

AUTORREGULACIÓN Y AUTOCOMPASIÓN EN CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD Y DE RIESGO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

SELF-REGULATION AND SELF-COMPASSION IN HEALTH- PROMOTING AND RISK-TAKING BEHAVIORS AMONG UNIVERSITY STUDENTS

AUTORREGULAÇÃO E AUTOCOMPAIXÃO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E COMPORTAMENTOS DE RISCO EM ESTUDANTES UNIVERSITARIOS

GABRIELA NAZAR*
MARÍA JOSÉ ARTEAGA-MARÍN**
BÁRBARA IRRÁZABAL-MEDINA***
STEPHANY MARTÍNEZ-MATAMALA****
VALENTINA OÑATE-SALINAS*****
DOMINIQUE PINOT-ARAVENA*****
CAMILA SCHADE-VILLAGRÁN*****
CLAUDIO BUSTOS*****

RESUMEN

La Autorregulación (AR) y la Autocompasión (AC) emergen como recursos psicológicos efectivos para la promoción de salud. Objetivo: Describir conductas promotoras de salud y conductas de riesgo de universitarios en Chile y establecer su asociación con la AR y AC. Material y Método: Estudio de carácter correlacional

*Psicóloga. PhD in Humanities and Social Sciences. Departamento de Psicología y Centro de Vida Saludable. Universidad de Concepción, Concepción, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6410-6838> Email: gnazar@udec.cl. Autor de correspondencia

**Psicóloga. Departamento de Psicología. Universidad de Concepción, Concepción, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3148-7136> E-mail: marteaga2016@udec.cl

***Psicóloga. Departamento de Psicología. Universidad de Concepción, Concepción, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8738-2758> E-mail: birrazabal@udec.cl

****Psicóloga. Departamento de Psicología. Universidad de Concepción, Concepción, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7320-3341> E-mail: smartinez2016@udec.cl

*****Psicóloga. Departamento de Psicología. Universidad de Concepción, Concepción, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6428-2815> E-mail: vonate2016@udec.cl

*****Psicóloga. Departamento de Psicología. Universidad de Concepción, Concepción, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8271-0281> E-mail: dpinot2016@udec.cl

*****Psicóloga. Departamento de Psicología. Universidad de Concepción, Concepción, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0703-6482> E-mail: cschade2016@udec.cl

*****Psicólogo. Doctor en Psicología. Departamento de Psicología. Universidad de Concepción, Concepción, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3478-9858> E-mail: clbustos@udec.cl

descriptivo, de corte transversal. Una muestra de estudiantes universitarios chilenos de pregrado (n=544) respondió un cuestionario sobre conductas de salud y de riesgo, y las escalas *Short Self-Regulation Questionnaire* y *Self-Compassion Scale*. Resultados: Se observó baja frecuencia de conductas promotoras de salud y presencia de conductas de riesgo como consumo de tabaco (22,6%), de drogas (41,3%) y consumo problemático de alcohol (20,3%). El control de impulsos de la AR se asoció a mayor probabilidad de conducta alimentaria saludable (OR=1,56; IC 95%: 1,12-2,19; p< 0,01) y mejor calidad de sueño (OR=1,7; IC: 1,24-2,38; p<0,01). El *mindfulness*, componente de la AC, se asoció a menor actividad física regular (OR=0,69; IC:0,49-0,95; p<0,05) y menor consumo de medicamentos sin prescripción (OR=0,54; IC:0,32-0,91; p<0,05), y el autojuicio a mayor consumo de medicamentos sin prescripción (OR=1,83; IC: 1,03-3,28; p< 0,05). Conclusión: El control de impulsos se asocia a la regulación de la alimentación y sueño, ambos dominios alterados en la etapa universitaria; la AC se relaciona con menor probabilidad de consumo de medicamentos sin prescripción. Tanto la AR como la SC emergen como recursos potencialmente útiles hacia la promoción de hábitos saludables y prevención de conductas de riesgo para la salud.

Palabras clave: Promoción de la salud; Salud de los Estudiantes; Autocontrol; Comportamiento de Riesgo para la Salud.

ABSTRACT

Self-regulation (SR) and Self-compassion (SC) emerge as effective psychological resources for promoting health. Objective: To describe health-promoting and risk-taking behaviors of university students in Chile and establish their relationship with SR and SC. Materials and Methods: Cross-sectional descriptive correlational study. A sample of Chilean undergraduate students (n=544) responded to a health questionnaire and the Short Self-Regulation Questionnaire and Self-Compassion Scale. Results: Low frequency of health-promoting behaviors and presence of risk-taking behaviors such as tobacco use (22.6%), drug use (41.3%) and problematic alcohol use (20.3%) were observed. SR impulse control was associated with a higher probability of healthy eating behavior (OR=1.56; CI 95%: 1.12-2.19; p <0.01) and better sleep quality (OR=1,7; CI: 1.24-2.38; p <0.01). Mindfulness, a component of SC, was associated with less regular physical activity (OR=0.69; CI: 0.49-0.95; p <0.05) and lower consumption of non-prescription drugs (OR=0.54; CI: 0.32-0.91; p <0.05), and self-judgment was related to a higher consumption of non-prescription drugs (OR=1.83; CI: 1.03-3.28; p <0.05). Conclusion: Impulse control influences both eating and sleep regulation, which are domains that tend to be altered among university students. SC is related to a lower probability of consuming non-prescription drugs. Both SR and SC emerge as potentially useful resources for promoting healthy habits and preventing risk behaviors.

Key words: Health Promotion; Student Health; Self-control; Health Risk Behaviors.

RESUMO

A Autorregulação (AR) e a Autocompaixão (AC) surgem como recursos psicológicos eficazes para a promoção da saúde. Objetivo: Descrever os comportamentos promotores da saúde e os comportamentos de risco de estudantes universitários no Chile e estabelecer sua relação com o AR e AC. Materiais e Método: Estudo correlacional descritivo transversal. Uma amostra de estudantes universitários chilenos (n = 544) respondeu a um questionário sobre saúde e aos *Self-Regulation Questionnaire* e *Self-Compassion Scale*. Resultados: Observou-se baixa frequência de comportamentos promotores de saúde e presença de comportamentos de risco como o consumo de tabaco (22,6%), uso de drogas (41,3%) e uso problemático de álcool (20,3%). O controle do impulso da AR foi associado a uma maior probabilidade de comportamento alimentar saudável (OR = 1,56; IC 95%: 1,12-2,19; p <0,01) e melhor qualidade do sono (OR = 1,7; IC: 1,24-2,38; p < 0,01). O componente *mindfulness* da AC foi associado a menor atividade física regular (OR = 0,69; IC: 0,49-0,95; p <0,05) e menor consumo de medicamentos não prescritos (OR = 0,54; IC: 0,32-0,91; p <0,05), e o autojulgamento foi

relacionado a um maior consumo de medicamentos não controlados (OR=1,83; IC: 1,03-3,28; p <0,05). Conclusão: O controle dos impulsos influencia a regulação da alimentação e do sono, que são domínios que tendem a ser alterados na fase universitária. A AC está relacionada a uma menor probabilidade de consumir medicamentos sem receita médica. Tanto a AR como a AC surgem como recursos potencialmente úteis para a promoção de hábitos saudáveis e prevenção de comportamentos de risco para a saúde.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Saúde do Estudante; Autocontrole; Comportamentos de Risco à Saúde.

