



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

La perseverancia como clave de la autorregulación para prevenir la procrastinación y promover un estilo de vida saludable

Karla Lorena Elizondo Vicencio

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) i a través del Dipòsit Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) y a través del Repositorio Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service and by the UB Digital Repository (diposit.ub.edu) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Tesis doctoral

**La perseverancia como clave de la autorregulación para prevenir la
procrastinación y promover un estilo de vida saludable**

Karla Lorena Elizondo Vicencio

Directora:
Dra. Núria Codina Mata

Co-director:
Dr. Rafael Valenzuela García

Programa de Doctorado en Psicología Social y de las Organizaciones
Departamento de Psicología Social y Psicología Cuantitativa
Facultad de Psicología
Universitat de Barcelona

Barcelona, 2022

*A Lorena y Manuel,
sin ustedes nada sería posible*

*A mis abuelos,
celebren conmigo desde donde estén*

Agradecimientos

Mis más sinceros agradecimientos a la Dra. Núria Codina y al Dr. Rafael Valenzuela por guiarme en este camino, no sólo desde el ámbito académico sino también desde lo personal regalándome tantas herramientas para enfrentar la vida... siempre repetiré lo afortunada que he sido en haberlos tenido como mis mentores.

A la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo de Chile (ex CONICYT) por la financiación de esta investigación a través de su programa de becas “Doctorado Becas Chile en el extranjero” convocatoria 2017 (Folio: 72180064).

Finalmente, a lo más importante, mi familia: padres, hermanos, abuelas, amigas, pareja y sobrino, muchas gracias por su comprensión y por entregarme la fuerza necesaria para cumplir este sueño juntos.

ÍNDICE

Resumen.....	1
Abstract	4
Introducción	7
I - Marco Teórico	10
1. La procrastinación como un problema en estudiantes	
1.1. Conceptualización de la procrastinación.....	11
1.2. Procrastinación académica.....	12
1.3. ¿Por qué procrastinamos? (Motivos de la procrastinación)	13
1.4. Consecuencias de la procrastinación	14
2. La procrastinación como una falta de autorregulación	
2.1. Conceptualización de la autorregulación	16
2.2. Modelos del aprendizaje autorregulado	18
2.3. Relación entre autorregulación y procrastinación.....	22
2.4. Dimensiones de la autorregulación que responden a la procrastinación.....	23
3. Estilo de vida saludable y su relación con autorregulación y procrastinación	
3.1. Conceptualización del estilo de vida saludable	26
3.2. Dimensiones del estilo de vida saludable	27
3.2.1. Actividad Física	27
3.2.2. Hábitos alimenticios	28
3.2.3. Consumo de sustancias nocivas (alcohol y tabaco).....	29
3.3. La relación entre estilo de vida saludable y autorregulación.....	30
3.4. El estilo de vida saludable influenciado por la procrastinación.....	32
3.4.1. Conceptualización del modelo teórico procrastinación-salud.....	32
3.4.2. Otros comportamientos del estilo de vida saludable vinculados con la procrastinación.....	33
4. Objetivos de investigación	36
II – Apartado Metodológico	38
5. Hipótesis de investigación	39
6. Justificación.....	42

7. Método	
7.1.Participantes.....	44
7.2.Procedimiento	45
7.3.Instrumentos y variables	45
7.3.1. Cuestionario de variables sociodemográficas y académicas.....	46
7.3.2. Instrumentos	50
7.4. Método y diseño de investigación	59
7.5. Análisis de datos y proceso de investigación	63
8. – Resultados	65
9. Resultados descriptivos de la procrastinación	
9.1. Descriptivos y frecuencias para la procrastinación irracional	66
9.2. Descriptivos y frecuencias para la procrastinación académica.....	70
9.3. A modo de conclusión con respecto a la Procrastinación.....	77
10.Resultados descriptivos de la autorregulación	79
10.1. A modo de conclusión con respecto a la Autorregulación	82
11.Resultados descriptivos del estilo de vida.....	83
11.1. A modo de conclusión con respecto al Estilo de vida Saludable.....	90
12.Relación entre procrastinación y autorregulación	
12.1. La procrastinación con el rol de la perseverancia y los aspectos motivacionales-estratégicos de la autorregulación.....	92
12.2. Modelo de ecuaciones estructurales: procrastinación y autorregulación.....	94
12.3. Mediaciones del modelo de relación entre los factores de la autorregulación y la procrastinación.....	96
13.Relación entre autorregulación y estilo de vida saludable	
13.1. La perseverancia como elemento fundamental para autorregular el estilo de vida saludable en universitarios	103
13.2. Modelo de ecuaciones estructurales: autorregulación y estilo de vida saludable	105
13.3. Mediaciones del modelo de relación entre los factores de la autorregulación y el estilo de vida saludable	108
14.Relación entre procrastinación, autorregulación y estilo de vida saludable	
14.1. Extensión del modelo procrastinación-salud a partir de la autorregulación y los comportamientos asociados al estilo de vida saludable	110
14.2. Modelo de ecuaciones estructurales: para la extensión del modelo procrastinación-salud.....	111
14.3. Mediaciones del modelo de relación entre procrastinación, autorregulación y estilo de vida saludable	115

15.– Discusión y Conclusiones.....	120
16. Discusión.....	121
16.1. Relación procrastinación y autorregulación	125
16.2. Relación autorregulación y estilo de vida saludable	123
16.3. Relación procrastinación, autorregulación y estilo de vida saludable	130
16.4. Limitaciones del trabajo.....	134
16.5. Implicaciones del trabajo y futuras líneas de investigación	137
17.Conclusiones	139
Referencias	142
Anexos.....	152

Resumen

La procrastinación se entiende como el no cumplir o completar las actividades programadas, lo cual suele acarrear consecuencias adversas de carácter psicológico y físico que pueden perjudicar el bienestar de las personas. Desde el ámbito académico, se ha determinado que aproximadamente el 80% de los universitarios procrastina en diversos aspectos de su vida (Steel y Ferrari, 2013).

Existen evidencias de que la procrastinación puede deberse a un fallo en los procesos de autorregulación, los cuales incluyen disposiciones personales estables como la perseverancia y estrategias de autorregulación conscientes como el establecimiento de metas, el aprendizaje de errores y la toma de decisiones que se reflejan (positiva o negativamente) en aspectos cognitivos, meta-cognitivos y motivacionales.

Esta falla en los procesos de autorregulación, a su vez, se ha relacionado con la práctica de comportamientos no beneficiosos para la salud o la ausencia de un estilo de vida saludable. Esto se ve reflejado particularmente en jóvenes con una escasa práctica de actividad física, hábitos alimenticios no saludables, mala calidad de sueño o descanso y consumo de sustancias nocivas.

Esta investigación busca conocer la relación entre la procrastinación, la autorregulación y el estilo de vida saludable mediante: identificar la medida y los modos en que se relaciona la procrastinación con las dimensiones de la autorregulación (cognitivo-motivacional, estratégica y personal); conocer cómo influyen las dimensiones de la autorregulación en los comportamientos asociados al estilo de vida saludable; finalmente identificar la relación entre procrastinación, autorregulación y estilo de vida saludable, mediante la extensión del modelo teórico procrastinación-salud (Sirois et al., 2003).

Método: Participaron 501 universitarios (70.3% mujeres y 29.7% hombres) con una edad promedio de 20.76 años (DT = 2.86) quienes además de responder a las preguntas sociodemográficas, contestaron cuatro instrumentos de medida traducidos y/o adaptados al español. Estos datos obtenidos se examinaron a través del análisis factorial (exploratorio-confirmatorio) para luego crear modelos de ecuaciones estructurales siguiendo la propuesta de teorías hipotéticas, estos modelos se sometieron a prueba y se estimó su veracidad contemplando máxima verosimilitud en las relaciones propuestas.

Resultados: Los resultados evidencian que la perseverancia —como elemento de disposición personal de la autorregulación—, medió la relación entre: la toma de decisiones y la procrastinación, el establecimiento de metas y la procrastinación y el aprendizaje de errores y la procrastinación. Finalmente, los factores establecimiento de metas y aprendizaje de los errores, al actuar simultáneamente, influyeron de manera significativa en la toma de decisiones y en el aspecto de disposición personal (perseverancia).

A su vez, el factor de disposición personal (perseverancia), medió la relación entre los factores aprendizaje de los errores, establecimiento de metas y toma de decisiones, con el estilo de vida saludable.

Finalmente, la relación entre procrastinación, autorregulación y estilo de vida saludable fue significativa; se determinó que la autorregulación ejercía un rol mediador entre la procrastinación y los comportamientos asociados al estilo de vida saludable. Además, se observó que la procrastinación (sin la intervención en la autorregulación) influía directamente en el consumo de sustancias nocivas y en una peor calidad de sueño. También fue significativa la relación cuando la variable cuidado médico (utilizada como factor conductual de autocuidado) medió la relación entre la procrastinación y los comportamientos: práctica de actividad física y hábitos alimenticios, que pertenecen al constructo estilo de vida saludable.

Discusión: Los modelos teóricos hipotéticos de esta investigación han mostrado que mediante la autorregulación —y en particular a través de la perseverancia—, se disminuye la procrastinación y se fomentan conductas que promueven el estilo de vida saludable. Asimismo, nuestro estudio pone de manifiesto que los factores motivacionales (aprendizaje de errores y establecimiento de metas) y estratégicos (toma de decisiones) de la autorregulación, a través del aspecto volitivo, influyen en decantarse por un comportamiento que promueva o perjudique el estilo de vida saludable.

Finalmente, esta investigación revela que el aumento de las herramientas conscientes de la autorregulación promueve la práctica de comportamientos que favorecen la salud y el estilo de vida saludable; es decir, a mayor autorregulación los estudiantes tienen menos comportamientos desadaptativos como la procrastinación y comportamientos que perjudican la salud.

Conclusiones: La investigación que relacionó la procrastinación, autorregulación estilo de vida saludable en el contexto universitario determinó que los estudiantes se consideran a sí mismos como procrastinadores, siendo maximizado este comportamiento cuando deben enfrentarse a tareas como mantenerse al día con lecturas académicas y estudiar para los exámenes. Al mismo tiempo se autorreportan como no saludables en su práctica de actividad física y saludables en sus hábitos alimenticios. No obstante, y curiosamente, la mayoría de los universitarios calificaron como bastante autorregulados, específicamente en los factores de perseverancia y aprendizaje de errores.

En lo que respecta a los modelos teóricos hipotéticos se concluye que la influencia de los factores motivacionales y estratégicos de la autorregulación influyen en la procrastinación y en el estilo de vida saludable a través de la perseverancia (disposición personal) y este último, a su vez, parece tener un rol importante y significativo para inhibir conductas desadaptativas como la procrastinación y comportamientos que perjudican el estilo de vida saludable. Esto último sugiere potenciar herramientas de autorregulación, en específico las asociadas a disposiciones personales estables como la perseverancia para afrontar y disminuir la procrastinación, con ello fomentar comportamientos que promuevan un estilo de vida saludable.

Finalmente, los resultados de este trabajo pueden ser la base de futuras investigaciones en las que se trabajen con muestras más amplias y plurales de manera que reafirmen los resultados obtenidos y puedan fundamentar con más solidez pautas de intervención para intervenir en el ámbito de los fenómenos de la procrastinación y los comportamientos que perjudican el estilo de vida saludable.

Abstract

Procrastination is understood as not fulfilling or completing scheduled activities, which usually leads to adverse psychological and physical consequences that can harm people's well-being. From the academic field, it has been determined that approximately 80% of university students procrastinate in various aspects of their lives (Steel y Ferrari, 2013).

There is evidence that procrastination may be due to a failure of self-regulation processes, which include stable personal dispositions such as perseverance and conscious self-regulation strategies such as goal setting, learning from mistakes, and decision making that reflect (positively or negatively) in cognitive, meta-cognitive and motivational aspects.

This failure in self-regulation processes, in turn, has been related to the practice of behaviors that are not beneficial to health or the absence of a healthy lifestyle. This is reflected particularly in young people with little practice of physical activity, unhealthy eating habits, poor quality of sleep or rest, and consumption of harmful substances.

This research seeks to understand the relationship between procrastination, self-regulation and a healthy lifestyle by: identifying the extent and ways in which procrastination is related to the dimensions of self-regulation (cognitive-motivational, strategic and personal); know how the dimensions of self-regulation influence behaviors associated with a healthy lifestyle; finally identify the relationship between procrastination, self-regulation and healthy lifestyle, by extending the procrastination-health theoretical model (Sirois et al., 2003).

Method: 501 university students participated (70.3% women and 29.7% men) with an average age of 20.76 years (SD = 2.86) who, in addition to answering the sociodemographic questions, answered four measurement instruments translated and/or adapted to Spanish. These data obtained were examined through factorial analysis (exploratory-confirmatory) to then create models of structural equations following the proposal of hypothetical theories, these models were tested, and their veracity was estimated considering maximum likelihood in the proposed relationships. The data obtained were examined through factor analysis (exploratory-confirmatory) to then create models of structural equations following the proposal of hypothetical theories, these models were tested, and their veracity was estimated considering maximum likelihood in the proposed relationships.

Results: The results show that perseverance —as an element of personal disposition of self-regulation— mediated the relationship between: decision making and procrastination, goal setting and procrastination, and learning from mistakes and procrastination. Finally, the factors setting goals and learning from mistakes, acting simultaneously, significantly influenced decision-making and the aspect of personal disposition (perseverance).

In turn, the factor of personal disposition (perseverance), mediated the relationship between the factors of learning from mistakes, goal setting and decision making, with a healthy lifestyle.

Finally, the relationship between procrastination, self-regulation and healthy lifestyle was significant; it was determined that self-regulation played a mediating role between procrastination and behaviors associated with a healthy lifestyle. In addition, it was observed that procrastination (without the intervention in self-regulation) directly influenced the consumption of harmful substances and a worse quality of sleep. The relationship was also significant when the medical care variable (used as a behavioral self-care factor) measured the relationship between procrastination and behaviors: physical activity practice and eating habits, which belong to the healthy lifestyle construct.

Discussion: The hypothetical theoretical models of this research have shown that through self-regulation, and through perseverance, procrastination is reduced and behaviors that promote a healthy lifestyle are encouraged. Likewise, our study shows that the motivational (learning from mistakes and goal setting) and strategic (decision-making) factors of self-regulation, through the volitional aspect, influence choosing a behavior that promotes or harms the style of self-regulation. Healthy life.

Finally, this research reveals that the increase in conscious self-regulation tools promotes the practice of behaviors that promote health and a healthy lifestyle; that is, the higher the self-regulation, the students have fewer maladaptive behaviors such as procrastination and behaviors that harm health.

Conclusions: The research that related procrastination, self-regulation and healthy lifestyle in the university context determined that students consider themselves as procrastinators, this behavior being maximized when they must face tasks such as keeping up with academic readings and studying for exams. At the same time, they are self-reported as unhealthy in their practice of physical activity and healthy in their eating habits. However, and curiously, most of the university students qualified as quite self-

regulated, specifically in the factors of perseverance and learning from errors.

Regarding the hypothetical theoretical models, it is concluded that the influence of motivational and strategic factors of self-regulation influence procrastination and healthy lifestyle through perseverance (personal disposition) and the latter, in turn, seems to have an important and significant role in inhibiting maladaptive behaviors such as procrastination and behaviors that impair a healthy lifestyle. The latter suggests promoting self-regulation tools, specifically those associated with stable personal dispositions such as perseverance to face and reduce procrastination, thereby encouraging behaviors that promote a healthy lifestyle.

Finally, the results of this work can be the basis for future research that works with larger and more plural samples in a way that reaffirms the results obtained and can more solidly support intervention guidelines to intervene in the field of the phenomena of procrastination and behaviors that harm a healthy lifestyle

Introducción

La procrastinación, definida como el posponer lo que se debe realizar a sabiendo que ello traerá consecuencias negativas (Steel, 2007), junto con los comportamientos que perjudican el estilo de vida saludable de las personas, parecen ser conductas desadaptativas que aumentan y predominan en la etapa universitaria. La comunidad científica contempla diversos motivos por los cuales los estudiantes procrastinan, existiendo un cierto consenso en determinar que la autorregulación influye de manera significativa en disminuir la procrastinación (Wolters et al., 2005) y en la promoción de comportamientos asociados al estilo de vida saludable (Clark y Zimmerman, 1990).

Aunque se tienen antecedentes de la relación procrastinación-autorregulación y estilo de vida saludable-autorregulación, no se ha profundizado en la medida y los modos en que los factores de la autorregulación (motivacionales, estratégicos y personales) influyen en la procrastinación y en el estilo de vida saludable; así como tampoco se ha considerado y profundizado en la relación conjunta entre procrastinación, autorregulación y estilo de vida saludable.

A partir de lo anterior, esta investigación pretende profundizar en el análisis de la relación de los constructos: procrastinación, autorregulación y estilo de vida saludable sometiendo a prueba la medida y los modos en que las variables se relacionan mediante la confección y propuesta de modelos de ecuaciones estructurales hipotéticos (Byrne, 2010). Además, para precisar la unión de las tres variables, se propone un modelo teórico que incorpora la procrastinación, la autorregulación y el estilo de vida saludable como elementos que contrarrestan o contribuyen al bienestar de los estudiantes, según fundamentos teóricos y empíricos previamente reportados.

En lo que respecta a la procrastinación, la comunidad científica coincide en que se trata de la acción problemática de posponer (Ferrari et al., 1995; Steel, 2011) que afecta aproximadamente al 80% de los universitarios (Steel y Ferrari, 2013). Este comportamiento arrastra consecuencias negativas que pueden afectar el bienestar de las personas en diversos ámbitos, desde la salud mental (por ejemplo: Rice et al., 2012; Flett et al., 2016) hasta la salud física (por ejemplo: Tice y Baumeister, 1997; Sirois et al., 2003) teniendo como causa principal una falla en los procesos de autorregulación (Pychyl y Flett, 2012; Rozental y Carlbring, 2014).

Por su parte, la autorregulación se entiende como un factor que amplía el desarrollo psicológico saludable de las personas (Deci y Ryan, 1991; Ryan y Deci, 2000) mediante el control consciente de aspectos cognitivos, metacognitivos y volitivos (Balkis y Duru, 2009; Pintrich, 2000; Wolters, 2003); este factor se basa en procesos de retroalimentación que cada persona realiza sobre sus propios objetivos (Pintrich, 2000; Zimmerman, 2000) y se cree que interfiere en el bienestar de las personas a través del estilo de vida saludable. A partir de esto se han propuesto y ejecutado intervenciones que promueven el estilo de vida saludable fundamentado en disposiciones personales estables, como la perseverancia, y en estrategias de autorregulación conscientes, como el establecimiento de metas, el aprendizaje de errores y la toma de decisiones (Garzón-Umerenkova y Gil-Flores, 2017b).

