23_1_131-139)
35. Ruiz, J. J., Oberst, U. E., & Quesada, A. M. (2006). Estilos de vida: el sentido y el equilibrio según la psicología de Alfred Adler. *Paidós*. <https://archive.org/details/estilosdevidaels0000ruiz/mode/2up>
36. Secretaría de Salud. (2013). Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. *Diario Oficial de la Federación* <https://platiica.economia.gob.mx/normalizacion/nom-012-ssa3-2012/>
37. Wei, H., Chen, J., Rillera Marzo, R., Anton, H., Abdalqader, M. A., Rajasekharan, V., Faez Baobaid, M., Hamzah, H., Tang, H. C., & Ads, H. O. (2021). Dietary habits, shopping behavior and weight gain during COVID-19 pandemic lockdown among students in a private university in Selangor, Malaysia. *Journal of Public Health Research*, 10(S2). DOI: [10.4081/jphr.2021.2921](https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2921)
38. World Medical Association. (2024). Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects. <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/>

39. Yáñez, R. (s.f). En Jalisco 70% de mujeres y 60% de hombres tiene problemas de peso. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. <https://www.cucs.udg.mx/noticias/archivo-de-noticias/en-jalisco-70-de-las-mujeres-y-60-de-los-hombres-tienen-problemas-de-pe>.

#### **DATOS DE LOS AUTORES.**

1. **Stephany Castañeda Vellve.** Licenciada en Nutrición y estudiante de Maestría en Ciencias para el Desarrollo, la Sustentabilidad y el Turismo. Centro Universitario de la Costa de la Universidad de Guadalajara, de Puerto Vallarta, Jalisco, México. Correo electrónico: [stephany.castaneda@alumnos.udg.mx](mailto:stephany.castaneda@alumnos.udg.mx).
2. **Remberto Castro Castañeda.** Doctor en Cooperación y Bienestar Social, adscrito al departamento de Psicología en el Centro Universitario de la Costa, de la Universidad de Guadalajara, Puerto Vallarta, Jalisco, México. Correo electrónico: [remberto.castro@academicos.udg.mx](mailto:remberto.castro@academicos.udg.mx)

**RECIBIDO:** 28 de enero del 2026.

**APROBADO:** 23 de febrero del 2026.