Fecha de recepción: 22/03/2021

Fecha de aceptación: 23/06/2021

INTRODUCCIÓN

Las conductas promotoras de salud son entendidas como distintas acciones automotivadas que contribuyen al bienestar y que disminuyen el riesgo de enfermar⁽¹⁾. Incluye actividades diversas como realizar actividad física de manera regular, mantener adecuados hábitos alimentarios, higiene del sueño, hacerse cargo de las responsabilidades respecto a la propia salud, entre otros. Como contraparte, las conductas de riesgo implican efectos dañinos o potencialmente negativos para la salud, e incluyen, entre otras, el hábito tabáquico, consumo excesivo de alcohol, consumo de drogas y prácticas sexuales inseguras.

Una de las etapas del ciclo vital considerada crítica en la consolidación de las conductas de salud y prevención de conductas de riesgo, es la adultez emergente, periodo comprendido aproximadamente entre los 18 y 25 años de edad⁽²⁾. A este grupo etario pertenece la mayoría de la población universitaria, en quienes se concentra numerosa evidencia que da cuenta de patrones conductuales poco saludables, como dieta poco equilibrada⁽³⁻⁵⁾, sedentarismo y falta de práctica regular de actividad física^(3,6-8), inadecuados hábitos de sueño^(9,10), elevado consumo de bebidas alcohólicas^(11,12), tabaquismo, consumo de sustancias tóxicas para el organismo, tanto legales como ilegales^(13,14), consumo de medicamentos sin prescripción⁽¹⁴⁾ y conducta sexual de riesgo con consecuencias como enfermedades de transmisión sexual (ETS) y embarazos no deseados^(15,16).

Una de las propuestas explicativas, tanto en la mantención de conductas de salud como en su modificación, es la autorregulación (AR)⁽¹⁷⁾. Desde un énfasis en lo individual, la AR se entiende como la propensión de una persona a invertir recursos cognitivos, emocionales y de comportamiento para

lograr un objetivo o resultado deseado, a través de conductas como establecer objetivos, postergar la gratificación inmediata en favor de resultados a largo plazo, superar barreras que limiten el comportamiento dirigido a metas, priorizar y evaluar de forma consciente la importancia relativa de objetivos potencialmente competitivos⁽¹⁷⁾. También implica la capacidad para monitorear y modular la cognición, la emoción y la conducta, con el propósito de lograr un objetivo y/o adaptarse a las demandas cognitivas y sociales de situaciones específicas^(18,19). La AR es considerada clave para desarrollar y mantener hábitos saludables⁽²⁰⁾ particularmente en la conducta alimentaria⁽²¹⁾ y en la práctica de actividad física regular⁽²²⁾.

Como es posible apreciar, es importante comprender los determinantes de las conductas promotoras de salud y riesgo, atendiendo a variables cognitivo-motivacionales, como las propuestas por la AR. Sin embargo, también es relevante propender a una perspectiva que integre factores de distinta naturaleza en la adopción y mantención de conductas de salud, pero que, a su vez, tenga suficiente especificidad para aportar a la comprensión de conductas complejas. Una de estas propuestas es la autocompasión (AC), actitud que ha recibido reciente interés en su vinculación con la salud⁽²³⁾. Este concepto implica comprender sin prejuicios el propio dolor, y las debilidades y los fracasos de uno mismo, de modo que la propia experiencia sea vista como parte de la experiencia humana más amplia⁽²⁴⁾. La AC incluye aspectos como la conexión con el sufrimiento propio, no emitir juicios contra de sí mismo, ponerse en contacto con el sufrimiento y sentirse motivado por aliviar el sufrimiento propio y el de otros. Según Neff, se compone de tres elementos básicos: (a) bondad hacia uno mismo, o tratarse de modo

comprensivo, en lugar de tender al juicio severo, (b) humanidad compartida o reconocer la experiencia propia como parte de la experiencia humana más amplia, en lugar de verla como algo separado y aislado, y (c) *mindfulness*, o mantener los propios pensamientos y sentimientos dolorosos en una conciencia equilibrada, en lugar de identificarse excesivamente con ellos⁽²⁴⁾.

Algunos autores han encontrado una asociación consistente entre la AC y la práctica de conductas que promueven la salud^(25,26) y otros han planteado que en ese proceso estaría involucrada la AR^(27,28).

Ambos procesos, la AR y la AC, pueden ser entendidos como complementarios en su rol, el primero operaría a través de mecanismos cognitivos y el segundo a través de mecanismos de tipo afectivo, y por tanto en conjunto podrían potenciar su efecto en la adopción de conductas de salud. A partir de lo anterior, la presente investigación se propuso describir conductas promotoras de salud y conductas de riesgo de universitarios en Chile y establecer su asociación con la AR y AC. La hipótesis a evaluar es que tanto la AR y AC predicen de manera positiva conductas promotoras de salud (alimentación saludable, práctica regular de actividad física, hábitos saludables de sueño y consulta de salud) y de manera negativa conductas de riesgo (consumo de tabaco y drogas, consumo excesivo de alcohol, consumo de medicamentos sin prescripción y conducta sexual de riesgo). Se espera que estos hallazgos aporten a la comprensión de la salud desde una perspectiva más comprehensiva, que incorpore recursos psicológicos, cognitivos y afectivos, potencialmente modificables y que aporten a la autogestión del cuidado.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de carácter correlacional descriptivo, de corte transversal⁽²⁹⁾. La población correspondió a estudiantes universitarios de pregrado de universidades chilenas, y el tamaño muestral se estimó usando como criterio el algoritmo de Deminenko. Considerando un *Odds Ratio* (OR) mínimo de 2 a detectar, con dos variables independientes predictoras, un nivel de significación de 0,05 y un poder de 0,95 se estableció una muestra de 460 participantes⁽³⁰⁾.

Se utilizó un muestreo por conveniencia no

probabilístico. La muestra quedó conformada por 544 estudiantes universitarios, 61,8% mujeres con un promedio de 21,42 años de edad, que cumplieron con los criterios de: a) Ser estudiante de pregrado de una universidad chilena y b) tener edad entre 18 a 25 años. Se excluyeron personas con dificultades sensoriomotoras que les impidieran responder un cuestionario de manera autónoma.