El estilo de vida ha sido conceptualizado como un patrón de actividades o conductas que las personas adquieren como hábito, influenciados por aspectos psicosociales como las relaciones y/o el contexto social (WHO, 1986; Abel, 1991), contempla comportamientos beneficiosos para la salud como la práctica de actividad física, la alimentación saludable y el descanso, así como las conductas que disminuyen el bienestar como el consumo de sustancias nocivas, el sedentarismo, la mala alimentación y el descanso deficiente. La comunidad científica ha investigado que los universitarios pueden ver afectada su salud física debido a comportamientos desadaptativos como la procrastinación y en particular se ha estudiado la aparición de enfermedades autoinformadas (Tice y Baumeister, 1997) bajo el lente conceptual del modelo teórico procrastinación-salud (Sirois et al., 2003), esto responde a la hipótesis de que la procrastinación afectaría la salud física de los universitarios.

Según lo expuesto hasta aquí, los tres constructos (procrastinación, autorregulación y estilo de vida saludable) están interrelacionados ya que la buena o mala práctica de estos contribuye y/o perjudica directamente en el bienestar de las personas. Sin embargo, se dispone de escaso conocimiento respecto a los modos y medidas en que las estrategias de autorregulación conscientes (aprendizaje de los errores, establecimiento de metas, toma de decisiones) y disposiciones personales, como la perseverancia, influyen – a su vez- en la procrastinación (irracional y académica) y en las dimensiones del estilo de vida saludable (actividad física, hábitos alimenticios, consumo de sustancias nocivas y sueño). Al mismo tiempo y con el objetivo de aportar conocimiento alrededor del fenómeno de la procrastinación la presente investigación se basa en los siguientes objetivos generales y complementarios: 1) descubrir la medida y los modos en que se relaciona la procrastinación y la autorregulación; 2) conocer cómo influye la autorregulación en las dimensiones del estilo de vida saludables y, por último, 3) identificar la relación entre procrastinación, autorregulación y estilo de vida saludable.

Capítulo I

Marco Teórico

1. La procrastinación como un problema en estudiantes

1.1. Conceptualización de la procrastinación

Numerosas aportaciones científicas han determinado que la procrastinación ha existido siempre e incluso parece haberse desarrollado en paralelo a la civilización humana (Knaus, 2000). El fenómeno de la procrastinación ha sido definido como el retraso de una acción prevista, de manera voluntaria, aun sabiendo que aquello traerá consecuencias negativas (Steel, 2007); aunque también se ha precisado y considerado como una acción irracional, determinando que las personas procrastinan sin ninguna razón aparente y generalmente no se autoinforman como procrastinadores (Burka y Yuen, 1983; Ferrari et al., 1995).

Otras investigaciones han precisado que la procrastinación, al ser un comportamiento irracional, se trataría de una secuencia de conductas de aplazamiento, optando por hacer otra cosa y no lo programado, que culminan en un estado de alteración emocional en la persona (Milgram, 1991) argumentando que la procrastinación no es sinónimo de no hacer nada o la simple vagancia (Schouwenburg, 2004), sino que de posponer, por ende, la tarea/actividad programada se puede realizar, pero el desempeño de esta puede no ser el esperado y por tanto se reduce la calidad del rendimiento (Tice y Baumeister, 1997).

Finalmente, diversos estudios científicos han debatido y consensuado empero que la procrastinación se trata de una falta o falla en los procesos de autorregulación (Steel y Ferrari, 2013; Balkis y Duru, 2009; Knaus, 2002; Wolters, 2003; Pychyl y Flett, 2012; Rozental y Carlbring, 2014) argumentando que la persona procrastinadora, no posee el control de sus propias acciones y por ello prefiere aplazar sus deberes realizando otras actividades (Baumeister et al., 1994), aun sabiendo que este aplazamiento arrastrará consecuencias adversas en ámbitos como psicológico e inclusive físico (Lay, 1986; Steel, 2007; Sirois y Pychyl, 2016).

1.2. Procrastinación académica

La procrastinación ha sido investigada en diversos contextos (personal, laboral, deportivo, entre otros) y se ha profundizado en mayor medida en el ámbito académico, particularmente se han generado más investigaciones con estudiantes que con otras poblaciones; esto ha reportado un alto índice de procrastinación en la etapa académica. Como antecedentes se ha estimado que el 95% de los estudiantes, en 1977, aplazaba la realización de sus tareas académicas hasta el punto de experimentar ansiedad (Ellis y Knaus, 1977), cifra que continúa siendo elevada puesto que recientemente se informó que el 80% de los estudiantes procrastina en su formación académica y que el 45% de ellos considera este comportamiento como problemático (Steel y Ferrari, 2013).

La procrastinación académica ha sido definida como la tendencia de siempre o casi siempre posponer los deberes que se le asignan a los estudiantes (Steel, 2007) y este comportamiento incorpora el sentimiento de siempre o casi siempre experimentar ansiedad (Rothblum et al., 1986) precisando que la procrastinación académica no implica la no finalización de la tarea, sino más bien, la experiencia de posponer irracionalmente. Investigaciones concluyen que generalmente la tarea se completa, aunque el trabajo es ejecutado tarde y/o bajo condiciones de elevado estrés (Furlan et al., 2012). Además, la comunidad científica ha reportado que la procrastinación académica puede ser un factor influyente en la personalidad y el bienestar psicológico de los jóvenes (Steel, 2011), ya que se cree que este comportamiento problemático posiblemente se transforme en un impedimento para el correcto afrontamiento de los retos académico.

Finalmente, en lo que respecta al perfil del estudiante procrastinador, este se caracteriza por comenzar a estudiar más tarde de lo óptimo y espera hasta el último minuto para desarrollar sus deberes académicos (Milgram et al., 1993; Álvarez, 2010) también se cree que los estudiantes posponen de manera irracional y aseguran que se distraen fácilmente con otras actividades que no tienen relación directa con lo académico aun sabiendo que esto puede causar mayor estrés o ser perjudicial para su salud (Sirois et al., 2003). Diversos estudios coinciden en que las actividades más tentativas para que los estudiantes pospongan son las actividades sociales y/o recreativas como dormir, ver televisión y pasarse horas navegando por las redes sociales (Pychyl et al., 2000; Steel, 2011; Klingsieck et al., 2013).

1.3. ¿Por qué procrastinamos? (Motivos de la procrastinación)

Conocer cuales son los principales motivos que ocasionan la procrastinación ha sido materia de investigación por años; llegando a la conclusión que no existe una única causa que conlleva a procrastinar, sino más bien es la presencia de diversos factores los que repercuten en que la persona procrastine (Steel, 2011).

A partir de esto, se ha determinado que aparentemente los motivos para procrastinar podrían estar asociados a aspectos de la motivación y el contexto, influyendo como principales causas de procrastinación motivos como la ineficiencia gestión del tiempo (Solomon y Rothblum, 1984; Garzón-Umerenkova y Gil-Flores, 2017b), baja responsabilidad consigo mismo (Solomon y Rothblum, 1984), expectativas poco realistas (Ferrari, 1992; McCown et al., 1987; Solomon y Rothblum, 1984; Garzón- Umerenkova y Gil-Flores, 2017b), dificultad de concentración o fácil distracción (Solomon y Rothblum, 1984; Garzón-Umerenkova y Gil-Flores, 2017b), atribuciones cognitivas inadecuadas (Solomon y Rothblum, 1984), perfeccionismo (Solomon y Rothblum, 1984; Garzón-Umerenkova y Gil-Flores, 2017b; Balkis y Duru, 2009), ansiedad y miedo al fracaso (Burka y Yuen, 1983, Solomon y Rothblum, 1984; Garzón-Umerenkova y Gil-Flores, 2017b; Balkis y Duru, 2009, Brownlow y Reasinger, 2000), falta de motivación (Balkis y Duru, 2009; Steel y Klingsieck, 2016), habilidades deficientes para organizar el trabajo (Balkis y Duru, 2009), baja autoconfianza (Balkis y Duru, 2009), falta de agrado o aversión a la tarea (Ferrari, 1991; Steel, 2007; Steel y Klingsieck, 2016) y dificultad percibida (Brownlow y Reasinger, 2000; Solomon y Rothblum, 1984; Milgram, 1991).

Además, la comunidad científica ha propuesto motivos para procrastinar vinculados al aspecto de disposición personal como la impulsividad, poca meticulosidad, bajo autocontrol, gran propensión a la distracción, pereza y deficiente organización del tiempo, resultan ser motivos reiterados de la procrastinación (Burka y Yuen, 1983; Solomon y Rothblum, 1984; Steel, 2007) así como también la escasa confianza en sí mismos, que se evidencia cuando se cree que la tarea a realizar es demasiado compleja, por ende, se procrastina (Steel, 2011).

1.4. Consecuencias de la procrastinación

La procrastinación arrastra consecuencias negativas, indeseables y generalmente problemáticas que no afectan solo a la persona que procrastina, sino que también influye de manera adversa en la comunidad (Steel y Ferrari, 2013), investigaciones recientes aseguran que inclusive podría afectar en las políticas públicas de una nación (Lynch y Zauberman, 2006; Thaler y Sunstein, 2008).

Estas consecuencias negativas ocasionadas por la procrastinación, pueden afectar a la persona en diferentes ámbitos de su vida, como laboral, académico y personal (por ejemplo: evitar citas al médico, no acudir al gimnasio, realizar mantenciones al coche, etc.). Por este motivo, se ha reportado como beneficioso intervenir aspectos cognitivos, meta-cognitivos, conductuales y volitivos, ya que con esto aparentemente se previene o disminuye la procrastinación (Pintrich y De Groot, 1990; Grunschel y Schopenhauer, 2015; Saele et al., 2017).

En cuanto al malestar que puede ocasionar en la persona, se ha reportado que puede afectar tanto en lo psicológico como en lo físico (Rice et al., 2012; Sirois y Pychyl, 2016). Desde el ámbito psicológico se ha observado la presencia de neuroticismo (Beswick et al., 1988; Johnson y Bloom, 1995; Schouwenburg y Lay, 1995), estrés mental, mayor ansiedad, débil autoestima (Ferrari, 1991), ira, vergüenza, insatisfacción, tristeza, sentirse presionado, sentimientos de culpabilidad e incomodidad (Grunschel et al., 2013; Pychyl et al., 2000; Steel y Klingsieck, 2016), angustia personal y disminución del bienestar (Stead et al., 2010; Kim y Seo, 2015; Krause y Freund, 2014; Sirois y Pychyl, 2013; Steel y Ferrari, 2013). Incluso, se cree que estas afecciones psicológicas pueden generar depresión (Saddler y Sacks, 1993), interferir con las metas de la vida, afectar las relaciones sociales y afectar en la estabilidad financiera (Grunschel et al., 2013; Partzek et al., 2012).

Desde el contexto académico, se concluye que la procrastinación actúa en contra del buen aprendizaje y desempeño académico de los estudiantes, además de suponer un rendimiento académico insuficiente, asociado a obtener bajas calificaciones (Clariana et al., 2012; Wang y Englander, 2010; Beswick et al., 1988; Friezche et al., 2003; Tuckman, 2002; Ferrari et al., 1995; Tice y Baumeister, 1997). Del mismo modo, se cree que incrementa los sentimientos de debilidad e ineficacia (Haycock et al., 1998; Surowiecki, 2010), genera un nivel bajo de consciencia como factor de personalidad (Steel, 2007), se tiende a ser más impulsivo, particularmente, siendo impuntuales y disminuyendo el nivel de responsabilidad (Schouwenburg y Lay, 1995; Steel y Ferrari, 2013; Johnson y Bloom, 1995). Es por esto, que se cree que el estudiante procrastinador, normalmente presentan dificultad a la hora de seguir instrucciones (Lay, 1986; Rothblum et al., 1986).

Respecto a las consecuencias en el aspecto físico y su relación con las afecciones a la salud, se ha determinado que la procrastinación, aparentemente genera mala salud en estudiantes, ya que estos, autoinforman mayor síntoma de enfermedad cuando procrastinan al final del curso académico, debido a que se encuentran en un periodo de alto estrés; en comparación al bajo nivel de enfermedad cuando comienza el periodo académico (Tice y Baumeister, 1997). Además, recientemente, la comunidad científica concluyó que la procrastinación, posiblemente puede generar problemas relacionados con el sueño, agotamiento, cansancio e incluso llegar a la enfermedad, por tanto puede poner en peligro la salud física (Van Eerde, 2003; Sirois, 2004; Sirois y Pychyl, 2016).

2. La procrastinación como una falta de autorregulación

2.1. Conceptualización de la autorregulación

La autorregulación proviene de la teoría de la autodeterminación (macro-teoría de la motivación humana) y es considerado un elemento de la psicología (Swann y Bosson, 2010) a partir de las diferentes formas de representación mental del yo coinciden con la idea sobre uno mismo de la que se tiene conciencia en un momento determinado. La autorregulación estudia las condiciones que facilitan el contexto social, versus las que entorpecen los procesos naturales de la automotivación y el desarrollo psicológico saludable (Ryan et al., 1997; Stover et al., 2017).

Uno de los factores investigados, que amplía el desarrollo psicológico saludable, es la autorregulación (Deci y Ryan, 1991; Ryan y Deci, 2000) la cual se define como un proceso que analiza pensamientos autogenerados, emociones y acciones que están planificadas y adaptadas cíclicamente con el objetivo de alcanzar metas personales (Zimmerman, 2000), es decir, regulan su conducta utilizando la capacidad para planificar, supervisar y dirigir su propio comportamiento (De la Fuente et al., 2014). Además, para lograr esta regulación de la conducta, las personas contemplan valores personales y automotivaciones, los cuales internalizan e integran valores sociales y contingencias extrínsecas (Ryan y Deci, 2000).

Esta internalización de la regulación de la conducta en las personas potencia la autonomía y el fortalecimiento de las competencias en aspectos tales como: afectividad comportamental, mayor resistencia volitiva al momento de desarrollar las acciones, aumento del bienestar subjetivo y contribución al desarrollo social de la persona en un grupo (Ryan y Frederick, 1997), así como también se asocia a aquellas facetas del yo en las que se requiere una introspección especial para poder conocerlas, ya que no se es consciente y puede afectar profundamente la vida de las personas (Swann y Bosson, 2010).

Esta contribución al bienestar de los individuos se ha considerado beneficiosa, ya que las personas autorreguladas se observan como más felices, con menos estrés, logran tener mejores relaciones cercanas, son más confiables y disfrutan de una mejor salud, tanto mental y física (Wolters et al., 2005). Destacando que esta contribución se observa en todas las etapas del desarrollo humano, aunque principalmente en la adolescencia ya que en este periodo se incorporan nuevos aprendizajes de comportamiento (Papalia et al., 2009).

La autorregulación ha sido primordialmente investigada desde el ámbito académico, a través del aprendizaje autorregulado definido como el grado en que los estudiantes son participantes activos de manera metacognitiva, motivacional y conductual de su propio proceso de aprendizaje (Pintrich, 2000; Wolters et al., 2005; Zimmerman, 2008), lo que facilita el proceso para alcanzar objetivos en base a la programación de tareas (Zimmerman, 2000).

A partir de esto se postula que el aprendizaje autorregulado es activo y constructivo, ya que los estudiantes establecen metas en base a su aprendizaje y comportamiento, guiado y limitado por sus objetivos y por el contexto ambiental (Pintrich, 2000). Es decir, los alumnos autorregulados planifican y establecen sus propias metas, controlan y evalúan su rendimiento, lo que generaría creencias automotivacionales adaptativas (Pintrich y De Groot, 1990).

2.2. Modelos del aprendizaje autorregulado

De la investigación del aprendizaje autorregulado surgen dos modelos teóricos: uno que lo defiende como un proceso de etapas lineales (Pintrich, 2000) y otro como un proceso de etapas cíclicas (Zimmerman, 2000).

En lo que respecta al modelo de etapas (ver Tabla 1), que se desarrolla de forma lineal (Pintrich, 2000), se postula que la persona recorre cuatro etapas para incorporar la autorregulación a su proceso de aprendizaje, estas cuatro etapas contemplan áreas de cognición, motivación-afectiva, conducta y contexto. Este modelo lineal busca que la persona sea un participante activo y constructivo de su propio proceso de aprendizaje, es decir, pueda monitorear, controlar y regular potencialmente ciertos aspectos de su propia cognición, motivación y comportamiento. Para lograr este protagonismo, en el proceso, es fundamental que se impliquen aspectos motivacionales y cognitivos del aprendizaje autorregulado, visualizando la meta (objetivo) que se quiere alcanzar, esto actúa como referencia al momento de evaluar si el proceso debe continuar sin modificaciones o es necesario incorporar cambios.

Tabla 1

Modelo de cuatro fases y áreas de autorregulación de Pintrich

Fases	Áreas para regular			
	Cognitiva	Motivacional-afectiva	Conductual	Contextual
1. Preparación, Planificación y activación	<ul style="list-style-type: none"> - Establecimiento de objetivos - Activación del conocimiento previo - Activación del conocimiento metacognitivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Adopción de orientación a objetivos - Juicio de autoeficacia - Activación del interés personal (afectos-emociones) - Percepción del valor de la tarea 	<ul style="list-style-type: none"> - Planificación de tiempo y esfuerzo - Planificación de auto observaciones de comportamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Percepciones de la tarea - Percepciones del contexto
2. Auto-Observación /Monitoreo	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento, metacognitivo y monitoreo de la cognición 	<ul style="list-style-type: none"> - Controlar y regular la motivación - Auto-observación de la motivación 	<ul style="list-style-type: none"> - Conciencia y monitoreo del esfuerzo, uso del tiempo y necesidad de ayuda - Auto observación del comportamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Auto-observar condiciones de la tarea y del contexto
3. Control / Regulación	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades cognitivas y metacognitivas para adaptarse y cambiar 	<ul style="list-style-type: none"> - Selección y adaptación de estrategias para gestionar la motivación y el afecto 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar – disminuir el esfuerzo - Persistir - rendirse - Comportamiento de búsqueda de ayuda 	<ul style="list-style-type: none"> - Cambiar o renegociar tarea - Cambiar o mantener el contexto

4. Evaluación / Reacción y reflexión	- Juicios y autoevaluación del desempeño - Atribuciones adaptativas para su desempeño	- Reacciones afectivas - Atribuciones para el resultado	- Elección del comportamiento	- Evaluación de la tarea y del contexto
---	--	---	----------------------------------	--

Fuente: Traducido y adaptado de Pintrich, 2000, p. 454.