Para evaluar las conductas promotoras de salud se creó un cuestionario basado en la Encuesta Nacional de Salud chilena del año 2016-2017⁽³¹⁾, que midió: a) conducta alimentaria, con 11 ítems (ejemplo: ¿Cuántos días come Ud. frutas?; b) actividad física, con 3 ítems (ejemplo de ítem: ¿En el último mes practicó deporte o realizó actividad física fuera de su horario de trabajo, durante 30 minutos o más cada vez?; c) Cantidad de sueño, con 2 ítems (ejemplo de ítem: ¿cuántas horas duerme en un día de semana típico?, d) calidad de sueño, con 3 ítems (ejemplo de ítem: ¿le cuesta trabajo mantenerse despierto/a durante el día, por lo menos tres días a la semana? y e) consulta de salud, con 1 ítem: ¿cuándo fue la última vez que visitó a un/a especialista por alguna consulta de salud? Para la puntuación se consideraron las indicaciones de las guías alimentarias para la población chilena⁽³²⁾, las recomendaciones de WHO⁽³³⁾ para actividad física y las de Hirshkowitz et al. para cantidad y calidad de sueño⁽³⁴⁾. Para evaluar las conductas de riesgo se aplicó un cuestionario, creado por el equipo de investigación, que evaluó: a) consumo de tabaco, con 2 ítems (ejemplo de ítem: ¿actualmente fuma Ud. cigarrillos o tabaco?, b) consumo de alcohol, con 10 ítems (ejemplo de ítem: ¿qué tan seguido toma Ud. alguna bebida alcohólica?, c) consumo de drogas (marihuana, cocaína, éxtasis, heroína, LSD, hongos, otros alucinógenos, entre otras), con 3 ítems (ejemplo de ítem: *alguna vez en su vida, ¿Ha consumido alguna de las siguientes sustancias: marihuana, cocaína, anfetaminas u otro tipo de estimulantes, inhalantes, alucinógenos, opiáceos, etc.?*) d) consumo de medicamentos, con 3 ítems (ejemplo de ítem: ¿consume regularmente algún medicamento sin prescripción o receta médica?) y e) conducta sexual de riesgo, con 3 ítems (ejemplo de ítem: *en los últimos 12 meses, ¿con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales?*). Se incluyeron reactivos de la Encuesta Nacional de Salud del 2016-2017⁽³¹⁾, además del *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT)⁽³⁵⁾ y el *Alcohol, Smoking and Substance*

Involvement Screening Test (ASSIST) elaborado por la OMS en el año 2002⁽³⁶⁾.

La AR fue evaluada a través del *Short Self-Regulation Questionnaire* (SSRQ) de Carey et al.⁽³⁷⁾, que evalúa dos dimensiones de AR: establecimiento de objetivos (Ej. de ítem: *En relación al cuidado de mi salud, me pongo metas y monitoreo continuamente mi progreso en relación a estas*) y control de impulsos (ej. de ítem: *Es difícil darme cuenta cuando "ya he consumido demasiado" alcohol, comida, dulces*). Consta de 31 ítems en total, y en la presente investigación fue adaptado para medir AR en el dominio del cuidado de la salud. Los antecedentes de la escala original indican un $\alpha=0,96$ de confiabilidad y un $\alpha=0,92$ de consistencia interna⁽³⁶⁾. En este estudio, los resultados indicaron $\alpha=0,90$ para la subescala establecimiento de objetivos y un $\alpha=0,86$ para la subescala control de impulsos.

Para evaluar AC se utilizó el *Self-Compassion Scale* (SCS)^(38, 39), compuesto por seis dimensiones, 26 ítems y una escala de respuesta de 5 puntos, desde 1=casi nunca a 5=casi siempre³⁸. En este estudio los índices de confiabilidad fueron los siguientes: bondad hacia uno mismo: $\alpha=0,85$, juicio hacia uno mismo: $\alpha=0,83$, humanidad compartida $\alpha=0,65$, aislamiento $\alpha=0,78$, *mindfulness* $\alpha=0,75$ y sobreidentificación $\alpha=0,77$.

Los instrumentos fueron sometidos a evaluación de su comprensión semántica, adecuación de las opciones de respuesta, sensibilidad a algún ítem, deseabilidad social y tiempo de respuesta. Posteriormente, fueron transformados a una encuesta online que fue difundida a través de redes sociales. Adicionalmente, y luego de haber obtenido las autorizaciones respectivas, se realizaron aplicaciones presenciales a estudiantes de dos universidades. La recolección de datos se realizó entre octubre y noviembre del año 2019 y el tiempo de respuesta aproximado fue de 20 min. Previamente el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética y Bioética del Departamento de Psicología de la Universidad de Concepción y todos los participantes firmaron un consentimiento informado.

En el análisis de datos se empleó estadística descriptiva e inferencial. Se determinaron los antecedentes de confiabilidad de las escalas por medio de Alpha de Cronbach, los datos de caracterización de la muestra fueron presentados como promedio y desviación estándar para variables continuas, y como porcentaje para variables

categorías. Para establecer la capacidad explicativa de la AC y AR sobre las conductas promotoras de salud y las conductas de riesgo, se realizó un análisis de regresión logística, expresada en *Odds Ratio* (OR) y su respectivo IC (95%). Para el manejo y análisis de los datos se utilizaron los programas SPSS 23 y R-Studio.

RESULTADOS

Los 544 participantes vivían mayoritariamente con familiares (95%), y en período de clases residían con familiares (67,5%), con amigos (12,7%) o solos (9,6%). La mayoría de la muestra solo estudiaba (80%) y un menor porcentaje estudiaba y trabajaba (19,9%). Un 60,3% de los participantes reportó practicar una religión. Respecto a la ciudad de origen, los participantes provienen mayoritariamente del Gran Concepción (41,4%) y Santiago (10,7%). El 57,2% informó ser beneficiario de beca de alimentación.

La frecuencia de conductas promotoras de salud se presenta en la Tabla 1. El 68,6% de los participantes mostró una conducta alimentaria no saludable, el 25,4% reportó realizar actividad física más de 3 veces a la semana, con mayor frecuencia en hombres que en mujeres ($p=0,05$). El 70% de los participantes informó dormir entre 7 a 9 h diarias en promedio y el 42,6% informó buena calidad de sueño. El 78,7% de los participantes reportó haber realizado un control de salud en el último año (Tabla 1).

La frecuencia de conductas de riesgo, tal como se indica en la Tabla 2, muestra que el 22,6% de los participantes fumaba, el 41,3% consumía drogas frecuentemente o le han manifestado preocupación por su consumo, con diferencias significativas entre hombres y mujeres ($p=0,016$). El 79,6% informó consumo de alcohol sin riesgo, y se encontró mayor presencia de consumo riesgoso en hombres que en mujeres ($p=0,003$).

Los estadísticos descriptivos de media y desviación estándar para las variables AR y AC se presentan en la Tabla 3, los que muestran puntajes promedio superiores a la media de cada escala. En la escala de AR el mínimo, en una escala de 1 a 5, fue para la dimensión control de impulsos ($M=3,33$, $DE=0,68$) y máximo para establecimiento de metas ($M=3,4$, $DE=0,74$). En la escala de AC, el promedio

más alto fue para la dimensión *mindfulness* (M=3,36, DE=0,83) y el más bajo para autojuicio (M=2,61, DE=0,96), también con puntuaciones de 1 a 5.