En cuanto al modelo de etapas cíclicas (Zimmerman, 2000) se cree que contempla procesos autodirectivos y creencias propias de los estudiantes, que permite transformar sus habilidades mentales para alcanzar los objetivos propuestos. Este modelo contempla tres etapas, que se desarrollan de manera cíclica (ver Figura 1), las cuales se entrelazan con los procesos cognitivos relevantes en el aprendizaje (por ejemplo: percepción, atención, memoria, inteligencia, pensamiento y lenguaje) (Jaramillo y Puga, 2016).

En la primera etapa (planificación) se analiza la tarea a ejecutar y comienza con un proceso de auto-motivación, es decir, otorgarle significado (por ejemplo: mientras más valor se otorgue a una tarea, mayor será la motivación). En la segunda etapa (ejecución), los procesos cognitivos activos se asocian con la auto-observación necesaria para completar la tarea, el autocontrol se utiliza para mantener la atención y el interés durante la realización de la tarea. Finalmente, la tercera etapa (auto-reflexión) corresponde a la autoevaluación, importante para las cogniciones y la futura construcción de una autoeficacia alta en el estudiante, se cree que de esta fase dependerá la motivación para futuras ejecuciones en tareas con las mismas o similares características.

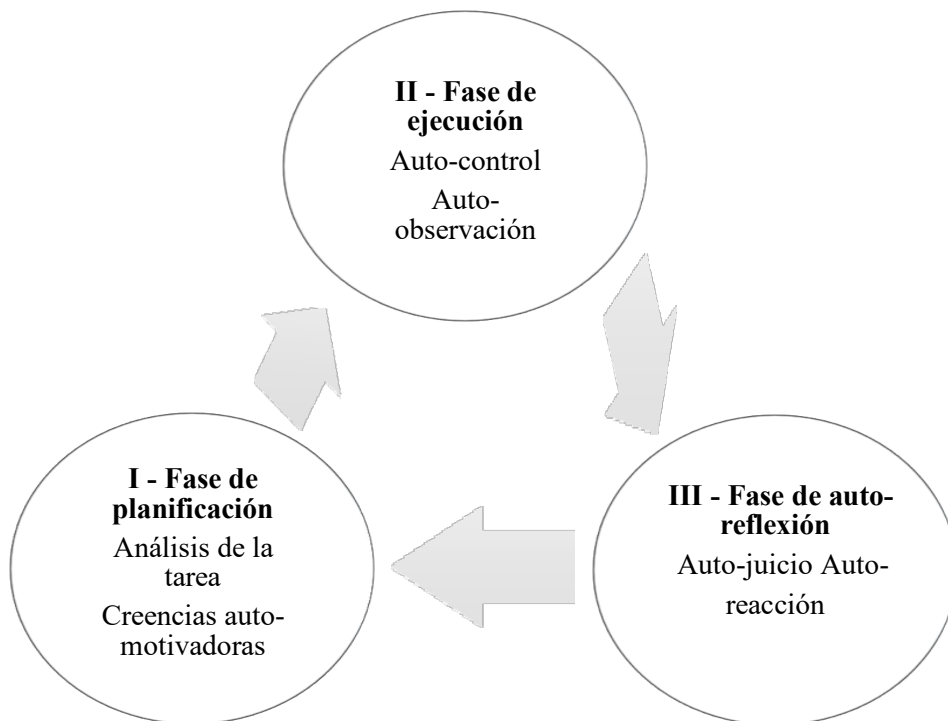


Figura 1: Modelo cíclico de autorregulación
(Fuente: Traducido y adaptado de Zimmerman et al., 1996, p.11)

2.3. La relación entre autorregulación y procrastinación

La procrastinación ha sido definida como una falta o falla en los procesos de autorregulación, por tanto, significa un problema y altera el bienestar de las personas y la sociedad (Ferrari, 2010; Ferrari y Tice, 2000), además se cree que la procrastinación se trata de una falla en la autorregulación, pero dentro de una clase más grande problemas de autorregulación (Sirois y Pychyl, 2013) es decir, se cree que la falla en los procesos de autorregulación se vincula a la desalineación de intenciones y comportamientos (Van Eerde, 2000; Steel, 2007).

Este problema de autorregulación supone que la persona no posee el control consciente sobre su propio comportamiento (Balkis y Duru, 2009; Pychyl y Flett, 2012; Steel y Ferrari, 2013; Garzón-Umerenkova y Gil-Flores, 2017b), afectando a gran parte de la población que asegura fallar en autorregular sus estados internos, pensamientos y emociones. Esto se transforma en un obstáculo y se ve reflejado en el impedimento para alcanzar los objetivos propuestos (Giguère et al., 2015).

A partir de esto, la comunidad científica reporta que la autorregulación predice la procrastinación (Garzón-Umerenkova et al., 2018), es decir, mientras más autorregulado sea un estudiante, posiblemente los niveles de procrastinación sean menores (Wolters et al., 2005). Así como también se cree que los estudiantes que incrementan sus estrategias de autorregulación presentan menos niveles de procrastinación posteriormente, y que esto influye directa y positivamente en su rendimiento académico (Grunschel et al., 2016). En conclusión, las personas con mayor habilidad de autorregulación aparentemente facilitan su propio bienestar (Kadzikowska, 2018).

No obstante, el bienestar puede ir en desmedro cuando la procrastinación se practica como estrategia de afrontamiento para evitar ciertas emociones, por ejemplo, cuando se procrastinan tareas aversivas con tal de no conducir a emociones negativas. Se cree entonces, que la autorregulación evoca emociones que pueden conducir a la reparación del estado de ánimo, lo cual ayuda o perjudica el alcanzar los objetivos propuestos; es decir, la relación entre procrastinación y autorregulación podría estar fundamentada en la emoción interna par regular la propia afección negativa que se genera antes de procrastinar (Sirois y Pychyl, 2016).

Desde esta regulación de las emociones se ha investigado que los estados de ánimo y los sentimientos disminuyen el fracaso de la autorregulación (Sirois y Pychyl, 2013), entonces, se necesita de estos elementos para trabajar y persistir en una tarea difícil, ya que con ello se inhiben los impulsos por realizar otra cosa (Tice y Bratslavsky, 2000; Sirois y Pychyl, 2016). Además, se cree que las emociones positivas adaptativas, a corto plazo, tienen el potencial de motivar comportamientos dirigidos a fomentar procesos volitivos y alcanzar los objetivos propuestos (Skinner et al., 2003).

2.4. Dimensiones de la autorregulación que responden a la procrastinación

La comunidad científica se ha basado en al menos dos dimensiones para postular que la autorregulación influye sobre la conducta y las emociones (Kuhl, 1987; Ryan y Deci, 2017; Zimmerman, 1998). Una primera dimensión se denomina cognitivo-motivacional, la cual está asociada a la personalidad ya que postula que las emociones son significativas cuando la persona construye objetivos e intenciones o también cuando evalúa resultados conductuales. A partir de esto se cree que la persona procrastinadora tiende a elegir los beneficios a corto plazo sobre las ganancias a largo plazo (Wilson y Nguyen, 2012) y de esta manera la procrastinación crea una brecha entre la intención y la acción, por lo tanto, la persona no es capaz de conseguir el objetivo de realizar lo programado (Kuhl y Beckmann, 1994; Tice y Baumeister, 1997; Dewitte y Lens, 2000a; Zimmerman, 2008; Kadzikowska, 2018; Steel et al., 2018). Además, la dimensión cognitivo-motivacional parece relacionarse con la impulsividad (tendencia a ser presa de los deseos inmediatos) y también podría vincularse a elementos como el aprendizaje de los errores y el establecimiento de metas (Garzón-Umerenkova y Gil-Flores, 2017a; Grunschel et al., 2016).

Una segunda dimensión está asociada a intenciones específicas acerca de los modos concretos para llevar a cabo dichas acciones, también denominado procesos volitivos (Lay, 1986) los cuales, se ha investigado, promueven la autorregulación (Dewitte y Lens, 2000a; Wolters, 2003). Postulando, que estos, se involucran cuando la persona se está preparando

para poner en práctica una intención, o realmente está ejecutando los comportamientos correspondientes, en esa línea la investigación asegura que, cuando los procesos volitivos se hacen cargo y controlan el comportamiento, existe un aumento de la probabilidad de que las acciones que se ejecuten contribuyan en avanzar hacia la meta (Gollwitzer, 1999; Dewitte y Lens, 2000b). Además, se cree que los estudiantes necesiten la volición para abandonar otras actividades y aprendan a distribuir sus esfuerzos de manera razonable (Dewitte y Lens, 1999) proponiendo que estos procesos volitivos pudiesen estar vinculados con disposiciones personales estables, como la perseverancia

Por lo que respecta a la perseverancia, esta aparentemente se asocia con el aumento de la confianza en la persona, tanto en su capacidad para tener éxito como en la forma de administrar los recursos y el tiempo en que se realicen las tareas. Es así como estudios previos destacan que la perseverancia en el esfuerzo por alcanzar un objetivo conduce a un mejor desempeño en actividades realizadas en el contexto académico (Dewitte y Lens, 2000b).

Además, se cree que la falta de perseverancia está asociada a la procrastinación académica, ya que se postula que las personas que tienen dificultades para mantener una actividad en el tiempo y anteponerse a las tentaciones de realizar otras cosas, se deba a la existencia de una perseverancia de bajo rendimiento (Rebetz et al., 2018; Wypych et al., 2018). Por lo tanto, la perseverancia se establece como un elemento facilitador positivo del funcionamiento académico (Jin et al., 2019) y fortalecedor del éxito de los estudiantes, siempre y cuando estos persistan con un cierto nivel de esfuerzo durante todo el proceso de aprendizaje (Lam y Zhou, 2019). Aunque, la falta de perseverancia no necesariamente se trata de procrastinación, debido a que las personas pueden iniciar tantas de sus intenciones como deseen, pero fallar en su finalización (Dewitte y Schouwenburg, 2002).

En línea con estos antecedentes se ha propuesto que la perseverancia es un predictor consistente y adaptativo de la procrastinación (Wolters y Hussain, 2015), y que parece prevenir la proclividad a la postergación de tipo irracional (Silver y Sabini, 1981; Akerlof, 1991; Burka y Yuen, 1983). Además, se ha investigado que la perseverancia juega un rol importante en la relación autorregulación-procrastinación (Lam y Zhou, 2019) debido a que su influencia positiva en los aspectos motivacionales y estratégicos posiblemente disminuya la procrastinación (Valenzuela et al., 2020).

Finalmente, se cree que cuando los estudiantes son capaces de controlar sus propios procesos conscientes (considerando las principales dimensiones de la autorregulación) muestran un patrón más adaptativo del uso de estrategias cognitivas y metacognitivas (Wolters, 2003) lo cual promueve su capacidad para ejercer un mayor esfuerzo al momento de persistir en sus tareas académicas; esto al parecer evitaría prácticas de afrontamiento desadaptativas como la procrastinación (Zimmerman, 1998; Wolters et al., 2005; Zhang et al., 2018). A partir de esto, intervenciones diseñadas con el fin de prevenir la procrastinación, han recomendado considerar – a la vez – aspectos cognitivos, meta-cognitivos, conductuales y de regulación volitiva (Pintrich y De Groot, 1990; Grunschel y Schopenhauer, 2015; Saeleet al., 2017) para promover y apoyar los procesos de autorregulación en el aprendizaje (Zimmerman, 1998; Grunschel et al., 2018). Ya que aparentemente esto conduce a evitar el malestar psicológico y/o físico resultado de una afectación negativa en su autonomía (Zimmerman, 1998).

3. Estilo de vida saludable y su relación con autorregulación y procrastinación

3.1. Conceptualización del estilo de vida saludable

El estilo de vida saludable, y su relación con la calidad de la salud de las personas, se ha investigado por las implicancias que tiene este en el bienestar de las personas; debido a que el estilo de vida saludable se define como un patrón de actividades o conductas que las personas adoptan como hábito, según lo que el contexto social les ofrece, es decir, mezcla las condiciones personales y los patrones individuales de conducta, según cada situación (World Health Organization [WHO], 1986).

El estilo de vida saludable de cada persona reconoce la influencia de aspectos psicosociales para realizar y mantener el hábito, ya que este patrón de conductas incluye comportamientos beneficiosos o que realzan la salud, y aquellas conductas que suponen o son factores de riesgo para ella (Abel, 1991; Blaxter, 1990; Brunh, 1988; Cockerham et al., 1993; Erben et al., 1992; Hyner, 1985; Mendoza, 1990; Milio, 1981; Rodríguez, 1995; Sinha, 1993; Sajiwandani, 1991; Henderson et al., 1980; Elliot, 1993).

Este patrón de conductas, se cree que es el resultado de una elección individual voluntaria (Badura, 1982; Blaxter, 1990), aunque desde la orientación psicosocial se asegura que la elección es irracional, por lo tanto, está influenciada por las relaciones y/o el contexto social (Abel, 1991; Brunh, 1988; Cockerham et al., 1993; Milio, 1981; Sajiwandani, 1991), empero existe consenso al determinar que para que la conducta sea parte del estilo de vida saludable, debe ser de naturaleza conductual y observable; tener continuidad temporal para que suponga un hábito; ser consistente y coherente dando respuesta al contexto personal-social; y que el origen de estas conductas provenga posiblemente de un hecho o contexto común (Elliot, 1993).

3.2. Dimensiones del estilo de vida saludable

Existen diversas dimensiones que conforman el estilo de vida saludable, las cuales se complementan para aumentar (o disminuir) el bienestar de la persona (Ungemack, 1994), es por esto que cuando se investiga sobre el estilo de vida saludable, se estudian comportamientos, en distintos contextos como: la práctica de actividad física, hábitos alimenticios y consumo de sustancias (ej. tabaco y alcohol) (Pastor et al., 1998b).

Además de las dimensiones más estudiadas del estilo de vida saludable (actividad física, hábitos alimenticios, consumo de sustancias), la investigación se ha ampliado a ámbitos como el consumo de medicamentos (en adultos mayores), hábitos de descanso y factores de riesgo o comportamientos de salud deficiente, como: higiene dental, uso del tiempo libre, comportamiento sexual y control de chequeos médicos (Pastor et al., 1998a).

3.2.1. Actividad física

La práctica de actividad física se define como la participación regular en actividades que contemplan movimientos corporales que requieren esfuerzo físico (Castillo et al., 2007). Estas actividades pueden ser ligeras, moderadas y/o intensas (Walker y Hill-Polerecky, 1996), aunque para que se consideren beneficiosas para la salud la comisión europea recomienda que los adultos practiquen actividad física moderada durante un mínimo de 150 minutos por semana y actividad física intensa (vigorosa) durante 75 minutos a la semana, o una combinación de las dos (World Health Organization, 2010; Powell et al., 2011).

La práctica constante de actividad física tiene efectos beneficiosos para la salud y se ha utilizado en intervenciones con finalidades terapéuticas en patologías como obesidad, hipertensión, osteoporosis, problemas cardiovasculares, apnea obstructiva del sueño, diabetes, enfermedades reumáticas, entre otras (USDHHS, 1996). Así como también se utiliza como parte del tratamiento de algunos trastornos psicológicos, ya que la actividad física mejora la salud subjetiva e influye en el autoconcepto/autoestima, estados de ánimo y emotividad (Balaguer y García-Merita, 1994; Biddle, 1995; Martinsen y Stephens, 1994; Vilhjalmsón y Thorlindsson, 1998; Biddle et al., 2000).

A partir de esto, se ha concluido que quienes practican actividad física regularmente reportan menos estrés (Crews y Landers, 1987; Holmes, 1993); menos ansiedad (Akanderey Tekin, 2005; Petruzzello et al., 1991); mejor autoestima y estado de ánimo (McAuley et al., 1997); y se perciben más saludables que aquellas personas que no realizan actividad física (Jiménez et al., 2008). Esta percepción de sentirse más saludables, por la práctica de actividad física, se relaciona inversamente con ciertas conductas que perjudican la salud (Castillo y Balaguer, 2002; Pate et al., 1996; WHO, 2003) como por ejemplo el consumo de tabaco y alcohol y la alimentación no saludable (Balaguer, 2002; Pastor et al., 2006; Castillo et al., 2007).

3.2.2. Hábitos alimenticios

Los hábitos alimenticios se definen como el conjunto de comportamientos más o menos consciente que la persona tiene en relación con los alimentos. Aborda la manera en que se selecciona, prepara y consume determinado alimento o menú, como parte de sus costumbres sociales y culturales, influenciado por factores sociales, económicos y culturales (Inostroza, 1992; Bacarreza, 2004).

Estos hábitos han sido investigados preferentemente en población universitaria ya que, normalmente, los estudiantes no son capaces de mantener una dieta variada según lo recomendado para cubrir las necesidades energéticas y nutritivas (Bacarreza, 2004), y esto afecta directamente la etapa de cambios (emocionales, fisiológicos y ambientales) que viven los jóvenes, consolidando hábitos alimenticios no saludables, que luego, trascienden a la vida adulta (Gallardo-Escudero et al., 2015).

A partir de esto se asegura que las prácticas alimenticias deficientes o no saludables, generalmente basada en el consumo de comida rápida y/o baja en vitaminas, se intensifica en la etapa universitaria y se le asocian causas de estrés, bajo estado de ánimo (Troncoso y Amaya, 2009), escasa disponibilidad de tiempo, recursos económicos limitados, poca variedad en la oferta de comidas y el fácil acceso a comida rápida (Ibáñez et al., 2008; Espinoza et al., 2011; Setton y Fernández, 2014).

Además, se ha investigado que los universitarios son la población más propensa a sufrir trastornos alimenticios (Lytle y Kubik, 2003), debido a la influencia social de sus pares para comer similar (Setton y Fernández, 2014); presión social por cumplir con ciertos cánones de belleza; y a la disminución de la actividad física (Becerra et al., 2015)

3.2.3. Consumo de sustancias nocivas (alcohol y tabaco)

El consumo de alcohol y tabaco, es una de las dimensiones más estudiada como factor de riesgo para la salud. Se cree que de todas las sustancias nocivas o perjudiciales para la salud, aparentemente el alcohol y el tabaco, son las de consumo común y podrían transformarse prematuramente en un hábito, debido a que se trata de un comportamiento habitual en reuniones sociales y en el manejo de situaciones límite. Llegando a contemplar que el consumo de estas sustancias permite enfrentar de mejor manera situaciones desagradables y generalmente problemáticas (Salazar y Arrivillaga, 2004).

A partir de esto se cree que la reacción por consumir sustancias nocivas, ante situaciones límite, se ocasione porque los jóvenes poseen escasas herramientas y estrategias de afrontamiento (Salazar y Arrivillaga, 2004). Como ejemplo de ello, se ha reportado que los jóvenes indican afrontar mejor los estados afectivos negativos y sienten alivio inmediato frente a una situación de tensión o problemática, cuando fuman (Chelet-Marti et al., 2011) y en otras circunstancias no las enfrentan y prefieren beber alcohol (Ledo et al., 2011).

En conclusión, el consumo de sustancias es un comportamiento utilizado por muchos jóvenes para la reducción de efectos negativos, ante situaciones que son o adquieren connotación aversiva, así como también por el deseo de incrementar sus sensaciones placenteras (Salazar y Arrivillaga, 2004). Sin embargo, esto causa preocupación, ya que existen antecedentes que indican que un alto porcentaje de estudiantes en esta época inician o consolidan conductas perjudiciales para su salud (Jiménez-Muro et al., 2009).

3.3. La relación entre estilo de vida saludable y autorregulación

La comunidad científica asegura que potenciar conductas que promuevan la salud influye en el logro y el mantenimiento del bienestar físico y psicológico de las personas (Brownell, 1991), es por esto que existen diversas campañas de salud (pública y privada) alrededor del mundo, que educan a la población sobre la necesidad de mantenerse saludables (WHO, 2011).

Estas intervenciones, durante años, se han realizado mediante herramientas de autorregulación que contemplan el establecer objetivos vinculados a la salud (Clark y Zimmerman, 1990), ya que las personas necesitan controlar sus pensamientos, emociones y comportamientos para preferir por ejemplo el uso de estrategias de autocuidado en comportamientos relacionados con el sueño e ir a dormir a una hora prudente (Loft y Cameron, 2013; Kroese et al., 2014); consumir alimentos saludables (Tice y Bratslavsky, 2000) y evitar decisiones impulsivas por consumir alimentos grasos (Eisenverg y Miller, 1987).

Además, se ha estudiado a la autorregulación para explicar la práctica de comportamientos de bajo autocontrol relacionados con la salud, específicamente aquellas prácticas vinculadas a las intenciones de mantener una salud positiva (Baumeister et al., 1994). A partir de esto se estudió a personas que reconocen tener la motivación para mantener conductas de salud positivas y a su vez son conscientes de sus malos hábitos, sin embargo, les resulta difícil actuar sobre las intenciones; Esto último se ha denominado e investigado como la discrepancia entre la intención y la acción en el comportamiento de salud, el cual postula que el dominio de la salud plantea desafíos especiales para la autorregulación, y que estos desafíos aparentemente influyen en los objetivos de la salud de las personas debido a la constante falta de acción y falla de autorregulación (Sheeran, 2002; Sheeran et al., 2005). Esto arrastra consecuencias negativas en la salud, por ejemplo: afecta problemáticamente a personas que padecen diabetes y/o asma (Clark y Zimmerman, 1990), fomenta el consumo problemático de alcohol, ya que se opta por el placer inmediato (Sirois y Pychyl, 2013; Tice y Bratslavsky, 2000) y se opta por comportamientos que no contribuyen al estilo de vida

saludable (hábitos alimenticios no saludables y no práctica de actividad física) (Allom y Mullan, 2012; Hall et al., 2008; Armitage y Conner, 2001).

Es por lo antes mencionado que se propone que la aplicación de un enfoque de autorregulación en el comportamiento de la salud ayudará a motivar a las personas a autorregular el propio funcionamiento de su salud y comprender de mejor manera el por qué y cuándo las personas efectivamente piensan, y depositan sus esfuerzos, en su salud a largo plazo (De Ridder y De Wit, 2006).

Recientemente, se ha aplicado la visión triádica de la autorregulación, basada en el modelo cíclico explicado con anterioridad (Zimmerman, 1989; 2000) para entender el funcionamiento conductual relacionado con el estilo de vida saludable. Se cree que a través de este proceso la persona intente controlar influencias tales como: personales, que incluyen factores cognitivos y afectivos; conductuales que se refieren a acciones y reacciones de un individuo; y ambientales que involucran factores sociales y físicos.

A partir de esto, se cree que la autorregulación interviene de manera positiva en la educación sanitaria o la promoción de un estilo de vida saludable; ya que las personas con mayor autorregulación reportan mayor motivación internalizada en prácticas y adherencia a programas de ejercicio físico (Chatzisarantis et al., 1997; Oaten y Cheng, 2006), mayor adherencia a tratamientos de enfermedades crónicas (Williams et al., 1998), mejor mantenimiento de la pérdida de peso entre pacientes con obesidad mórbida (Williams et al., 1996), mejor control de la glucosa en pacientes diabéticos (Williams et al., 1998); disminución del consumo de sustancias nocivas (alcohol, tabaco y cafeína) y promueve el consumo de alimentos saludables (Oaten y Cheng, 2006).

En conclusión, para promover el estilo de vida saludable en las personas se requiere mayor cantidad de recursos de autorregulación (Sirois y Hirsch, 2015), de esta forma se regulan los estados emocionales negativos asociados a una tarea desafiante o aversiva, que requiere mayor control cognitivo (Metcalf y Mischel, 1999), y se potencia la internalización de la autorregulación. Esto contribuye en la persona mediante mayor

efectividad comportamental, mayor persistencia volitiva, incremento del bienestar subjetivo y una mejor asimilación del individuo dentro de su grupo social (Ryan y Deci, 2000).

3.4. El estilo de vida saludable influenciado por la procrastinación

3.4.1. Conceptualización del modelo teórico procrastinación-salud

El modelo teórico procrastinación-salud (Sirois et al., 2003) da respuesta a la hipótesis de que la procrastinación afectaría la salud física; previamente propuesto por una investigación, con universitarios, que determinó que los procrastinadores informan más problemas de salud y mayor nivel de estrés al final del periodo académico, etapa en la cual se tiene mayor presión por exámenes, trabajos y presentaciones (Tice y Baumeister, 1997).

Además, el modelo procrastinación-salud, incorpora estudiar comportamientos relacionados con la salud (como el ejercicio físico, alimentación equilibrada y dormir lo suficiente) identificados en los modelos de salud de la personalidad, base para proponer la relación teórica de procrastinación y salud (Friedman, 2000; Smith, 2006; Suls y Rittenhouse, 1990). Con el objetivo de conocer por qué la procrastinación podría ocasionar vulnerabilidad (riesgo) a los malos comportamientos relacionados con la salud (Sirois et al., 2003).

Mediante estos supuestos se propone el modelo teórico compuesto por dos caminos: La vía directa (estrés) sugiere que la procrastinación es un riesgo para la salud, ya que procrastinar genera la activación constante de la respuesta a la tensión y cambios psicofisiológicos relacionados con el estrés (Sirois et al., 2003). Esto provoca posibles alteraciones en la frecuencia cardíaca, respiratoria, el flujo sanguíneo, la digestión y el sueño (Taylor y Sirois, 2014; Leger et al., 2015); en cambio, la vía indirecta (conductual) que la procrastinación ocasiona riesgo de mala salud, mediante su conexión con comportamientos deficientes relacionados con la salud (Sirois et al., 2003). Se cree que los comportamientos deficientes para la salud aumentan el riesgo de enfermedad, especialmente aquellos comportamientos que influyen en el desarrollo de las personas (WHO, 2011). Por tanto, la procrastinación fomenta aversión a los comportamientos de promoción de salud, y como

consecuencia ocasiona mala salud física y no se descarta que sea el inicio de una enfermedad crónica grave (Vázquez et al., 2018).

La aplicación del modelo procrastinación-salud reporta que la procrastinación se asocia a: mayor nivel de estrés, escasa práctica de comportamientos que promueven la salud y mayor número de enfermedades agudas autoinformadas (como, por ejemplo: dolor de cabeza, problemas digestivos, gripe y resfriados) (Sirois et al., 2003; Sirois, 2007). Así como también, la relación es significativa, entre procrastinación y salud, a través de los comportamientos que promueven y mantienen la salud (sin la influencia del estrés). Se postula, además, que estas consecuencias se pueden amplificar si la tarea que se está procrastinando está directamente vinculada con el manejo de salud física (por ejemplo: acudir al médico para un diagnóstico o chequeo) (Sirois, 2007).

Recientemente, el modelo ha reportado que el estrés explica la relación entre la procrastinación y la salud autoinformada en estudiantes (Sirois y Tosti, 2012) y en enfermeras (Sirois y Stout, 2011). Además, específicamente, el estrés explicó la relación entre procrastinación y mala calidad del sueño (Sirois et al., 2015). En conclusión, este modelo teórico, asegura que la relación entre procrastinación y salud, es significativa para el estrés y los comportamientos de promoción de salud, cuando se analizan de manera independiente uno de otro.

3.4.2. Otros comportamientos del estilo de vida saludable vinculados con la procrastinación

Otro comportamiento del estilo de vida saludable que ha sido investigado junto a la procrastinación es la calidad del sueño, proponiendo que puede existir una relación recíproca y dinámica entre la procrastinación y el sueño, mediado por el estrés; ya que el aumento del estrés explicaría el vínculo entre la procrastinación y la calidad del sueño (Sirois et al., 2015). Además se cree que la disminución de la calidad del sueño puede afectar en mayor medida a personas que procrastinan crónicamente en otras áreas de su vida; debido a que la procrastinación aparentemente contribuye a la insuficiencia del sueño y la fatiga durante el día (Kroese et al., 2014).

Esta insuficiencia de sueño ha reportado que, aparentemente, es el resultado de la procrastinación antes de dormir (Kroese et al., 2014) ya que los procrastinadores, en este ámbito, suelen sentirse cansados con mayor frecuencia al despertar y reportan dificultades significativamente mayor para cambiar sus patrones de sueño (Argiropoulou et al., 2016). Además, los procrastinadores crónicos tienen más probabilidades de caracterizarse como personas productivas durante la tarde o la noche (Carrier y Monk, 2000; Sirois et al., 2015) y esto posiblemente arrastre consecuencias negativas en términos de salud como, afectar en el bienestar (Kroese et al., 2014) y contribuir a la obesidad (Knutson et al., 2007; Zimberg et al., 2012).

La procrastinación también ha sido relacionada con el consumo de sustancias nocivas, como alcohol y tabaco (Argiropoulou et al., 2016), a partir de lo cual se concluye que los procrastinadores no están lo suficientemente informados sobre los comportamientos de autocuidado como: nutrición, actividad física, consumo de alcohol, medicamentos, tabaquismo, sueño y situaciones de la vida negativas; por ende, son menos conscientes sobre las enfermedades causadas por los malos hábitos de salud. Y entonces, se cree que es poco probable que los procrastinadores superen esa barrera interna para cambiar sus hábitos no saludables, ya que este cambio iría en contra de su preferencia por actividades que sean inmediatamente gratificantes y placenteras (Pychyl et al., 2000; Ferrari y Emmons, 1995).

En cuanto a estas actividades gratificantes y placenteras perjudiciales para la salud, se han considerado, como comportamientos de salud disfuncionales o más evasivos (Sirois y Pychyl, 2013) concluyendo con ello que los procrastinadores prefieren adoptar este tipo de comportamientos para regular sus emociones negativas, como beber cuando se sienten mal o consumir sustancias nocivas, como drogas, para lidiar con el estrés o simplemente evadir las responsabilidades. Aunque aparentemente, después de llevar a cabo estas conductas disfuncionales y perjudiciales para la salud, los procrastinadores experimentan remordimiento en ámbitos de la vida, principalmente sobre su propia salud (Ferrari et al., 2009) así como también en su bienestar (Blouin-Hudon et al., 2016).

En conclusión, según lo expuesto en este capítulo teórico, la literatura reconoce la relación existente entre las variables (procrastinación, autorregulación y estilo de vida saludable) puesto que contemplan al bienestar como un elemento significativo y fundamental para el desarrollo de las personas; sin embargo no existe precisión en la medida y los modos en que estas variables se relacionan entre sí. Además, no se ha profundizado en cómo las estrategias de autorregulación conscientes (aprendizaje de los errores, establecimiento de metas y toma de decisiones) y disposiciones personales, como la perseverancia, influyen – a su vez- en la procrastinación y en las dimensiones del estilo de vida saludable (actividad física, hábitos alimenticios, consumo de sustancias nocivas y sueño).

4. Objetivos de investigación

De acuerdo con lo expuesto hasta aquí y contemplando la escasa precisión y profundización de la relación entre las variables investigadas en esta tesis, se presentan los objetivos generales:

1. Identificar la medida y los modos en que se relaciona la procrastinación (irracional y académica) con las dimensiones de la autorregulación (cognitivo-motivacional, estratégica y personal) en población universitaria, con la finalidad de precisar la influencia que puede tener la autorregulación sobre la procrastinación.
2. Conocer cómo influyen las dimensiones de la autorregulación (cognitivo-motivacional, estratégico y personal) en los comportamientos asociados con el estilo de vida saludable, contribuyendo a la discusión de la discrepancia intención-acción de la teoría de la autorregulación.
3. Identificar la relación entre procrastinación, autorregulación y estilo de vida saludable, mediante la extensión del modelo teórico procrastinación-salud (Sirois et al., 2003).

Estos objetivos generales se desglosan en los siguientes objetivos específicos:

OE 1: Con respecto a la Procrastinación

- 1) Identificar la prevalencia de frecuencia y deseo de cambio de la procrastinación irracional y la procrastinación académica, con la finalidad de obtener una visión general del constructo en la población universitaria
 - 2) Identificar los motivos que expresan los universitarios para procrastinar en el contexto académico
 - 3) Analizar descriptivamente la relación entre la prevalencia de la procrastinación (irracional y académica) con las variables sociodemográficas de control
-

OE 2: Con respecto a la Autorregulación

- 4) Identificar y describir la presencia de factores de autorregulación en los estudiantes (aprendizaje de errores, establecimiento de metas, toma de decisiones y perseverancia)
- 5) Analizar descriptivamente la relación entre los factores de la autorregulación y el conjunto de variables sociodemográficas de control

OE 3: Con respecto al Estilo de vida saludable

- 6) Identificar y caracterizar la presencia de estilo de vida saludable en estudiantes, contemplando dimensiones de deporte, autocuidado, alimentación, consumo de sustancias nocivas y sueño
 - 7) Analizar descriptivamente la relación entre la presencia de comportamientos asociado al estilo de vida (saludable o no) y las variables sociodemográficas de control
-

Capítulo II

Apartado Metodológico

5. Hipótesis de investigación

En cuanto a las hipótesis que responden a los **objetivos generales** de esta investigación, propuestas a partir de lo determinado en el marco teórico.

I. En cuanto a la relación entre procrastinación y autorregulación

H1: A mayor autorregulación (aprendizaje de errores, establecimiento de metas, toma de decisiones y perseverancia) menor procrastinación:

H1a: A mayor aprendizaje de errores, establecimiento de metas y toma de decisiones mayor será la perseverancia, entonces menor procrastinación.

H1b: A mayor dimensión cognitivo-motivacional de la autorregulación (aprendizaje de los errores y establecimiento de metas) mayor disposición hacia perseverancia, entonces menor procrastinación.

H1c: La relación entre la dimensión cognitivo-motivacional de la autorregulación (aprendizaje de los errores y establecimiento de metas) es mediada por la toma de decisiones y la perseverancia, tal que el efecto indirecto entre la dimensión cognitivo-motivacional y la procrastinación vía toma de decisiones y perseverancia es significativo o no-nulo.

II. En cuanto a la relación entre autorregulación y estilo de vida saludable

H2: A mayor autorregulación (aprendizaje de errores, establecimiento de metas, toma de decisiones y perseverancia) mayor el estilo de vida asociado a conductas saludable (práctica de actividad física-deportiva, hábitos alimenticios saludables, menor consumo de sustancias nocivas, buena calidad de sueño)

H2a: A mayor toma de decisiones, mayor es el establecimiento de metas y entonces mayor es el estilo de vida.

H2c: A mayor perseverancia mayores prácticas saludables

H2d: La perseverancia mediará la relación entre la toma de decisiones y las prácticas saludables, por ende, el efecto indirecto entre toma de decisiones y Procrastinación Irracional vía perseverancia será significativo o no-nulo.

III. *En cuanto a la relación entre procrastinación, autorregulación y estilo de vida saludable*

H3: A menor procrastinación, mayor autorregulación y entonces mayor estilo de vida saludable.

H3a: A mayor procrastinación, menor autorregulación y entonces menor estilo de vida saludable.

H3b: A mayor estilo de vida saludable mayor presencia del factor autocuidado médico y entonces menor procrastinación.

Por su parte, las hipótesis propuestas para los **objetivos específicos** de esta investigación:

I. Con respecto a la procrastinación:

H1: La mayoría de los universitarios se identificarán como procrastinadores, tanto en el ámbito general (medido como disposición única a través de la procrastinación irracional) como académico (medido a través de una escala de procrastinación académica).

H1a: La mayoría de los estudiantes presentan deseo por reducir su comportamiento procrastinador en conductas que afecten mayoritariamente el buen desempeño académico (por ejemplo: escribir un trabajo y estudiar para exámenes).

H1b: Las mujeres procrastinan con mayor frecuencia en comparación a los hombres, aunque estos últimos tendrían menos deseo por querer cambiar su comportamiento.

H1c: Los universitarios que trabajan y estudian a la vez serán menos procrastinadores, en comparación a los estudiantes que no dedican parte de su tiempo a trabajar, por ende, tendrían mayor tiempo “libre” para procrastinar.

H1d: Los motivos para procrastinar responden a aspectos motivacionales, como perfeccionismo y falta de confianza; contextuales, como aversión a la tarea; y estratégico, como deficiente gestión del tiempo.

II. *Con respecto a la autorregulación:*

H2: La mayoría de los estudiantes serán más autorregulados en factores como el aprendizaje de los errores y establecimiento de metas, es decir, aprenderán de experiencias negativas pasadas y programarán lo que deben hacer, aunque esto no necesariamente se refleje en el factor toma de decisiones.