En la Tabla 4 se presentan las pruebas de razón de verosimilitud, en las cuales se prueba si las dos dimensiones de AR: control de estímulos y establecimiento de objetivos, y las seis dimensiones de AC predicen cada una de las nueve conductas de salud y riesgo estudiadas. Los resultados indican que AC y AR predicen de manera significativa la conducta alimentaria, actividad física, calidad de sueño y consumo de medicamentos sin prescripción.

El análisis de regresión logística mostró que el control de impulsos, uno de los factores de la AR, se asoció a casi 1,6 veces más probabilidad de conducta alimentaria saludable (OR=1,56; IC 95%: 1,12-2,19; p<0,01) y 1,7 veces mayor probabilidad de presentar mejor calidad de sueño (OR=1,7; IC 95%: 1,24-2,38; p< 0,01) (Tabla 5).

El *mindfulness*, dimensión de la AC, se asoció a menor probabilidad de realizar actividad física regular (OR=0,69; IC 95%, 0,49-0,95; p<0,01) y a menor probabilidad de presentar consumo riesgoso de medicamentos (OR=0,54; IC 95%, 0,32-0,91; p<0,01) (Tabla 5).

La presencia de autojuicio, otra dimensión de la AC, se asoció a 1,8 veces mayor probabilidad de presentar consumo de medicamentos sin prescripción médica (OR=1,83; IC 95%, 1,03-3,28; p< 0,01) (Tabla 5).

El consumo de alcohol se asoció a control de impulsos. En la Figura 1 se muestra la probabilidad de tipo de consumo de alcohol (sin riesgo, de riesgo, perjudicial y dependencia) según las puntuaciones en control de impulsos (Figura 1). A mayor control de impulsos, disminuyó la probabilidad de consumo de alcohol de riesgo (OR=0,45; IC 95%: 0,30-0,65; p <0,01) (Tabla 6).

Tabla 1. Frecuencia (%) de conductas promotoras de salud, para el grupo total y por sexo.

Conducta Promotora de Salud	Total	Mujeres *	Hombres *	p
Conducta Alimentaria	0,6	0,6	0,5	0,178
Saludable				
Medianamente Saludable	30,9	33,7	26,2	0,178
No Saludable	68,6	65,7	73,3	0,178
Actividad Física regular	25,4	21,2	32,2	0,004
Cantidad Sueño (7 a 9 h diarias)	70	68,5	72,6	0,305
Buena Calidad Sueño	42,6	37,8	50,5	0,004
Asistencia Control de Salud	78,7	81,3	74,5	0,063

*Porcentaje de hombres y mujeres que realizan la conducta dentro de su propio sexo.

Tabla 2. Frecuencia (%) de conductas de riesgo para el grupo total y por sexo.

Conducta de Riesgo	Total	Mujeres*	Hombres*	p
Consumo Tabaco	22,6	20,5	26	0,142
Consumo Drogas	41,3	37,3	47,8	0,016
Consumo Medicamentos sin prescripción	7,7	9,2	5,3	0,097
Conducta Sexual de riesgo	2,4	2,1	2,9	0,552
Consumo Alcohol Sin Riesgo	79,6	84,6	71,6	0,003
Consumo Alcohol de Riesgo	17,4	13	24,5	0,003
Consumo Alcohol Perjudicial	2	1,5	2,9	0,003
Consumo Alcohol Dependiente	0,9	0,9	1	0,003

*Porcentaje de hombres y mujeres que realizan la conducta dentro de su propio sexo.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos Autorregulación y Autocompasión.

Promedio	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Autocompasión	1,12	4,81	2,96	0,72
Bondad hacia uno mismo	1	5	3,04	0,92
Autojuicio	1	5	2,61	0,96
Humanidad Compartida	1	5	3,07	0,84
Aislamiento	1	5	2,92	1,05
Mindfulness	1	5	3,36	0,83
Sobreidentificación	1	5	2,85	0,99
Autorregulación	1,26	4,71	3,36	0,62
Establecimiento Objetivos	1,07	5	3,4	0,74
Control Impulsos	1,2	4,8	3,33	0,68

Tabla 4. Prueba de razón de verosimilitud de la explicación de Autorregulación y Autocompasión sobre conductas promotoras de salud y de riesgo.

	χ^2	p	R ² Nagelkerke
Conducta alimentaria	33,6	< 0,01	0,087
Actividad Física	36,62	< 0,01	0,098
Horas de sueño	6,21	0,62	0,017
Calidad de sueño	55,77	< 0,01	0,134
Consulta de salud	7,67	0,47	0,022
Consumo de tabaco	8,61	0,38	0,025
Consumo de drogas	6,98	0,54	0,018
Consumo de medicamentos sin prescripción	16,73	0,03	0,073
Conducta sexual de riesgo	8,12	0,42	0,074

Tabla 5. Regresión logística de Autorregulación y Autocompasión, con conducta alimentaria, actividad física, calidad de sueño y consumo de medicamentos, expresada en Odds Ratio (OR) e IC (95%).

		Conducta alimentaria saludable	Actividad física regular	Calidad de sueño	Consumo de medicamentos sin prescripción
(Intercept)	coef	-0,836	-1,14	-0,312	-2,641
	p	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
	OR	0,43	0,32	0,73	0,07
	IC	0,36-0,52	0,26-0,39	0,61-0,88	0,05-0,10
Establecimiento Objetivos*	coef	0,167	0,278	-0,134	-0,221
	p	0,32	0,13	0,41	0,43
	OR	1,18	1,32	0,87	0,8
	IC	0,85-1,64	0,93-1,89	0,64-1,2	0,46-1,38
Control Impulsos*	coef	0,443	0,347	0,539	0,027
	p	<0,01	0,06	<0,01	0,92
	OR	1,56	1,41	1,71	1,02
	IC	1,12-2,19	0,99-2,04	1,24-2,38	0,60-1,76
Bondad†	coef	-0,064	-0,055	0,093	0,56
	p	0,7	0,76	0,56	0,06
	OR	0,94	0,95	1,1	1,75
	IC	0,67-1,31	0,67-1,34	0,80-1,50	0,98-0,15
Humanidad Compartida†	coef	-0,017	0,098	-0,198	0,197
	p	0,89	0,44	0,09	0,34
	OR	0,98	1,1	0,82	1,22
	IC	0,77-1,25	0,86-1,42	0,65-1,03	0,81-1,82
Mindfulness†	coef	-0,279	-0,373	0,085	-0,617
	p	0,08	0,03	0,57	0,02
	OR	0,76	0,69	1,09	0,54
	IC	0,56-1,03	0,49-0,95	0,81-1,46	0,32-0,91
Autojuicio†	coef	0,095	0,107	-0,013	0,605
	p	0,56	0,54	0,93	0,04
	OR	1,1	1,11	0,99	1,83
	IC	0,80-1,52	0,79-1,57	0,73-1,34	1,03-3,28
Sobreidentificación†	coef	0,173	-0,343	-0,102	-0,055
	p	0,31	0,06	0,52	0,85
	OR	1,19	0,7	0,9	0,95
	IC	0,85-1,67	0,50-1,01	0,66-1,24	0,54-1,69
Aislamiento†	coef	-0,172	-0,011	-0,248	0,021
	p	0,24	0,94	0,07	0,93
	OR	0,84	0,99	0,78	1,02
	IC	0,63-1,12	0,73-1,34	0,59-1,02	0,63-1,67

*Autorregulación; †Autocompasión.