H2a: En cuanto a la disposición personal, los universitarios no serán perseverantes en sus tareas u objetivos, optando por abandonar o no concretar las tareas presupuestadas.

H2b: Las mujeres presentarán conductas autorreguladas vinculadas al ámbito estratégico como la toma de decisiones, mientras que los hombres autorregularán su comportamiento en base a los factores de aprendizaje de los errores y establecimiento de metas.

III. *Con respecto al estilo de vida saludable:*

H3: El estilo de vida de los universitarios tenga una inclinación no saludable en aspectos como la práctica de actividad física, hábitos alimenticios, calidad de sueño y consumo de sustancias nocivas, siendo las mujeres quienes tengan un estilo de vida más saludable que los hombres.

H3a: La mayoría de los estudiantes no practicaría actividad físico-deportiva, y los que si practican actividad físico-deportiva lo hacen al menos tres días a la semana, y el tipo de día que preferirían, serían días laborales, basado en hábitos de rutina diaria.

H3b: Los hombres practiquen más actividad físico-deportiva que las mujeres, sin embargo, las mujeres que practican deporte lo harían con más frecuencia que los hombres.

6. Justificación

Es un hecho contrastado que la procrastinación es un comportamiento intrínseco, arriesgado y perjudicial para el bienestar (Steel, 2007), específicamente en estudiantes que utilizan su tiempo en hacer otra cosa (generalmente optan por actividades que otorguen placer inmediato) y no lo programado. Por tanto, se cree que fallan en su proceso de autorregulación y caen irracionalmente en conductas desadaptativas como la procrastinación (Dewitte y Lens, 2000a; Steel et al., 2018), esto arrastra consecuencias adversas que generan malestar subjetivo en ellos (Balkis y Duru, 2009; Ferrari y Pychyl, 2012).

Estas consecuencias adversas parecen disminuir si se interviene el comportamiento autorregulado de los jóvenes, determinando que la entrega de herramientas cognitivas, metacognitivas y conductuales aparentemente podrían evitar la procrastinación (Pintrich y De Groot, 1990; Sæle et al., 2017) asimismo los aspectos personales, como la perseverancia, parecen aumentar – a la vez - la capacidad de proporcionar esfuerzo, persistir en las tareas (Zimmerman, 1998; Wolters et al., 2005) y los niveles de confianza para autorregular su comportamiento (Zhang et al., 2018). De esta forma, se cree que los jóvenes están menos propensos a procrastinar y esto, aparentemente, contribuye a la disminución de malestar físico y/o psicológico que afecta la autonomía y el bienestar de ellos (Zimmerman, 1998).

Del mismo modo, se sugiere contribuir al bienestar de los estudiantes, incorporando herramientas de autorregulación, para la organización adecuada del tiempo (Garzón-Umerenkova y Gil-Flores, 2017b) promoviendo comportamientos beneficiosos relacionados con la salud como la práctica de actividad física, alimentación saludable, calidad del sueño, tiempo de recreación, entre otros; esto contribuiría a evitar afecciones físicas y/o psicológicas (WHO, 2011).

En definitiva, la falla en los procesos de autorregulación contribuye, simultáneamente, a la práctica irracional y crónica de la procrastinación, y a la práctica de comportamientos no beneficiosos para la salud; ocasionando generalmente malestar psicológico y/o físico en los estudiantes, llegando en algunos casos hasta la enfermedad (Tice y Baumeister, 1997; Sirosis y Pychyl, 2016).

En relación con lo expuesto hasta aquí, se plantea que, en el contexto académico de formación y adquisición de comportamientos que podrían proyectarse a la adultez, los jóvenes, en particular aquellos que carecen de herramientas de autorregulación, tienen mayor riesgo de caer en conductas desadaptativas como la procrastinación y el estilo de vida no saludable, y experimentar las consecuencias adversas que le acompañan. Esto se entiende tanto en la relación de la procrastinación con la autorregulación, como en la de autorregulación con el estilo de vida saludable. Sin embargo, se desconoce si la procrastinación influye en el estilo de vida saludable.

Se plantea, además que precisar la medida y los modos en que la procrastinación, la autorregulación y el estilo de vida saludable se relacionan; teniendo en cuenta las dimensiones cognitivo-motivacional, estratégica y personal que incorpora la autorregulación, y las dimensiones del estilo de vida saludable: práctica de actividad física, hábitos alimenticios, consumo de sustancias, autocuidado médico y calidad de sueño; entregaría antecedentes basado en modelos teóricos, para una futura replicación de investigación y/o

7. Método

7.1. Participantes

En la recogida de datos participaron un total de 501 universitarios, de diversas facultades (arqueología, enfermería, fonoaudiología, ingeniería civil industrial, ingeniería en información y control de gestión, pedagogía en educación básica, pedagogía en educación básica con menciones, pedagogía en educación diferencial y psicología) de la Universidad Austral de Chile, sede Puerto Montt. Los participantes informaron edades que oscilaron entre los 18 y 47 años ($M = 20.76$ $DT = 2.86$); 291 se identificaron como mujeres (70.3%) y 124 como hombres (29.7%).

Los participantes, respondieron un cuestionario de manera online en el mes de abril (inicio del primer semestre del año académico de 2019¹) y la selección de estos se realizó contemplando la participación voluntaria en la investigación, ser estudiantes de la sede universitaria donde se aplicó el instrumento, y ser seleccionados a través de un procedimiento accidental, es decir, no se consideró asociación entre las muestras (Pardo y San Martín, 1998).

La muestra original que cumplió con los criterios de inclusión para participar en la investigación fue de 650 estudiantes; sin embargo, de estos se desestimaron 149 casos por razones como, no haber completado el 60% del instrumento o que sus respuestas no fueron emitidas de manera coherente. A partir de esto y con la finalidad de realizar el análisis de datos con la mayor cantidad de participantes, el N puede variar según cada instrumento, aunque, el número mínimo de participantes es de 415 que mide constructos sociodemográficos; y el máximo de 547 que evalúa el estilo de vida saludable.

¹ Se contextualiza que en Chile el año académico transcurre desde marzo a diciembre.

7.2. Procedimiento

La aplicación del instrumento se realizó de manera presencial, en horario académico y en las propias aulas de las facultades correspondientes al primer semestre del año académico 2019, la duración fue entre 15 y 20 minutos aproximadamente. La recogida de datos fue monitoreada por un coordinador, quien informó a los estudiantes, previo a completar el cuestionario, el propósito de la investigación, declarando que los datos se utilizarían de forma anónima y exclusiva con fines científicos.

Además, el coordinador entregó las instrucciones sobre cómo ingresar y responder el instrumento, el cual fue ingresado en su totalidad a la plataforma virtual “Qualtrics” (software de medición de la gestión de la experiencia), esta herramienta facilitó la aplicación, debido a su carácter lúdico y versátil, ya que contaba con formato para responder a través de móvil, iPad/Tablet y/o mediante un ordenador.

Además, todos los sujetos participaron de manera voluntaria, por lo que, antes de iniciar la encuesta se les solicitó que aceptaran el consentimiento informado, explicado de manera oral y a su vez escrito, para tener acceso a responder la encuesta. Finalmente, el análisis de datos se realizó mediante el paquete estadístico IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 19, IBM SPSS AMOS versión 26 y Macro PROCESS para SPSS versión 3.3.

7.3. Instrumentos y variables

En este acápite, se detallan los instrumentos utilizados en la aplicación, para ello se consideraron tanto, aspectos sociodemográficos como psicométricos. Todas las variables fueron registradas a partir de un único cuestionario (ver Anexo), el cual se elaboró, revisó y aprobó en primera instancia por un tribunal de expertos, para luego obtener el formato definitivo en la plataforma de aplicación virtual “Qualtrics”.

7.3.1. Cuestionario de variables sociodemográficas y académicas

Para la recogida de información relativa a las variables sociodemográficas de los participantes, se elaboró un cuestionario acorde al tipo de información a recabar (ver Anexo I). Las preguntas fueron independientes y de diferente naturaleza. La elaboración de estos ítems se realizó en conjunto con los directores de la tesis doctoral, teniendo en consideración el interés y la relevancia respecto a los objetivos de esta investigación y contemplando que las preguntas fuesen claras en contenido y estructura.

Mediante este cuestionario, se recogió información acerca de la *edad* y *sexo* de los participantes, así como también de la *ocupación*, destacando el interés por conocer si los universitarios dedicaban su tiempo completo a estudiar o si sus estudios los compatibilizan con un trabajo, si la respuesta que entregaban era “*trabajar y estudiar*” se les preguntaba *¿Cuántas horas trabajas a la semana?* Además, se les solicitó que seleccionaran la *ciudad natal* y *lugar de residencia durante sus estudios*, y en el ámbito académico se les pidió información sobre la *carrera que estudiaban*, *año de ingreso a la universidad*, *nivel educativo de los padres* y si actualmente estudiaban con algún *beneficio económico* (otorgado por el estado o entidad privada). Todos estos datos sociodemográficos otorgan un perfil completo de los participantes, pudiendo contextualizarse luego en el análisis de datos.

i. Variables sociodemográficas

Los estudiantes que participaron de la investigación reportan edades comprendidas entre 18 y 47 años (ver Tabla 2), y la edad promedio es de 20.76 ($DT = 2.86$). El *sexo* de estos corresponde al 70.3% mujeres y 29.7% hombres. Mientras que la variable ocupación informó que, del total de participantes, el 74.9% se dedica completamente a sus estudios y el 25.1% debe complementarlo con alguna actividad laboral, esto significa que el 32% de hombres y 22% de mujeres trabaja y estudia a la vez (ver Tabla 3).

Tabla 2*Variable sociodemográfica edad (N = 415)*

	Media	Desv. Tip.	Moda	Min.	Máx.	Asimetría	Curtósis
Edad	20.76	2.86	19	18	47	3.52	23.67

Tabla 3*Frecuencias y porcentajes sexo y ocupación (N = 415)*

		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>				
Sexo	Mujeres	291	70.1				
	Hombres	124	29.9				
	Total	415					
				Mujeres	Hombres		
				<i>Frec.</i>	<i>%</i>	<i>Frec.</i>	<i>%</i>
Ocupación	Estudia	311	74.9	227	78	84	68
	Estudia y Trabaja	104	25.1	64	22	40	32
	Total	415		291		124	

Al total de estudiantes, que declararon estudiar y trabajar (N = 104) se les solicitó que indicaran el promedio de horas que trabajaban a la semana, a partir de esto se obtuvo como resultado (ver Tabla 4) que dedicaron en promedio 15 horas semanales a trabajar, lo que aparentemente se relaciona con trabajos de medio tiempo que ofrece el mercado y que de forma usual son ejecutados por estudiantes. Además, se establece que los resultados indican la presencia de dos modas (bimodal) con igual prevalencia de 10 y 20 horas trabajadas.

Tabla 4*Descriptivo variable horas de trabajo a la semana (N = 104)*

	Media	Desv. Tip.	Min.	Máx.	Asimetría	Curtósis
Horas de trabajo	14.93	9.26	2	72	2.57	13.17

Con relación a la *ciudad natal*, los estudiantes seleccionaron 53 ciudades de Chile, para el análisis se agruparon todas aquellas que tenían una frecuencia menor a diez en la categoría *otra ciudad* y se obtuvo (ver Tabla 5) que Puerto Montt (34%) y Santiago (10%) son las ciudades de origen de la mayoría de los estudiantes (43.6%). Además, cuando se les preguntó por su *lugar de residencia durante sus estudios* el 48.2% informa vivir en casa de sus padres mientras que el 22.9% declara alquilar un piso, habitación, casa o cabaña ya sea acompañado o de manera individual, como también vivir en una residencia universitaria

(15.9%) esto último se puede relacionar con que muchos estudiantes deben viajar desde sus ciudades de origen para estudiar en la universidad.

Tabla 5

Frecuencias y porcentajes Ciudad natal y Lugar de residencia durante sus estudios (N = 415)

		<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
Ciudad Natal	Ancud	24	5.8
	Castro	28	6.7
	La Unión	10	2.4
	Osorno	25	6
	Puerto Montt	140	33.7
	Puerto Varas	20	4.8
	Santiago	41	9.9
	Valdivia	26	6.3
	Otra ciudad	101	24.3
		<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
Lugar de residencia	Casa de padres	200	48.2
	Piso-casa-habitación de alquiler	95	22.9
	Residencia universitaria (pensión)	66	15.9
	Casa de algún familiar	34	8.2
	Casa de un amigo/a y/o pareja	14	3.4
	Otro	6	1.4

ii. *Variables de educación*

Las variables que informan sobre el aspecto académico, de los participantes, indican que los estudiantes pertenecen en mayor medida a los grados de psicología (24%) y fonoaudiología (22%), y que el 28% de los estudiantes que participaron y estudian psicología, son hombres, mientras que el 28% de estudiantes que participaron en la investigación y declararon estudiar fonoaudiología, son mujeres (ver Tabla 6). Además, se les consultó por el *año de ingreso*² al grado, que actualmente cursaban, a partir de esto se establece que en promedio los estudiantes comenzaron sus estudios en el año 2017, pero la mayoría hizo

² De manera excepcional en esta pregunta se desestimaron dos casos porque sus respuestas fueron incoherentes

ingreso en el año 2019, por ende, gran parte de los estudiantes cursa su primer año en la universidad, al momento de aplicada esta investigación (ver Tabla 7).

Tabla 6

Frecuencias y porcentajes variable qué carrera estudias (N = 415)

	Mujeres		Hombres			
	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
Arqueología	13	3.1	5	2	8	7
Enfermería	58	14	39	13	19	15
Fonoaudiología	92	22.2	80	28	12	10
Ingeniería	68	16.4	27	9	41	33
Pedagogía	83	20	74	25	9	7
Psicología	101	24.3	66	23	35	28
Total	415	100	291	100	124	100

Tabla 7

Descriptivo año de ingreso a la universidad (N = 413)

	Media	Desv. Tip.	Moda	Min.	Máx.	Asimetría	Curtósis
Año ingreso	2017	1.60	2019	2009	2019	-1.06	1.95

Finalmente, se les preguntó si sus estudios los costaba a través de algún *beneficio*, sea este estatal o privado y cual era el *nivel educativo de los padres* (ver Tabla 8); en cuanto al costeo de la carrera, el 69% de los estudiantes estudia con el beneficio de “*gratuidad*” otorgado por el estado, seguido por beca y/o crédito del estado (17%), es decir, la mayoría de los participantes costean sus estudios universitarios con un beneficio público y solo un 10% estudia sin beneficio económico. Mientras que el nivel educativo de los padres indicó que la mayoría de los padres (44%) finalizó sus estudios de secundaria, aunque solo el 16% reporta que sus padres han finalizado estudios universitarios.

A partir de todo lo expuesto hasta aquí, se concluye que la información recopilada, tanto de los aspectos sociodemográficas como académicos, otorgan una mirada general sobre el perfil de los universitarios que participaron de esta investigación, contemplando que el apartado de análisis de datos el sexo y la ocupación serán variables utilizadas como control con los instrumentos psicométricos.

Tabla 8

Frecuencias y porcentajes variable nivel de estudio de los padres (N = 415)

		<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
Beneficio para estudiar	Gratuidad	286	68.9
	Beca y/o crédito del estado	72	17.3
	Crédito interno de la universidad	1	0.2
	Crédito bancario	12	2.9
	No tengo ningún beneficio	44	10.6
	<i>Total</i>	<i>415</i>	
		<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
Nivel educativo de los padres	Enseñanza Básica	80	19.3
	Enseñanza Media	182	43.9
	Estudios superiores técnicos	75	18.1
	Estudios universitarios	65	15.7
	Estudios universitarios de postgrado	13	3.1
	<i>Total</i>	<i>415</i>	

7.3.2. Instrumentos psicométricos

Los instrumentos psicométricos que se seleccionaron contemplaron la adecuación teórica a los objetivos de esta investigación, además de la información sobre su fiabilidad y validez proporcionada por la comunidad científica. De esta forma se determinó aplicar las siguientes cuatro escalas de selección múltiple: i) Adaptación española de la “Irrational Procrastination Scale” – IPS (Guilera et al., 2018); ii) Adaptación al castellano de la prueba “Procrastination Assessment Scale-Student”- PASS (Garzón-Umerenkova y Gil-Flores, 2017a); iii) Adaptación abreviada en español de “Spanish Short Self-Regulation Questionnaire” – SSSRQ (Garzón-Umerenkova et al., 2017) y iv) El cuestionario de “Prácticas sobre estilos de vida” (Arrivillaga et al., 2002).

i. *Irrational Procrastination Scale (IPS)*

La IPS está formada por 9 ítems (ver Anexo IV) con una escala de medición tipo Likert de 5 puntos en donde 1 es “no me describe en absoluto” hasta 5 “me describe totalmente”. Esta escala fue creada por Steel (2010) poniéndose a prueba en una muestra de 4169 participantes, obteniendo un alpha de .91. Posteriormente (Steel y Ferrari, 2013) a través de una muestra obtenida por internet determinaron las características de los procrastinadores prototipo y la escala de procrastinación general utilizada fue la IPS, informando una consistencia interna de alpha .91 ($M= 3.57$, $DT= .85$). Luego la escala fue utilizada en diversos contextos, siendo traducida al finlandés, alemán, italiano, noruego, polaco y sueco (Rozental et al., 2014) para tales adaptaciones se demostró una buena consistencia interna (rango alpha de .76 a .93).

Recientemente, se evaluaron las propiedades psicométricas estándar de la IPS con cuatro muestras (rango de alpha .88 a .90) concluyendo que la escala mide la procrastinación de una manera predecible y por tanto, es un instrumento valioso para el esfuerzo de investigación (Svartdal, 2017). Además, se utilizó la adaptación de la escala traducida al chino (Lian et al., 2018) obteniendo a través de un análisis factorial confirmatorio que este modelo de medición unidimensional ajustaba adecuadamente con los datos y demostró una fiabilidad aceptable (alpha .73).