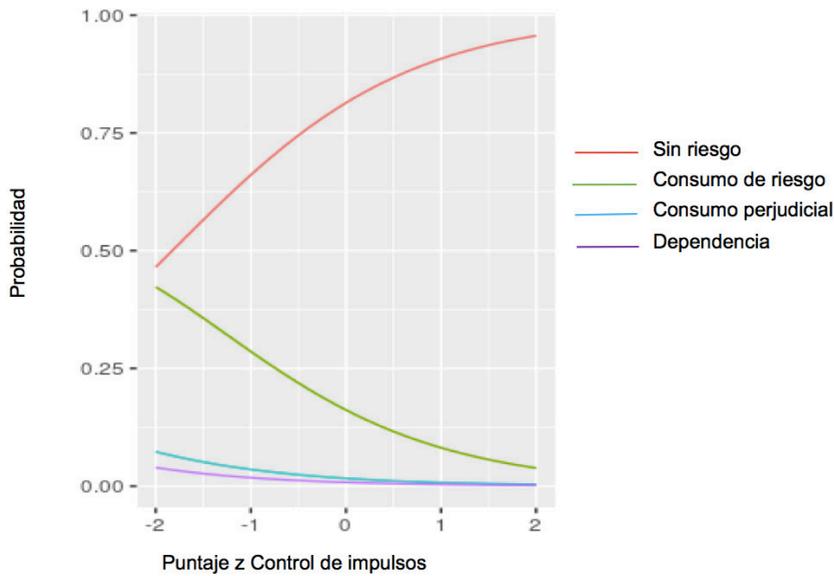


Figura 1. Asociación Control de Impulsos y consumo de alcohol.

Tabla 6. Regresión ordinal de Autorregulación y Autocompasión con consumo de Alcohol expresada en Odds Ratio (OR) y su respectivo IC (95%).

Consumo	coef	p	OR	CI	CI
Sin riesgo	1,475	< 0,01	NA	NA	NA
Consumo de riesgo	3,683	< 0,01	NA	NA	NA
Consumo perjudicial	4,81	< 0,01	NA	NA	NA
Consumo dependiente					
Establecimiento objetivos	0,37	0,05	1,45	1	2,1
Control de Impulsos	-0,807	<0,01	0,45	0,3	0,65
Bondad	-0,247	0,2	0,78	0,53	1,14
Humanidad compartida	0,274	0,05	1,31	1	1,73
Mindfulness	0,203	0,26	1,22	0,86	1,75
Autojuicio	-0,265	0,17	0,77	0,52	1,12
Sobreidentificación	0,002	0,99	1	0,68	1,48
Aislamiento	0,055	0,75	1,06	0,76	1,48

DISCUSIÓN

Los hallazgos confirman la baja presencia de conductas promotoras de salud en universitarios chilenos, similar a lo reportado previamente en otros estudios en este grupo, que informan consumo insuficiente de frutas, verduras, pescados y legumbres, así como sedentarismo y promedio

de horas de sueño inferiores a lo recomendado^(3,5,6). Los antecedentes de este fenómeno han sido ampliamente abordados, e incluyen factores como altas demandas académicas y la escasez de tiempo asociada, restricciones económicas, falta de habilidades, por ejemplo, en la preparación de alimentos, baja autoeficacia en el caso de la actividad física y no vivir con la familia de origen⁽⁴⁰⁻⁴²⁾.

En relación a las conductas de riesgo, la prevalencia de consumo de tabaco y/o cigarrillo fue menor a lo que reportan otras investigaciones^(9,43), sin embargo, destaca el alto consumo de drogas, con cifras que coinciden con el reporte de SENDA (2019) que informa una prevalencia de consumo de marihuana de un 50,4% en estudiantes de educación superior chilena, con mayor consumo en hombres que en mujeres⁽⁴⁴⁾. El consumo de alcohol fue mayoritariamente sin riesgo, con mayor presencia de consumo riesgoso en hombres que en mujeres, con cifras similares a otras investigaciones en el mismo grupo^(5,9,43).

El análisis de la asociación entre conductas promotoras de salud, conductas de riesgo, AC y AR, indicó que el factor control de impulsos de la AR se asoció a conducta alimentaria saludable, mejor calidad de sueño y menor consumo riesgoso de alcohol. El control de estímulos implica tomar conciencia de los propios hábitos, atender a sus consecuencias en la salud y ejercer control sobre ellos⁽³⁷⁾, y al respecto, existen antecedentes de que adoptar y mantener una dieta saludable, en un contexto obesogénico como el actual, implica autocontrol, particularmente para tomar decisiones adecuadas y resistirse a la amplia disponibilidad de alimentos palatables⁽⁴⁵⁾. Algo similar ocurriría con la calidad del sueño, ya que una buena higiene del sueño demanda esfuerzo como cumplir con tiempos y horarios de sueño, adecuada planificación de actividades diarias, y evitar la procrastinación⁽⁴⁶⁾. La asociación entre bajo control de impulsos y consumo riesgoso de alcohol también ha sido reportada en otros estudios⁽⁴⁷⁾, así como su relación con conductas similares, como recaída en personas que intentan dejar de fumar⁽⁴⁸⁾ o conducta sexual de riesgo⁽⁴⁹⁾.

Se ha propuesto que, en la base de la conducta autorregulada, que incluye la capacidad de autocontrol, están las funciones ejecutivas⁽⁵⁰⁾, noción que integra distintos procesos cognitivos de orden superior implicados en lograr una meta, tales como la planificación, monitoreo de la conducta, control inhibitorio y resistencia a estímulos distractores, todas operaciones que facilitan el cambio conductual. Particularmente en la conducta alimentaria, el control inhibitorio, función cognitiva directamente vinculada al control de impulsos, se considera determinante para persistir en una alimentación saludable, resistir los deseos

inmediatos de comer y mantener atención en las metas de alimentación⁽⁵¹⁾. Evidencia similar existe acerca del rol predictor del control inhibitorio en el consumo de alcohol⁽⁵²⁾. En la base de las funciones ejecutivas existen factores neurobiológicos y se ha propuesto que en la adolescencia tardía y adultez emergente las capacidades autorregulatorias están aún en progreso, dado un cerebro aún en desarrollo, caracterizado por cierto desbalance entre regiones corticales límbicas y prefrontales que induciría respuestas más emocionales que racionales, así como conductas impulsivas y de riesgo para la salud en este grupo⁽⁵³⁾.