La primera adaptación y validación al español (Guilera et al., 2018) utilizó una muestra de 365 adultos entre 18 a 77 años, y reportó que la consistencia interna es satisfactoria al igual que la estabilidad temporal. Concluyó además que esta versión ofrece puntajes válidos y confiables (alpha .90), asimismo el análisis factorial revela que la estructura interna de la escala es unidimensional, es decir, apoya la idea original de que la IPS mide la procrastinación general como una disposición única (Steel, 2010). A partir de esto, se concluye que los estudios respaldan que la IPS tiene una fiabilidad y estabilidad adecuada como medida psicométrica.

ii. *Procrastination Assessment Scale-Student (PASS)*

La PASS, original de Solomon y Rothblum (1984) traducida y adaptada al castellano por Garzón-Umerenkova y Gil-Flores (2017a) se considera la medida más utilizada a través del tiempo y también en la actualidad para evaluar la procrastinación académica (Ferrari et al., 1995; Harrington, 2005), además goza de una gran aceptación entre los investigadores ya que no solo es una escala útil para medir la frecuencia de la procrastinación, sino que también considera el malestar psicológico que genera en las personas. Este instrumento evalúa los principales motivos que ocasionan la procrastinación cómo, por ejemplo: miedo al fracaso, rechazo a la tarea y búsqueda de excitación.

La PASS está formada por 44 ítems (ver Anexo III), a través de los cuales se valora la prevalencia y los motivos de la procrastinación en el ámbito académico. La prueba está dividida en dos partes, en donde la primera incorpora 18 ítems que evalúan la prevalencia de la procrastinación en seis áreas del funcionamiento académico o también considerados como contextos:

- 1) Escribir un trabajo a tiempo
- 2) Estudiar para los exámenes
- 3) Mantenerse al día con las lecturas/trabajos/actividades
- 4) Realizar tareas académicas administrativas
- 5) Reuniones con tutor o profesores
- 6) Actividades académicas en general

En concreto, se les pide a los sujetos que indiquen en una escala Likert de 5 puntos (1 = Nunca – 5 = Siempre) el grado en que postergan la tarea (*¿Hasta qué punto pospones hacer esta tarea? o frecuencia*). Luego el grado en que aquella tarea supone un problema para su día a día (*¿Hasta qué punto el hecho de posponer dicha tarea supone un problema para ti? o problema*).

Debido a que las definiciones de procrastinación consideran el retraso conductual y la angustia psicológica, se sugiere la suma de *frecuencia* y *problema* para cada función académica (obteniendo un puntaje que varía de 2 a 10) así también con la suma de los seis contextos académicos (obteniendo un puntaje total que varía de 12 a 60) (Rothblum et al., 1986). De esta forma los estudiantes que informaron en la prueba que casi siempre o siempre pospusieron el quehacer en cualquiera de los contextos académicos y que esa postergación casi siempre o siempre los hizo sentir ansiosos, se consideraron procrastinadores altos (puntaje mayor a 8). Mientras que los estudiantes que fueron definidos como procrastinadores son aquellos que obtienen un puntaje mayor a 6 en cada función académica (Zhang et al., 2017). Por lo tanto, se consideran procrastinadores bajos aquellos que informan que la frecuencia y el problema eran infrecuentes u ocasionales (puntaje menor a 6).

Finalmente, la primera parte de la PASS solicita a los estudiantes que indiquen en una escala Likert de 5 puntos (1 = No quiero reducirla – 5 = Desde luego me gustaría reducirla) la medida en que desean disminuir su comportamiento procrastinador (*¿Hasta qué punto te gustaría reducir tu tendencia a posponer dicha tarea? o deseo de cambio*). Esta variable se analiza sola, teniendo en cuenta la prevalencia de la procrastinación obtenida de la sumatoria de las variables anteriores.

La segunda parte de la PASS contiene 26 ítems que valoran los motivos que ocasionan la procrastinación, esta sección proporciona un escenario de procrastinación (*demora en la confección de un trabajo de final de curso*) y luego se enumeran dos declaraciones por cada uno de los siguientes motivos: ansiedad por la evaluación; perfeccionismo; dificultad para tomar decisiones; dependencia y búsqueda de ayuda; aversión a la tarea y baja tolerancia a la frustración; falta de confianza en sí mismo; pereza; falta de afirmación; miedo al éxito; tendencia a sentirse abrumado y mal administrar el tiempo; rebelión contra el control; influencia de los compañeros; y toma de riesgos (Solomon y Rothblum, 1984). Teniendo en cuenta esto, se les pidió a los estudiantes que calificaran cada supuesto en una escala Likert de 5 puntos (1 = No refleja mis motivos en absoluto – 5 = Los refleja perfectamente)

obteniendo información de por qué postergaron la última vez que estuvieron en aquella situación.

En relación, a esta segunda parte de la PASS, aplicaciones previas han informado diversas formas en que se han analizado los datos. En primera instancia a través de un análisis factorial se reportó la existencia dos factores que explicaron la mayor parte de la varianza (Solomon y Rothblum, 1984) el primer factor, representaba el 49.4% de la varianza, y reflejaba el miedo al fracaso, considerando motivos relacionados con la ansiedad por cumplir con las expectativas de los demás (ansiedad por la evaluación), el establecimiento de metas muy altas (perfeccionismo) y la falta de confianza en sí mismo. El segundo factor, representó el 18% de la varianza y explicaba la aversión a la tarea, reflejando motivos como la pereza. Esta propuesta de factorización se confirma a través de un análisis factorial confirmatorio (Yockey y Kralowec, 2015), sin embargo, en la investigación solo se contemplaron 8 ítems, de los 26, que respondían a los dos factores propuestos. Esta investigación reportó un alpha de .77, sin embargo, el análisis factorial confirmatorio no arrojó un ajuste óptimo por lo que se recomienda un trabajo analítico adicional en los factores.

En otras investigaciones se ha realizado análisis factorial, con la totalidad de los ítems, llegando a otras propuestas de factores, por ejemplo Harrington (2005) propuso un modelo de tres factores, en donde mantuvo los dos factores presentados por Solomon y Rothblum (1984) miedo al fracaso ($\alpha=.87$) y aversión a la tarea al que agregó dos ítems ($\alpha=.74$) y al tercer factor le llamó razones positivas, aunque este no se correlacionó significativamente con el puntaje total de la PASS ($\alpha=.62$). Posteriormente, se aplicó la PASS en su versión traducida al Farsi (Mortazavi et al., 2015), a partir de la cual se elaboró un análisis factorial exploratorio, el cual reportó la existencia de cuatro factores que explicaron conjuntamente el 53.2% de las variaciones, concluyendo que el modelo fue marginalmente aceptable, pero necesita ser confirmado por otros estudios. Luego la escala se traduce al español (Garzón-Umerenkova y Gil-Flores, 2017a) y se analizan las características psicométricas a través del modelo Rasch, a partir del cual se obtiene un alpha de .99 para la primera dimensión y .89 para el segundo atributo; además el análisis factorial exploratorio, propuso la presencia de cinco factores para explicar los motivos de la procrastinación: búsqueda de excitación; falta

de energía y autocontrol; perfeccionismo; ansiedad a la evaluación; y poca asertividad y confianza. Aunque concluyen que los resultados deben corroborarse a través de la investigación en otros países hispanohablantes. Esto último es realizado recientemente, aplicando el instrumento a población española (Gil-Flores et al., 2020) quienes obtienen un alpha de .86 y a través de la propuesta factorial explican el 54.3% de la varianza total. Además, extraen tres factores: temor e inseguridad; inadecuada respuesta a las exigencias de la tarea; búsqueda de excitación y dependencia de otros. Este análisis factorial comprueba que los análisis propuestos no han sido replicados por tanto se propone cada vez un análisis factorial que corresponda al contexto en el cual se aplica el instrumento.

En lo que respecta, a las propiedades psicométricas del instrumento, numerosas investigaciones hasta la fecha han aportado evidencia acerca de su utilidad en variados contextos. Considerando solo la primera parte de la escala, se informa que las estimaciones de fiabilidad del instrumento son adecuadas, teniendo en cuenta consistencia interna y estabilidad temporal (Ferrari et al., 1995). Las primeras estimaciones de fiabilidad (Solomon y Rothblum, 1988) entregaron antecedentes tras administrar la primera parte de la PASS a una submuestra ($n = 98$) de su muestra original ($N = 323$) obteniendo una correlación $r = .57$ ($p < .05$). En un estudio posterior (Ferrari, 1989) a través de un test-retest se informó que todos los coeficientes fueron significativos para la prevalencia de la procrastinación ($r = .74$; $p < .001$) lo que luego fue confirmado obteniendo una consistencia interna adecuada para ambas partes de la PASS (rango entre .70 y .80) (Ferrari, 1992). En un trabajo posterior (Wesley, 1994) informa que la media y desviación estándar para la PASS son similares a las encontradas en otras muestras y reporta una consistencia interna de .80, lo que luego se reafirma con un coeficiente de confiabilidad alpha de .84 (Onwuegbuzie y Jiao, 2000) y posteriormente se reporta una consistencia interna de alpha adecuado de rango .72 a .79 (Shanahan y Pychyl, 2007). Recientemente se reportó validez y confiabilidad aceptable para la prueba en general en diversas investigaciones, alpha .86 (Mortazavi et al., 2015; Zhang et al., 2017) alpha .84 (Custer, 2018) y dentro de las investigaciones más actuales Batool (2019) informó un alpha de .78.

En conclusión, la elección de la PASS se sustenta en la evidencia contundente que es la escala más utilizada y relevante que explica la procrastinación académica; asimismo demuestra fiabilidad y validez, lo cual permite aportar y enriquecer de la mejor manera esta investigación. Además, se ha probado su utilidad para comparar y relacionar la procrastinación académica con otros constructos potencialmente afines (Ferrari et al., 1995; Garzón-Umerenkova y Gil-Flores, 2017a).

iii. Spanish Short Self-Regulation Questionnaire (SSSRQ)

El instrumento original “Self-Regulation Questionnaire” (SRQ) (Brown et al., 1999) fue elaborado con la finalidad de medir la capacidad generalizada de regular el comportamiento y alcanzar objetivos. Posteriormente se propuso la versión corta del instrumento (Carey et al., 2004) la cual estaba compuesta por 31 ítems y se denominó “Short Self-Regulation Questionnaire” (SSRQ). Sin embargo, cuando se propuso la versión traducida al español, está redujo su cantidad a cuatro factores de primer orden y 17 ítems, la cual recibe el título de “Spanish Short Self-Regulation Questionnaire” (SSSRQ) (Pichardo et al., 2014), versión que luego fue validada a través del análisis Rasch (Garzón-Umerenkova et al., 2017).

El instrumento aplicado (SSSRQ) contiene 17 ítems (ver Anexo V) medidos en una escala Likert de 5 puntos, que contempla 1 (nada) a 5 (mucho). Los ítems se encuentran agrupados en cuatro factores:

- 1) Metas
- 2) Perseverancia
- 3) Toma de decisiones
- 4) Aprendizaje de los errores

En particular el factor perseverancia, para no conducir a confusión, en este instrumento es conceptualizado como una disposición relativamente estable, que no obstante, no es un rasgo de personalidad sino que una actitud y disposición hacia la autorregulación del comportamiento. Este factor ha sido analizado previamente en este instrumento como un “*tengo problemas para seguir adelante con las cosas una vez que me he decidido a hacer algo*” por lo tanto implica una actitud y/o disposición (Potgieter y Bota, 2009). Este comportamiento puede ser aprendido, incrementado, desarrollado y aplicado en mayor o menor grado (Lay, 1997; Lee et al., 2006; Watson, 2001).

Las propiedades psicométricas de la versión utilizada (SSSRQ) muestran una consistencia interna adecuada y es considerada una alternativa plausible a la versión completa en el contexto español. Aplicaciones previas informan alpha .86 para todo el instrumento y alpha de rango .63 a .79 en los factores, además las correlaciones entre la versión original y la versión corta fue de $r = .85, p < .001$ (Pichardo et al., 2014). Recientemente, se validó informando que tanto la dimensionalidad de las subescalas como los elementos ajustados al modelo son adecuados, a través de un análisis factorial confirmatorio, se confirmó la presencia de cuatro factores con valores generales adecuados (todos con índices mayores a .90) y se reporta un valor total de alpha .87 y para los factores un rango de .71 a .81 (Garzón-Umerenkova et al., 2017) y en un estudio reciente se reportó el uso del instrumento en muestra con adolescentes (Pichardo et al., 2018).

iv. *Cuestionario de practicas sobre estilos de vida*

Este cuestionario es parte del instrumento “Prácticas y Creencias sobre estilos de vida” (Arrivillaga et al., 2002), el cual fue elaborado y sometido a validación por jueces expertos, para luego ser aplicado a una prueba piloto. Posteriormente se aplicó a estudiantes y se ha utilizado en diversas investigaciones hasta la fecha, destacando su amplia y eficiente utilización en el contexto latinoamericano.

Se fundamenta su aplicación, en esta investigación, ya que este instrumento mide diferentes dimensiones como parte del estilo de vida saludable, las cuales se denominan: Condición, actividad física y deporte; Recreación y manejo del tiempo libre; Autocuidado y cuidado médico; Hábitos alimenticios; Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; Sueño

El instrumento tiene 69 ítems (ver Anexo VI) los cuales se deben responder en una escala Likert de 1 (Nunca) a 4 (Siempre - Casi siempre) y una vez obtenida la puntuación se califica esta como positiva o negativa, según su incidencia en la vida. Las categorías de calificación son: Prácticas muy saludables; Prácticas saludables; Prácticas poco saludables; Prácticas no saludables.

Las propiedades psicométricas del instrumento en su versión original, aportan validez y confiabilidad adecuada, considerando el instrumento general (prácticas y creencias del estilo de vida), se informa un alpha de .87 (Arrivillaga et al., 2002) y .90 (Salazar-Torres et al., 2010) además se aportó respaldo para la estructura factorial del instrumento (Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin=.85; Chi-cuadrado=34584.7; significancia $p < .001$). Posteriormente se registró un alpha de .76 en una investigación aplicada en Honduras con el instrumento adaptado (Bermúdez y Cáceres, 2014), en Venezuela también se utilizó registrando un alpha de .81 (Angelucci et al., 2017). Recientemente, en una investigación exclusiva para la dimensión “Autocuidado y cuidado médico” se registró un alpha de .87. y se informaron niveles de confiabilidad general de .87 (Mebarak et al., 2018) y .80 (Jorge y Cardozo, 2018) en investigación con población latinoamericana.

En conclusión, el instrumento “Prácticas y creencias del estilo de vida” muestra una validez y confiabilidad adecuada para ser utilizado en esta investigación, además se destaca su utilidad constante en diversos países latinoamericanos. Cabe destacar que se utilizará solo la etapa que considera las prácticas, que es adecuado para los objetivos de esta tesis doctoral.

7.4. Método y diseño de investigación

Con respecto a las clasificaciones metodológicas tradicionales en psicología social, la presente investigación, integra aspectos metodológicos descriptivos como correlacionales y, además, de manera experimental se propone la confección y análisis de modelos de ecuaciones estructurales (SEM), los cuales son hipotetizados a partir de los objetivos generales propuestos en esta de investigación. De manera complementaria y para lograr un análisis más exhaustivo se propone la utilización de análisis de mediación a través del trabajo estadístico con la plataforma Process. A modo de resumen esquematizado, en la Tabla 9, se reporta una síntesis de las características más representativas de los instrumentos psicométricos utilizados en la presente tesis doctoral.

Tabla 9*Resumen de las características de los instrumentos psicométricos utilizados*

Nombre	Autores	Dimensiones	N ítems	Alpha de Cronbach reportado (α)	
PASS	-Original (Solomon y Rothblum, 1984)	Areas de demora	Frecuencia	6	.79
			Problema	6	.83
	-Adaptación al español (Garzón-Umerenkova y Gil-Flores, 2017a)		Deseo de cambio	6	.87
			Motivos para procrastinar	26	.86
IPS	-Original (Steel, 2010) -Adaptación al español (Guilera et al., 2018)	Procrastinación general irracional		9	.83
SSSRQ	-Original (Pichardo et al., 2014)	Metas		6	.84
		Perseverancia		3	.67
	-Adaptación al español (Garzón-Umerenkova et al., 2017)	Toma de decisiones		5	.77
		Aprendizaje de los errores		3	.76
	- Original (Arrivillaga et al., 2002)	Condición, actividad física y deporte		6	.61
Prácticas del estilo de vida	2002)	Recreación y manejo del tiempo libre		5	.44
		Autocuidado y cuidado médico		20	.66
		Hábitos alimenticios		16	.67

Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	9	.65
Sueño	10	.65

i) Prueba de Kolmogorov – Smirnov de los instrumentos

Para aportar validez y fiabilidad a la investigación se incorporó un estudio de varianza con criterio de estadística inferencial, aplicando un procedimiento de “bondad de ajuste” a través de la prueba de Kolmogorov – Smirnov, esta permite “medir el grado de concordancia existente entre la distribución de un conjunto de datos y una distribución teórica específica” (García et al., 2010, p.1), con el objetivo de analizar la deseabilidad social para cada uno de los instrumentos se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 10
Prueba de Kolmogorov – Smirnov para una muestra

		PASS	IPS	SSSRQ	EVS
N		433	501	501	501
Parámetros normales ^{a,b}	Media	5.7256	3.060	3.2490	2.4728
	Desviación típica	1.3959	.6687	.63881	.30191
Diferencias más extremas	Absoluta	.061	.084	.052	.033
	Positiva	.043	.084	.036	.033
	Negativa	-.061	-.060	-.052	-.018
Z de Kolmogorov-Smirnov		1.260	1.880	1.163	.728
Sig. asintót. (bilateral)		.084	.002	.133	.664

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

La distribución es mayor a 0.05 en todos los instrumentos (excepto aquel que mide la procrastinación irracional) por tanto suponemos que aparentemente no existe deseabilidad social, es decir, no se rechaza la hipótesis nula de que la muestra extraída se distribuye normalmente (Lipsey y Aiken, 1990). Mientras que en el instrumento de procrastinación irracional se puede apreciar que la distribución no es mayor a 0.05 por ende reconocemos que podría haber deseabilidad social, y esto último puede tener cabida en diferentes argumentos, como que supone algo lógico que la procrastinación autorreportada no sea discrepante de la procrastinación que se practica, inclusive investigaciones previas (Moore, 2008; Garzón-Umerenkova y Gil-Flores, 2017) argumentan que los instrumentos de autorreporte de procrastinación, aplicados a estudiantes, pueden ser un fuerte predictor de la

realidad académica, siendo un claro ejemplo de los comportamientos asociados a lo académico dentro y fuera del aula.