Otro hallazgo de este estudio plantea la asociación entre *mindfulness*, componente de la AC, y menor probabilidad de realizar actividad física regular y menor consumo de medicamentos sin prescripción médica. Desde la perspectiva de la autocompasión, el *mindfulness* implica mantener los propios pensamientos y sentimientos dolorosos en una conciencia equilibrada, en lugar de identificarse excesivamente con ellos⁽²⁴⁾. Otros estudios han evidenciado que el *mindfulness*, en conjunto con los demás componentes de la autocompasión, ha mostrado asociación con conductas promotoras de salud tales como el ejercicio regular, la alimentación saludable, hábitos adecuados de sueño y manejo del estrés^(25,26). Si bien la asociación inversa entre la actividad física y el *mindfulness* encontrada es contraintuitiva, se ha demostrado que la relación entre autocompasión y los comportamientos de salud es indirecta, actuando a través de la presencia de altos niveles de afecto positivo y bajos niveles de afecto negativo⁽²⁵⁾ y a través de la percepción del estrés⁽⁵⁴⁾. Lo anterior permite suponer que el estado de *mindfulness* tiene efectos similares a los del ejercicio físico o es una de las estrategias empleadas para acceder a beneficios similares a los de la actividad física.

Tanto el *mindfulness* como el autojuicio se encontraron asociados al consumo de medicamentos sin prescripción. En el caso de *mindfulness* se asume equilibrio en la experiencia emocional sin sobreestimar ni exacerbar los eventos negativos ni las emociones displacenteras⁽²⁴⁾. El autojuicio, por su parte, implica dureza consigo mismo, crítica excesiva y sesgo negativo hacia la propia persona⁽²⁴⁾ que, en conjunto con bajo *mindfulness*, suponen estrategias poco adaptativas para la resolución de problemas, afrontamiento más emocional

que instrumental y consecuentemente menor disposición al autocuidado y mayor inclinación hacia conductas de riesgo, entre las que podría estar el consumo de medicamentos sin prescripción.

Los resultados de este estudio permiten concluir la importancia de factores cognitivo-motivacionales, particularmente el control de impulsos, como predictores de conductas de salud. El ambiente actual ofrece condiciones que no siempre favorecen un estilo de vida saludable, por lo que cumplir con recomendaciones de sueño, actividad física, dieta sana, entre otras, supone esfuerzos para la población en general y particularmente para población joven que se ve enfrentada a las exigencias que implica la transición a la vida adulta. Además de lo anterior, es posible establecer que una actitud autocompasiva se asocia al cuidado de la salud, en tanto es un recurso adaptativo para manejar estresores ambientales, que favorece la regulación emocional y, por lo tanto, que limita el recurrir a conductas potencialmente riesgosas para el alivio emocional. Así también la autocompasión es una disposición útil para enfrentar el posible 'discomfort' inmediato experimentado al implementar cambios en el estilo de vida y en otras acciones de autocuidado⁽²⁸⁾.

La autocompasión se podría plantear también como un facilitador de la autorregulación ya que el afecto positivo y una aproximación no defensiva frente a las dificultades contribuyen al establecimiento de metas respecto de la propia salud, autocontrol frente a estímulos amenazantes, manejo de recaídas, entre otras estrategias de autorregulación que han comprobado ser efectivas para el cambio conductual en salud.

Estos hallazgos ofrecen aplicaciones promisorias en población universitaria, grupo que se ve enfrentado a creciente autonomía en sus decisiones, pero que también está más expuesto a condicionantes externos, como la influencia de pares o exigencias académicas, que inducen elecciones que, a la luz de la evidencia, no son siempre las más adecuadas para la salud. La autorregulación es un recurso efectivo que puede ser intervenido con éxito⁽⁵⁵⁾, particularmente en el contexto universitario y que tiene aplicaciones que trascienden el ámbito de la salud, por ejemplo, en el proceso de enseñanza-aprendizaje⁽⁵⁶⁾.

No obstante los aportes de este estudio, se observan limitaciones propias de un diseño transversal y de una muestra a la que se accedió por con-

veniencia y que puede presentar algún tipo de sesgo.

CONCLUSIONES

Este estudio confirma la falta de conductas promotoras de salud, particularmente la ausencia de hábitos alimentarios saludables y de práctica regular de actividad física, la mala calidad de sueño y presencia de consumo de drogas, todas conductas que van en desmedro de la salud y suponen efectos dañinos en futuras etapas del desarrollo. Adicionalmente, este estudio estableció la importancia del control de impulsos como estrategia de autorregulación en la alimentación y el sueño, ambos dominios que se ven especialmente alterados en la etapa universitaria. La autorregulación es un recurso aprendido que se pone en juego en cualquier conducta dirigida a metas, que opera en diversos ámbitos y que puede ser transferida entre ellos. Por su parte, la autocompasión, o actuar con bondad hacia uno mismo, en una conciencia plena y equilibrada, emerge como una disposición que podría promover el autocuidado toda vez que se asoció a menor probabilidad de consumo de medicamentos sin prescripción médica. La autorregulación y la autocompasión, si bien difieren en tanto enfatizan aspectos cognitivos y afectivos, son capacidades modificables que ofrecen útiles aplicaciones en la promoción de la salud.

REFERENCIAS

1. Pender N. The Health Promotion Model. Manual. [Internet]. Michigan: University of Michigan; 2011 [citado 20 jul 2020]. Disponible en: https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf
2. Arnett JJ. Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol* [Internet]. 2000 [citado 20 jul 2020]; 55(5):469-80. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
3. Concha C, González G, Piñuñuri R, Valenzuela C. Relación entre tiempos de alimentación, composición nutricional del desayuno y estado nutricional en estudiantes universitarios de Valparaíso, Chile. *Rev Chil Nutr* [Internet]. 2019 [citado 20 abr 2020]; 46(4): 400-8. Disponible en: <http://>

- dx.doi.org/10.4067/S0717-75182019000400400
4. Beltran YH, Bravo NN, Guette LS, Osorio FV, Ariza AL, Herrera ET, et al. Estilos de vida relacionados con la salud en estudiantes universitarios. Retos [Internet]. 2020 [citado 20 abr 2020]; 38:547-51. Disponible en: <https://doi.org/10.47197/retos.v38i38.72871>
 5. Nazar G, Stjepovic J, Bustos C. Latent class analysis of lifestyle behavior among Chilean university students. Int J Health Promot Educ [Internet]. 2018 [citado 20 abr 2020]; 57(2): 98-111. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/14635240.2018.1552534>
 6. Durán S, Crovetto M, Espinoza V, Mena F, Oñate G, Fernández M, et al. Caracterización del estado nutricional, hábitos alimentarios y estilos de vida de estudiantes universitarios chilenos: estudio multicéntrico. Rev Med Chil [Internet]. 2017 [citado 20 abr 2020]; 145(11): 1403-11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017001101403>
 7. Rodríguez-Rodríguez F, Cristi-Montero C, Villa-González E, Solís-Urra P, Chillón P. Comparación de los niveles de actividad física durante la vida universitaria. Rev Med Chil [Internet]. 2018 [citado 20 abr 2020]; 146(4): 442-50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000400442>
 8. Morales G, Balboa-Castillo T, Muñoz S, Belmar C, Soto Á, Schifferli I, Guillen-Grima F. Asociación entre factores de riesgo cardiometabólicos, actividad física y sedentarismo en universitarios chilenos. Nutr Hosp [Internet]. 2017 [citado 20 abr 2020]; 34(6):1345-52. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.20960/nh.1060>
 9. Durán S, Rosales G, Moya C, García P. Insomnio, latencia al sueño y cantidad de sueño en estudiantes universitarios chilenos durante el periodo de clases y exámenes. Salud Uninorte [Internet]. 2017 [citado 20 abr 2020]; 33(2): 75-85. Disponible en: <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/9448>
 10. De la Portilla-Maya S, Dussán-Lubert C, Montoya-Londoño D, Taborda-Chaurra J, Nieto-Osorio L. Calidad de sueño y somnolencia diurna excesiva en estudiantes universitarios de diferentes dominios. Hacia Promoc Salud [Internet]. 2019 [citado 20 abr 2020]; 24(1): 84-96. Disponible en: <https://doi.org/10.17151/hpsal.2019.24.1.8>
 11. Gómez CZ, Landeros RP, Noa Pérez M, Patricio Martínez S. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en jóvenes universitarios. RESPYN [Internet]. 2017 [citado 10 jun 2020]; 16(4): 1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.29105/respyn16.4-1>
 12. Hinojosa García L, da Silva Gherardi-Donato EC, Alonso Castillo MM, da Silva RC, García García P, Maldonado García V. Estrés académico y consumo de alcohol en universitarios de nuevo ingreso. J Health NPEPS [Internet]. 2017 [citado 20 abr 2020]; 2(1):133-47. Disponible en: <https://doi.org/10.30681/25261010>
 13. Sánchez-Hoíl A, Andueza-Pech MG, Santana-Carvajal AM, Hoíl-Santos JJ, CuFarfán-López J. Características sociodemográficas y perfil de consumo de tabaco y drogas en estudiantes de dos universidades de México. Biomedica [Internet]. 2017 [citado 20 abr 2020]; 28(1):11-27. Disponible en: <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i1.552>
 14. Galán Andrés MI, Guijo Blanco V, Casado Verdejo I, Iglesias Guerra JA, Fernández García D. Self-Medication of Drugs in Nursing Students from Castile and Leon (Spain). Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2021 [citado 20 abr 2020]; 18(4): 1498. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph18041498>
 15. García C, Calvo García F, Carbonell Sánchez X, Giralt Vázquez C. Consumo intensivo de alcohol y conductas sexuales de riesgo en población universitaria. Salud Drogas [Internet]. 2017 [citado 20 jun 2020]; 17(1): 63-71. Disponible en: <https://dugi-doc.udg.edu/handle/10256/14197>
 16. Mejia CR, Oporto FM, Taya L, Oscco SS, Bustamante FM, Quispe L, et al. Factores socio-educativos asociados al no uso de métodos anti-conceptivos en universitarias de cuatro países de Latinoamérica. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2020 [citado 21 jun 2020]; 85(3):245-54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000300245>
 17. Vohs KD, Baumeister RF, editors. Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications. 3rd ed. NY: Guilford Publications; 2016. 640 p.
 18. Ridder D, Wit J. Self-Regulation in Health Behaviour: Concepts, Theories, and Central Issues. 2006. In Ridder D, Wit J, editors. Self-Regulation in Health Behaviour [Internet]. London: John Wiley & Sons Ltd; 2003 [citado 20 jun 2020]. p. 1-23.
 19. Blankers M. [Self-regulation processes in health psychology]. Psychol Gezondh [Internet]. 2008 [citado 21 jun 2020]; 36: 224-34. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/BF03077504>
 20. Mann T, de Ridder D, Fujita K. Self-regulation of health behavior: Social psychological approaches to goal setting and goal striving. Health Psychol [Internet]. 2013 [citado 20 abr 2020]; 32(5): 487-98. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/a0028533>
 21. Reed JR, Yates BC, Houfek J, Pullen CH, Briner W,

- Schmid KK. Eating Self-Regulation in Overweight and Obese Adults: A Concept Analysis. *Nurs Forum* [Internet]. 2016 [citado 20 abr 2020]; 51 (2): 105-16. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/nuf.12125>
22. Ahn Jeon H, Kwon S. Associations Between Self-Regulation, Exercise Participation, and Adherence Intention Among Korean University Students. *Percept Mot Skills* [Internet]. 2016 [citado 20 abr 2020]; 123(1): 324-40. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0031512516659874>.
 23. Phillips W, Hine D. Self-Compassion, Physical Health, and Health Behaviour: A meta-analysis. *Health Psychol Rev* [Internet]. 2019 [citado 20 abr 2020]; 15 (1): 113-39. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1705872>
 24. Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity* [Internet]. 2003 [citado 20 abr 2020]; 2: 85-102. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/1529886039012986>
 25. Sirois F, Kitner R, Hirsch J. Self-compassion, affect, and health-promoting behaviors. *Health Psychol* [Internet]. 2015 [citado 20 abr 2020]; 34(6): 661-69. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/hea0000158>
 26. Dunne S, Sheffield D, Chilcot J. Brief report: Self-compassion, physical health and the mediating role of health-promoting behaviours. *J Health Psychol* [Internet]. 2018 [citado 20 abr 2020]; 23(7): 993-99. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1359105316643377>
 27. Sirois F. A self-regulation resource model of self-compassion and health behavior intentions in emerging adults. *Prev Med Rep* [Internet]. 2015 [citado 20 abr 2020]; 2: 218-22. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2015.03.006>
 28. Biber DD, Ellis R. The effect of self-compassion on the self-regulation of health behaviors: A systematic review. *J Health Psychol* [Internet]. 2019 [citado 20 abr 2020]; 24(14):2060-71. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1359105317713361>
 29. Ató M, López J, Benavente A. Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *An. de Psicol* [Internet]. 2013 [citado 20 abr 2020]; 29(3): 1038-59. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
 30. Demidenko E. Sample size determination for logistic regression revisited. *Stat Med* [Internet]. 2007 [citado 26 jun 2021] 26: 3385-97. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/sim.2771>
 31. MINSAL. Manual de aplicación de cuestionario F2, Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud - Gobierno de Chile; 2016 [citado 2 jul 2020]. 194 p. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/06/ENS-2016-MANUAL-ENCUESTADOR.pdf>
 32. MINSAL. Chile: Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile; 2010 [citado 20 jul 2020]. 1064 p. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
 33. World Health Organization. Global Physical Activity Questionnaire: GPAQ version 2.0. World Health Organization. [Internet]. 2009 [citado 2 jul 2020]. 23 p. Disponible en: http://www.who.int/chp/steps/resources/GPAQ_Analysis_Guide.pdf
 34. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, Don Carlos L, et al. National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations: final report. *Sleep Health* [Internet]. 2015 [citado 20 abr 2020]; 1(4): 233-43. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2014.12.010>
 35. Saunders J, Aasland O, Babor T, De la Fuente J, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction* [Internet]. 1993 [citado 20 abr 2020]; 88(6): 791-804. Disponible en: <http://www.automesure.com/library/pdf/8329970.pdf>
 36. WHO ASSIST Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction* [Internet]. 2002 [citado 20 abr 2020]; 97(9): 1183-94. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.02114.x>
 37. Carey K, Neal D, Collins S. A psychometric analysis of the self-regulation questionnaire. *Addict Behav* [Internet]. 2004 [citado 20 abr 2020]; 29: 253-60. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2003.08.001>
 38. Neff K. The Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity* [Internet]. 2003 [citado 21 jun 2020]; 2: 223-250. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/152988603909027>
 39. Araya C, Moncada L, Fauré J, Mera L, Musa G, Cerda J, et al. Adaptation and Preliminary Validation of the Self-Compassion Scale in a Chilean Context. *Revista Latinoamericana de Psicología Positiva*, [Internet]. 2017 [citado 21 jun 2020]; 3: 46-59. Disponible en: <http://psycap.cl/wp-content/uploads/2017/05/Adaptation-and-Preliminary-Validation-of-the-Self-Compassion-Scale-in-a-Chilean-Context.pdf>
 40. Concha-Cisternas Y, Guzmán-Muñoz E, Valdés-Badilla P, Lira-Cea C, Petermann F, Celis-Morales