7.5. Análisis de datos y proceso de investigación

El análisis de datos comprendió tres pasos. En primer lugar, se realizó un análisis factorial que contempló Análisis Factorial Exploratorio (EFA), cuando fue necesario, y el Análisis Factorial Confirmatorio (CFA). En un segundo momento, de acuerdo con la teoría, se propuso un Modelo de Ecuaciones Estructurales (SEM) a través del cual se analizó la relevancia y significancia de cada uno de los factores. Finalmente, se analizaron los efectos indirectos mediante la propuesta de análisis de mediación simple y/o múltiple para cada uno de los modelos hipotetizados.

Para ejecutar estos análisis estadísticos se utilizaron las plataformas de IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 19, IBM SPSS AMOS versión 26 y la Macro PROCESS para SPSS versión 3.3.

A modo de conclusión y recopilación de este capítulo metodológico, sobre el proceso de investigación que contempló esta tesis doctoral, se presenta el siguiente cuadro resumen (ver Tabla 10) que entrega información precisa sobre aspectos tales como participantes, instrumentos y análisis estadísticos.

Tabla 11*Resumen proceso de investigación*

Muestra	Instrumentos y Variables	Análisis Estadísticos
N = 415	Cuestionario de variables: sociodemográficas y académicas	Descriptivos y frecuencias
N = 433	PASS – I PARTE	Sumatoria ítems (frecuencia y problema); Análisis factorial (EFA-CFA); Descriptivos y frecuencias; Análisis de varianza.
	PASS – II PARTE	Análisis factorial (EFA-CFA); Descriptivos y frecuencias; Análisis de varianza
N = 501	IPS	Análisis factorial (EFA-CFA); Descriptivos y frecuencias; Análisis de varianza
N = 517	SSSRQ	Análisi factorial confirmatorio (CFA) ; Descriptivos y frecuencias; Análisis de varianza
N = 547	Prácticas del estilo de vida saludable	Análisis factorial (EFA-CFA) por cada dimensión; Descriptivos y frecuencias; Análisis de varianza
N = 415	Cuestionario de práctica de actividades físico-deportiva	Descriptivos y frecuencias
N = 433	SSSRQ – IPS - PASS	Modelo de Ecuaciones Estructurales (SEM); Análisis de mediación
N = 517	SSSRQ – Prácticas del estilo de vida saludable	Modelo de Ecuaciones Estructurales (SEM); Análisis de mediación
N = 501	SSSRQ – IPS – Prácticas del estilo de vida saludable	Modelo de Ecuaciones Estructurales (SEM); Análisis de mediación

EFA: Análisis Factorial Exploratorio – CFA: Análisis Factorial Confirmatorio – SEM: Modelo de Ecuaciones Estructurales – T-Student: Prueba de asociación entre dos grupos – ANOVA: Prueba estadística para relacionar más de dos grupos.

Capítulo III

Resultados

8. Resultados descriptivos y frecuencias de la procrastinación

8.1. Descriptivos y frecuencias para la Procrastinación irracional

Respecto a las medidas de tendencia central, la media de los seis elementos que responden a la procrastinación irracional es de 3.06 (Tabla 11). La media menor corresponde al ítem “*Pospongo tanto las cosas que mi bienestar o eficiencia se ven afectados innecesariamente*” ($M= 2.88$, $DT= 1.01$) y la media mayor la entregan los elementos “*Si algunas cosas las hubiera hecho antes, mi vida sería mejor*” ($M= 3.33$, $DT= .91$) y “*Cuando debería estar haciendo una cosa, me pongo a hacer otra*” ($M= 3.36$, $DT= .95$).

Asimismo, el promedio de respuestas informó que 16 estudiantes (3%) no se sienten reflejados con la procrastinación irracional, mientras que el 19% (95 participantes) aseguran que no es usual en ellos procrastinar. En cambio, la mayoría de los universitarios (261 sujetos, 52%) creen que a veces sí y a veces no se reflejan con la procrastinación irracional, el restante 26% (129 estudiantes) representa a aquellos que sienten que la procrastinación irracional es usual en ellos o que se sienten totalmente representados con ella.

Tabla 12
Medidas de tendencia central IPS

	M	DT	Asimetría	Curtosis
IPS	3.1	.669	.169	.308
Media respuestas			Frec.	%
No me describe en absoluto			16	3%
No es usual en mí			95	19%
A veces sí, a veces no			261	52%
Es usual en mí			107	22%
Me describe totalmente			22	4%

Estos resultados están en línea con hallazgos de investigaciones, preliminares y recientes, que reportan un alto índice de procrastinación autoinformada (Steel y Ferrari, 2013; Steel, 2011), ya que la mayoría de los participantes en esta investigación (78%) calificasobre la media del total ($M= 3.1$) y el 26% reporta tener comportamientos de procrastinación irracional alta (Es usual en mi / Me describe totalmente).

1) Relación entre la procrastinación irracional y variables sociodemográficas

i. Prueba U Mann-Whitney para sexo a través de la procrastinación irracional

Con el fin de conocer la relación entre la procrastinación irracional y si existe diferencia significativa entre hombres y mujeres, se aplicó un análisis a través de la prueba de U Mann-Whitney de muestras independientes, aquello determinado tras la verificación de los supuestos de homogeneidad y normalidad de los grupos, a través de las pruebas de Levene y Kolmogorov respectivamente, lo que indicó la utilización de estadística no paramétrica.

Para la aplicación, se consideró como variable independiente el sexo (femenino / masculino) y como variable dependiente el promedio de la procrastinación irracional, los resultados muestran que no existe una diferencia significativa, ya que su valor de significancia ($p = .25$) es $>.05$ (Tabla 12). Esto discrepa de investigaciones que postulan que los hombres procrastinan más que las mujeres y que existiría diferencia significativa entre sexos (Milgram y Marshevsky, 1995; Steel, 2007, 2011), aunque concuerdan con estudios que reportaron que no existe diferencia significativa entre mujeres y hombres (Harriot y Ferrari, 1996; Özer, 2011).

Tabla 13

Prueba U Mann-Whitney entre sexo y procrastinación irracional

	Sexo		Z	U	p
	Femenino n = 352	Masculino n = 149			
Procrastinación	Rango promedio 255.84	Rango promedio 239.57	-1.154	24520.5	.25
Irracional					

ii. *Prueba U Mann-Whitney para ocupación a través de la procrastinación irracional*

En cuanto a la variable sociodemográfica de control ocupación (trabaja / no trabaja), mediante la cual se buscaba conocer si existía diferencia significativa entre esta y la procrastinación irracional, se aplicó una prueba de estadística no paramétrica para dos muestras independientes (U Mann-Whitney). Se consideró como variable independiente la ocupación (trabaja / no trabaja) y como variable dependiente el promedio de procrastinación irracional.

Los resultados (ver Tabla 13) muestran que no existe una diferencia significativa en la procrastinación si la ocupación es trabaja o no trabaja; ya que el valor de significancia ($p = .65$) es $>.05$. Estos hallazgos aportan a la reciente investigación del “doble rol” del estudiante/trabajador, lo cual se considera un fenómeno común en algunos países y aunque los estudios son escasos; lo reportado en esta investigación no coincide con lo esperado y observado en investigaciones previas que asegura que los estudiantes procrastinan más cuando no trabajan y solo deben dedicar su tiempo a labores académicas (Domínguez-Lara, 2017).

Tabla 14

Prueba U Mann-Whitney entre ocupación y procrastinación irracional

	Ocupación		Z	U	p
	Trabaja n = 123	No trabaja n = 378			
Procrastinación	<u>Rango promedio</u> 245.87	<u>Rango promedio</u> 252.67	-4.54	22616.5	.65
Irracional					

iii. *Prueba ANOVA para cantidad de horas que trabaja a través de la procrastinación irracional*

Con la finalidad de profundizar aún más en aquellos estudiantes que cumplen un doble rol (estudiar y trabajar), utilizando la estadística paramétrica, se realizó un análisis de varianza simple (ANOVA) con el objetivo de conocer si existe diferencia significativa entre

la procrastinación irracional y la ocupación de aquellos estudiantes que trabajan (1= una jornada laboral³ a la semana; 2= hasta dos jornadas laborales a la semana; 3= más de dos jornadas laborales a la semana).

A través de la prueba de normalidad de Kolmogorov, se reportó que los grupos son normales dentro de cada uno de ellos, sin embargo, la prueba de homogeneidad asegura que los grupos no son homogéneos. Por lo tanto, una vez realizado el análisis, se concluye que no existe diferencia significativa entre los grupos, ya que el valor para el modelo fue de $F(1.151) = 2.97$ con una significancia $>.05$ ($= .320$). Por tanto se cree que en relación a la procrastinación irracional, esta no aumenta ni disminuye significativamente si los estudiantes trabajan más o menos cantidad de horas a la semana.

Al igual que en el análisis anterior, es escaso el material que existe a la fecha, que haya profundizado en esta área de doble rol que deben cumplir algunos universitarios. Y teniendo en cuenta, además que en esta investigación, la mayoría de los participantes no trabajaba, quizás resultase necesario que futuras investigaciones contemplaran analizar estas variables (ocupación/cantidad de horas que trabaja) como un aspecto relevante en la procrastinación. Se cree que la mayor cantidad de horas que se invierten en el trabajo disminuyen la posibilidad de dedicarla a los estudios, o quizás el contemplar tener menor “tiempo libre” debido a la necesidad de ocupar estas horas en trabajo, los obliga a gestionar el tiempo de mejor manera por ende procrastinarían menos. Sin duda son especulaciones que la investigación aún no ha recogido pero que sin duda es un camino por el cual posiblemente se respondan cuestiones de gestión del tiempo.

³ La jornada laboral en Chile tiene una duración de 8 horas.

8.2. Descriptivos y frecuencias para la procrastinación académica

i. Descriptivos y frecuencias (prevalencia)

Respecto a las medidas de tendencia central, sobre la prevalencia de laprocrastinación académica (frecuencia y problema) para cada contexto contemplado en el CFA, la media es de 5.88 (ver Tabla 14), con un rango mínimo de 2 y máximo de 10. En cuanto al promedio de respuestas, el 23% declara siempre o casi siempre procrastinar académicamente en general, mientras que la mayoría (197 sujetos – 46%) creen que a veces procrastinan en los contextos académicos expuestos.

Tabla 15

Medidas de tendencia central para Frecuencia de la PASS

	M	DT	Asimetría	Curtosis
Prevalencia	5.88	1.423	-.115	.083
Media respuestas			Frec.	%
Nunca			33	7%
Casi Nunca			103	24%
A veces			197	46%
Casi siempre			87	20%
Siempre			13	3%

Con la finalidad de presentar un análisis detallado por cada área académica, se elaboró un gráfico que presenta: i) no procrastinadores; ii) procrastinadores; iii) procrastinadores altos, esta clasificación se realizó según lo recomendado por análisis previos (Solomon et al., 1986) que identificaron como procrastinadores altos a quienes obtuvieron un puntaje mayor a 8, y procrastinadores a los que su sumatoria estaba por sobre 6 (Zhang et al., 2017). Mientras que al resto de valores posibles (menor a 6) se les denominó como “no procrastinadores”, sin embargo, este puntaje responde a los códigos de respuestas “nunca y casi nunca”; por ende, también se les podría llamar “procrastinadores bajos”; aunque para no generar confusión y según lo establecido previamente que esta investigación se centra en los estudiantes procrastinadores, se les etiquetó con el código “no procrastinadores”.

Es en base a lo antes mencionado que la figura 2 muestra los porcentajes de prevalencia de procrastinación académica teniendo en cuenta las seis áreas propuestas originalmente; aunque si bien es cierto se descartó la dimensión cinco en el CFA (ver más en Anexos), para análisis descriptivo se reincorporó, ya que es beneficioso observar su comportamiento dentro de los estudiantes. Concluyendo que el área “*Mantenerme al día con lecturas/trabajos/actividades*” es la que se autoinforma con mayor cantidad de procrastinadores (73%) de los cuales, el 29% se ubica en el rango de procrastinadores altos. Asimismo, le sigue el contexto “*Estudiar para los exámenes/pruebas*” con el 69% de estudiantes procrastinadores, de los cuales el 25% responde al parámetro de procrastinadores altos. Además, se reporta que, en el área descartada por el CFA, (*Tareas de asistencia: reunirte con tu tutor, pedir una cita con un profesor, etc.*) predominan los no procrastinadores (56%); esto posiblemente se deba a que los estudiantes no quieren gestionar este tipo de actividades porque no lo consideran necesario. Esto indicaría que la cantidad de procrastinadores es errónea o que efectivamente si realizan las tareas de asistencia ejemplificadas.

Finalmente, el análisis descriptivo de la prevalencia de la procrastinación académica reporta que los tres contextos académicos, en los cuales prevalece la procrastinación, son los que responden y se relacionan a tareas personales asociadas directamente con el rendimiento académico (área I: *Escribir un trabajo de final de semestre/año*; área II: *Estudiar para los exámenes/pruebas*; y área III: *Mantenerme al día con lecturas/trabajos/actividades*).

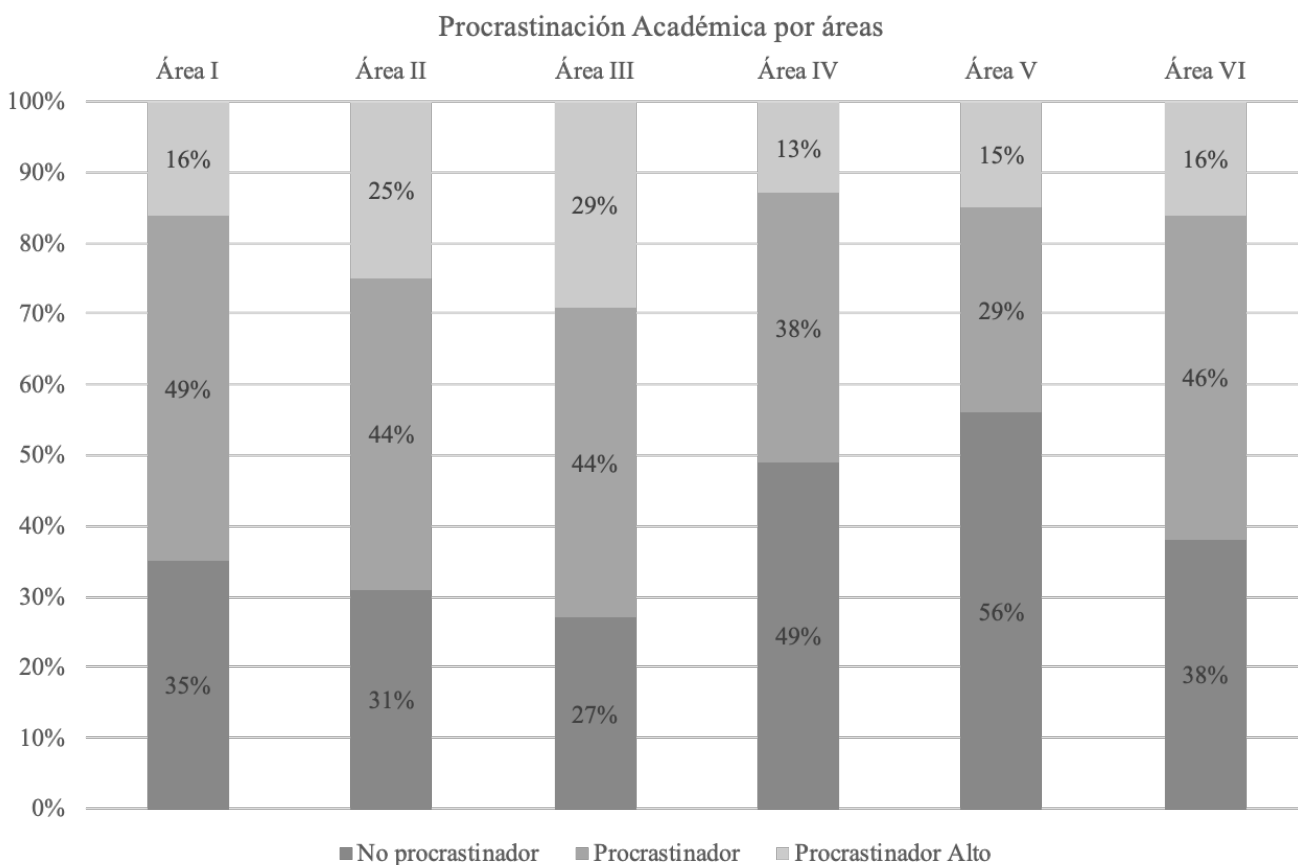


Figura 2: Procrastinación académica por área

ii. *Descriptivos y frecuencias (deseo de cambio)*

En cuanto al análisis del deseo de cambio, considerando las seis áreas académicas de investigación, se reporta una media de 3.87, en un rango de 1 a 5 (ver Tabla 15); mientras que el promedio de respuestas informó que al 52% de los estudiantes les gustaría reducir su comportamiento procrastinador, mientras que solo el 8% se ubica en el extremo contrario (no quiero reducirla). El 14% se ubica en un punto intermedio de querer reducirla en cierta medida.

Tabla 16*Medidas de tendencia central para Deseo de cambio de la PASS*

	M	DT	Asimetría	Curtosis
Deseo de cambio	3.87	1.153	-.873	-.287
Media respuestas			Frec.	%
No quiero reducirla			35	8%
(2)			37	9%
Algo			60	14%
(4)			76	17%
Desde luego me gustaría reducirla			225	52%

Al igual que en el análisis de prevalencia, para el deseo de cambio se confeccionó un gráfico (Ver Figura 3) en el cual se incluyen las seis dimensiones, aunque en el CFA se eliminaron las áreas cuatro y cinco por no ajustar con los demás elementos, además con el objetivo de presentar los resultados, de forma clara; se decidió agrupar los códigos de respuesta en “no quiero reducirla” (1 y 2), “algo” (3) y “quiero reducirla” (4 y 5).

Es así como se reporta que, en todas las áreas académicas, los estudiantes reportan querer reducir su procrastinación, principalmente en el contexto de “*Estudiar para los exámenes/pruebas*” con el 68% de preferencia, y le sigue de cerca con un 67% el “*Mantenerme al día con lecturas/trabajos/actividades*”. En cuanto a las áreas que no representan un interés por querer reducirse (“no quiero reducirla”) se encuentran justamente las no consideradas en el CFA (área V: *Tareas de asistencia*; y área IV: *Tareas académicas administrativas*). En conclusión, el deseo de cambio coincide con las áreas con mayor prevalencia de procrastinación, destacando el deseo de querer reducir aquellas dimensiones que tienen relación directa con el rendimiento académico (área I: *Escribir un trabajo de final de semestre/año*; área II: *Estudiar para los exámenes/pruebas*; y área III: *Mantenerme al día con lecturas/trabajos/actividades*) asumiendo que este tipo de actividades impacta de manera directa y negativa en los estudiantes.