- C. Factores de riesgo asociados a bajo nivel de actividad física y exceso de peso corporal en estudiantes universitarios. *Rev Med Chil* [Internet]. 2018 [citado 21 jun 2020]; 146(8):840-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000800840>
41. Mella-Norambuena JA, Nazar G, Sáez F, Bustos C, López-Angulo Y, Cobo R. Variables sociocognitivas y su relación con la actividad física en estudiantes universitarios chilenos. *Retos* [Internet]. 2020 [citado 21 jun 2020]; (40):76-85. Disponible en: <https://doi.org/10.47197/retos.v1i40.77921>
 42. Sánchez J, Martínez A, Nazar G, Mosso C, del-Muro L. Creencias alimentarias en estudiantes universitarios mexicanos: Una aproximación cualitativa. *Rev Chil Nutr* [Internet]. 2019 [citado 21 jun 2020]; 46(6):727-34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182019000600727>
 43. Hidalgo-Rasmussen C, Franco K, Reséndiz FD, Rojas MJ, Vilugrón F. Risk Eating Behaviors and Tobacco, Alcohol and Marijuana Consumption by Gender among Chilean University Students. *Rev Mex de Trastor Aliment* [Internet]. 2015 [citado 21 jun 2020]; 6(1):30-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.05.002>
 44. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. Primer Estudio de Drogas en Educación Superior [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio del Interior y Seguridad Pública; 2019 [citado 16 jul 2020]. 20 p. Disponible en: https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2019/05/2019_05_23_PPT_Ed_SuperiorEstudiosOK.pdf
 45. Elliston KG, Ferguson SG, Schüz N, Schüz B. Situational cues and momentary food environment predict everyday eating behavior in adults with overweight and obesity. *Health Psychol* [Internet]. 2017 [citado 21 jun 2020]; (4):337. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/hea0000439>
 46. Przepiórka A, Błachnio A, Siu NY. The relationships between self-efficacy, self-control, chronotype, procrastination and sleep problems in young adults. *Chronobiol Int* [Internet]. 2019 [citado 21 jun 2020]; 36(8):1025-35. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/07420528.2019.1607370>
 47. Haeny AM, Gueorguieva R, Morean ME, Krishnan-Sarin S, De Martini KS, Pearlson GD et al. The association of impulsivity and family history of alcohol use disorder on alcohol use and consequences. *Alcohol Clin Exp Res* [Internet]. 2020 [citado 21 jun 2020]; 44(1): 159-67. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/acer.14230>
 48. Shmueli D, Prochaska, J. Resisting tempting foods and smoking behavior: Implications from a self-control theory perspective. *Health Psychol* [Internet]. 2009 [citado 21 jun 2020]; 28: 300-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/a0013826>
 49. Gailliot M, Baumeister R. Self-regulation and sexual restraint: Dispositionally and temporarily poor self-regulatory abilities contribute to failures at restraining sexual behavior. *Pers Soc Psychol Bull* [Internet]. 2007 [citado 21 jun 2020]; 33(2): 173-186. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0146167206293472>
 50. Allan JL, McMinn D, Daly M. A bidirectional relationship between executive function and health behavior: evidence, implications, and future directions. *Front Neurosci* [Internet]. 2016 [citado 21 jun 2020]; 10(386): 1-13. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fnins.2016.00386>
 51. Dohle S, Diel K, Hofmann W. Executive functions and the self-regulation of eating behavior: A review. *Appetite* [Internet]. 2018 [citado 21 jun 2020]; 124:4-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.05.041>
 52. Jones A, Tiplady B, Houben K, Nederkoorn, C, Field M. Do daily fluctuations in inhibitory control predict alcohol consumption? An ecological momentary assessment study. *Psychopharmacology* [Internet]. 2018 [citado 21 jun 2020]; 235:1487-96. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00213-018-4860-5>
 53. Dreyfuss M, Caudle K, Drysdale AT, Johnston NE, Cohen AO, Somerville LH et al. Teens impulsively react rather than retreat from threat. *Dev Neurosci* [Internet]. 2014 [citado 21 jun 2020]; 36(3-4):220-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000357755>
 54. Homan K, Sirois F. Self-compassion and physical health: Exploring the roles of perceived stress and health-promoting behaviors. *Health Psychol* [Internet]. 2017 [citado 21 jun 2020]; 4(2): 1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2055102917729542>
 55. Hennessy EA, Johnson BT, Acabchuk RL, McCloskey K, Stewart-James J. Self-regulation mechanisms in health behavior change: a systematic meta-review of meta-analyses, 2006-2017. *Health Psychol Rev* [Internet]. 2020 [citado 21 jun 2020]; 14(1):6-42. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1679654>
 56. Sáez FM, Díaz AE, Panadero E, Bruna DV. Revisión sistemática sobre competencias de autorregulación del aprendizaje en estudiantes universitarios y programas intracurriculares para su promoción. *Form. Univ* [Internet]. 2018 [citado 21 jun 2020]; 6:83-98. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062018000600083>