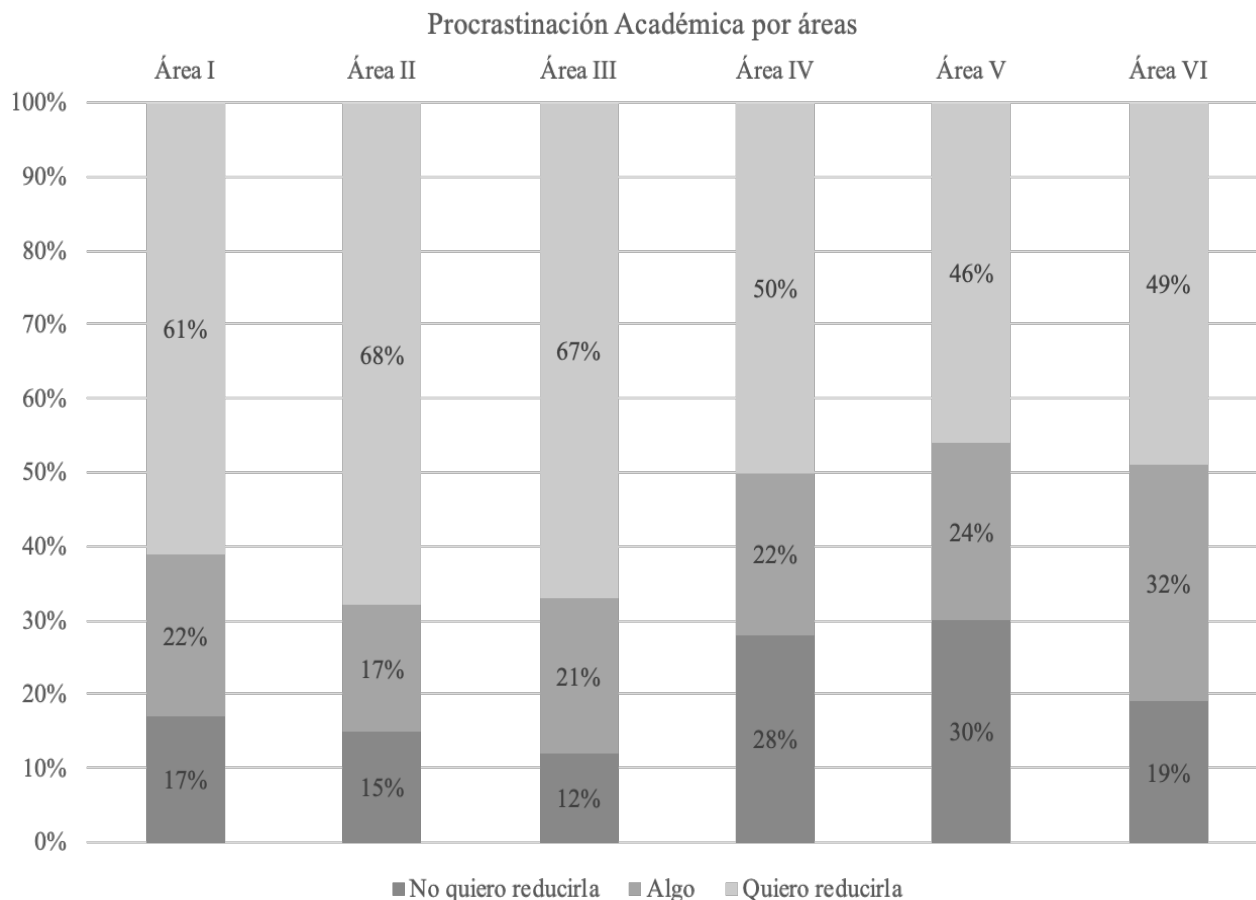


Figura 3.: Deseo de cambio por áreas

Los resultados descriptivos expuestos, tanto de la prevalencia como del deseo de cambio, son consistentes a investigaciones previas que establecen que la procrastinación en el ámbito académico ocupa niveles altos y preocupantes (Beswick et al., 1988; Schouwenburg et al., 2004; Onwuegbuzie, 2004; Steel, 2011). Asimismo, estos hallazgos coinciden con las áreas académicas con mayor nivel de procrastinación que se reportan en el estudio original (Solomon y Rothblum, 1984), en donde el 46% de los participantes autoinforma procrastinar en el contexto de “Escribir un trabajo de final de semestre/año” y la mayoría (66%) del total de estudiantes desea cambiar este comportamiento.

Relación entre la procrastinación académica y variables sociodemográficas

i. Prueba U Mann-Whitney para sexo a través de la procrastinación académica

Con el fin de conocer la relación entre la procrastinación académica (prevalencia y deseo de cambio) y si existe diferencia significativa entre hombres y mujeres se llevó a cabo una prueba de U Mann-Whitney de muestras independientes, determinado por los supuestos de homogeneidad y normalidad de los grupos a través de las pruebas de Levene y Kolmogorov respectivamente, que indicó la utilización de estadística no paramétrica.

Por tanto, este análisis determinó como variable independiente el sexo (femenino / masculino) y como variable dependiente el promedio de cada una de las variables a contrastar (prevalencia y deseo de cambio), a partir del análisis se reporta que los resultados (ver Tabla 16) con respecto a la prevalencia de la procrastinación académica no fueron significativos. Es decir, no existe una diferencia entre hombres y mujeres ($p = .58$); estos hallazgos coinciden con lo reportado previamente en el análisis del instrumento de procrastinación irracional. En conclusión, aparentemente no existe diferencia significativa entre hombres y mujeres tanto en la procrastinación irracional como disposición y en la procrastinación académica como contexto. Sin embargo, el deseo de cambio de la procrastinación académica si reportó diferencia significativa entre hombres y mujeres ($p = .05$). Por lo tanto, estos hallazgos indican que las mujeres desean cambiar mayormente su comportamiento procrastinador, en comparación a los hombres, y esto difiere a lo reportado previamente (Solomon y Rothblum, 1984).

Tabla 17

Prueba U Mann-Whitney entre procrastinación académica y sexo

	Sexo		Z	U	p
	Femenino n = 304	Masculino n = 129			
	<u>Rango promedio</u>	<u>Rango promedio</u>			
Frecuencia	219.15	211.59	-.550	18954	.58
Deseo de cambio	224.59	199.12	-1.963	17302	.05

ii. *Prueba U Mann-Whitney para ocupación a través de la procrastinación académica*

Al igual que con la procrastinación irracional, la otra variable sociodemográfica de control a contrastar, con la procrastinación académica (prevalencia y deseo de cambio) es la ocupación (trabaja / no trabaja) con el objetivo de conocer si existe diferencia significativa entre ambas variables, se ejecutó un análisis para dos muestras independientes (U Mann-Whitney), contemplando como variable independiente la ocupación (trabaja / no trabaja) y como variable dependiente el promedio de la prevalencia y el deseo de cambio de la procrastinación académica.

Los resultados de la aplicación de la prueba estadística (ver Tabla 17) reportan que no existe diferencia significativa entre los estudiantes que trabajan y los que no trabajan, para las variables prevalencia ($p = .62$) y deseo de cambio ($p = .61$). Si bien la investigación en este plano de “doble rol” aún no ha sido investigada en profundidad, estos hallazgos coinciden con lo encontrado en el análisis del instrumento de procrastinación irracional, en esta misma investigación; aunque posiblemente pueda tener cierta incidencia que la mayoría de los participantes no ejerce este doble rol.

Tabla 18

Prueba U Mann-Whitney entre ocupación y procrastinación académica

	Ocupación		Z	U	p
	Trabaja n = 106	No trabaja n = 327			
	Rango promedio	Rango promedio			
Frecuencia	222.27	215.29	-.499	16772.5	.62
Deseo de cambio	222.33	215.27	-.511	16766.5	.61

8.3. A modo de conclusión con respecto a la Procrastinación

En este acápite de resultados presentaron los resultados descriptivo de los dos instrumentos que midieron la procrastinación; de esta forma se reporta que la procrastinación irracional, como disposición, se puede medir a partir de seis ítems que responden a un único factor, mientras que la procrastinación académica estudiada como contexto, concluye que la prevalencia se puede medir mediante cinco ítems pertenecientes a un único factor; asimismo el deseo de cambio que cuenta con cuatro ítems que responden al factor cambio. Por su parte, los ítems que respondieron a los motivos de procrastinación se agruparon en tres factores, determinando un ajuste del modelo incluyendo once elementos (ver más en Anexos).

A su vez se reportó que la procrastinación irracional es un comportamiento regular entre los universitarios y en su mayoría reconocen sentirse reflejados con la premisa “*Cuando debería estar haciendo una cosa, me pongo hacer otra*”; en tanto la prevalencia de la procrastinación académica, que contempló el retraso conductual (*frecuencia*) y la angustia psicológica (*problema*), coincide con los resultados previos en que la mayoría de los estudiantes se consideran procrastinadores; asegurando que procrastinan en mayor medida cuando deben estudiar para pruebas y/o exámenes, y al momento de mantenerse al día con lecturas, trabajos y actividades. Esto coincide en que la mayoría de los estudiantes reporta querer reducir su comportamiento procrastinador en cualquier contexto académico, aunque preferentemente cuando deben estudiar para exámenes y hacer trabajos de final de semestre.

En cuanto a los hallazgos de la relación con las variables sociodemográficas se reportó que no existe diferencia significativa entre hombres y mujeres, tanto para la procrastinación irracional como para la prevalencia de la procrastinación académica; esto difiere con investigaciones previas que han reportado que la frecuencia de la procrastinación varía dependiendo del sexo (Solomon y Rothblum, 1984). Sin embargo, el factor deseo de cambio de la procrastinación reportó que las mujeres desean cambiar en mayor medida su comportamiento procrastinador, en comparación a los hombres. Mientras que la variable de control ocupación, que comparaba aquellos estudiantes que deben estudiar y trabajar, con aquellos que dedican su tiempo exclusivamente a estudiar, no reportó diferencia significativa,

tanto para la procrastinación irracional como académica. Aunque estos hallazgos aportan de manera preliminar a la investigación del doble rol que ejercen algunos jóvenes en su etapa universitaria (Domínguez-Lara, 2017).

Finalmente, se puede concluir que los universitarios son altamente procrastinadores, tanto en el ámbito de disposición de la personalidad a través del comportamiento irracional, así como también en el aspecto contextual mediante la procrastinación académica; estos hallazgos están en línea con estudios previos que alertan sobre la necesidad de intervenir en el área académica. Del mismo modo, y si bien esta tesis doctoral no se centra específicamente en analizar los motivos de la procrastinación académica, los hallazgos proponen la existencia de tres factores que responden a constructos previamente trabajados en la literatura. Asimismo, esta investigación aporta evidencia empírica y preliminar, sobre la variable sociodemográfica ocupación, lo cual contribuye a la discusión reciente por investigar el doble rol del estudiante en la universidad.

9. Resultados descriptivos y frecuencias de los factores de la autorregulación

Respecto a las medidas de tendencia central (ver Tabla 18), la media para el total del instrumento es de 3.25 ($DT = .649$), la media menor corresponde al factor toma de decisiones ($M = 2.96$, $DT = .876$), en específico el ítem “*Me cuesta decidirme sobre las cosas*” con un valor promedio de 2.73 ($DT = 1.117$); mientras que la media mayor de los factores corresponde al de aprendizaje de los errores ($M = 3.55$, $DT = .900$) en donde destaca el elemento “*Aprendo de mis errores*” que promedio 3.78 ($DT = 1.021$).

Tabla 19

Medidas de tendencia central para factores de autorregulación

	M	DT	Asimetría	Curtosis
<i>Autorregulación</i>	3.25	.649	-.226	.015
Metas	3.34	.819	-.155	-.191
Perseverancia	3.15	.868	-.185	-.400
Toma de decisiones	2.96	.876	-.142	-.305
Aprendizaje de errores	3.55	.900	-.286	-.472

Mientras que el promedio de respuestas reporta que el 43% de los estudiantes regularmente se establecen metas, mientras que un 42% declara realizarlo bastante o mucho (26% y 16% respectivamente). En cuanto al nivel de perseverancia de los estudiantes, la mayoría (38%, 194 sujetos) se autoinforma como bastante perseverante, aunque un 25% reconoce ser poco perseverante. En cuanto a la toma de decisiones de los universitarios, la mayoría de ellos (41%) declara que regularmente lo hace, lo cual se asemeja a lo observado en el factor aprendizaje de errores, en donde el 30% declara que regularmente aprende de sus propios errores, y el 31% autoinforma que esto lo hace bastante (ver Tabla 20).

Estos resultados coinciden con lo informado por investigaciones recientes (Valenzuela et al., 2020) que han estudiado población española, en donde se reporta una prevalencia de los factores de establecimiento de metas y aprendizaje de errores, por sobre la toma de decisiones y la perseverancia, y esta última a su vez se cree que no es constante en los objetivos académicos (Pichardo et al., 2014).

Tabla 20*Media de respuestas por factor de la autorregulación*

	Nada		Poco		Regular		Bastante		Mucho	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Metas	15	3%	60	12%	221	43%	138	26%	83	16%
Perseverancia	32	6%	131	25%	108	21%	194	38%	52	10%
Toma de decisiones	61	12%	89	17%	229	44%	96	19%	42	8%
Aprendizaje de errores	16	3%	57	11%	156	30%	160	31%	128	25%

Relación entre los factores de autorregulación y variables sociodemográficas

i. Prueba U Mann-Whitney para sexo a través de los factores de la autorregulación

En cuanto al análisis para conocer si existía diferencia significativa entre hombres y mujeres para cada uno de los factores de la autorregulación; se utilizó estadística no paramétrica aplicando una prueba de U Mann-Whitney de muestras independientes. En esta se consideró como variable independiente el sexo (femenino / masculino) y como variable dependiente el promedio de cada uno de los factores de la autorregulación (M, P, TD y AE).

Los resultados (ver Tabla 21) reportan que existe diferencia significativa en tres de los cuatro factores: Metas ($p = .023$), Perseverancia ($p = .001$) y Toma de Decisiones ($p = .012$), esto informa que en los tres factores son los hombres quienes tienen un rango promedio más alto; es decir, los hombres autoinforman que se establecen más metas que las mujeres, así como también tienen un mayor grado de perseverancia y aseguran tomar mejores decisiones.

Tabla 21

Prueba U Mann-Whitney entre sexo y factores de la autorregulación

	Sexo		Z	U	p
	Femenino n = 362	Masculino n = 155			
	Rango promedio	Rango promedio			
Metas	249.31	281.63	-2.271	24548	.023
Perseverancia	244.45	292.98	-3.434	227888.5	.001
Toma de decisiones	248.30	283.98	-2.506	24183	.012
Aprendizaje de errores	252.02	275.31	-1.635	25527.5	.102

9.1 A modo de conclusión con respecto a la Autorregulación

Según lo hasta aquí analizado en este acápite, se puede concluir que se aportó validez al instrumento SSSRQ (Garzon et al., 2017), identificando, en el análisis factorial, que la autorregulación se mide a través de once ítems agrupados en cuatro factores denominados: Establecimiento de Metas, Perseverancia, Toma de Decisiones y Aprendizaje de los Errores (ver más en Anexos).

Mientras que el análisis descriptivo de la autorregulación en los estudiantes, reportó un nivel intermedio para cada uno de los factores, destacando que la toma de decisiones es el aspecto que tiene la media más baja, en comparación con los otros elementos; asimismo se declara que el factor aprendizaje de los errores es el que obtiene la media más alta. Estos hallazgos suponen que los estudiantes regularmente se establecen metas, son perseverantes, toman decisiones acertadas y aprenden de sus propios errores.

Finalmente y para abordar la relación entre los factores de la autorregulación y las variables sociodemográficas de control; se sometió a prueba la diferencia existente entre hombres y mujeres. Este análisis reportó la existencia de diferencia significativa para los factores metas, perseverancia y toma de decisiones. Es decir, aparentemente los hombres autoinforman regular de forma más adecuada los aspectos vinculados al establecimiento de metas, perseverancia y toma de decisiones. En conclusión, las herramientas cognitivo-motivacional, estratégica y de disposición personal de la autorregulación son parte de la etapa de formación universitaria.

10. Resultados descriptivos y frecuencias del Estilo de vida

En lo que respecta a las medidas de tendencia central, de la variable estilo de vida saludable (considerando las cinco dimensiones con análisis factorial) se reporta que (ver Tabla 22) la media total es de $M= 2.44$ ($DT= .257$); mientras que, del total de elementos, la media menor corresponde a la dimensión condición, actividad física y deporte ($M= 1.74$, $DT= .629$), en particular con el ítem “*Participa en algún programa o actividad de ejercicio físico bajo supervisión*” con la media menor ($M= 1.45$, $DT= .770$). Por otra parte, la media mayor, del total de ítems, se presentó en la dimensión consumo de alcohol, tabaco y otras drogas ($M= 3.45$, $DT= .599$) y en específico en el elemento “*Consume alcohol o alguna otra droga cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas en su vida*” ($M= 3.61$, $DT= .664$).

Tabla 22
Medidas de tendencia central Estilo de vida saludable

	M	DT	Asimetría	Curtosis	Mínimo	Máximo
<i>Estilo de Vida saludable</i>	2.44	.257	.240	.017	1	4
CAFD	1.74	.629	1.38	2.089	1	4
ACM	2.52	.514	.296	-.380	1	4
HA	2.23	.365	.760	1.493	1	4
ATD	3.45	.599	-1.163	.877	1	4
S	2.32	.400	.213	.119	1	4

En cuanto al promedio de respuestas de las dimensiones, según la categorización (no saludable, poco saludable, saludable y muy saludable) propuesta por las autoras (Arrivillaga et al., 2002), se realizó un gráfico presentando cada una de las dimensiones, inclusive se incorporó la dimensión “Recreación y tiempo libre” aunque en el análisis factorial no presentó un ajuste adecuado (ver figura 4).

Desde este análisis se reportó que las dimensiones menos saludables fueron: CAFD con el 66% de los participantes como no saludable; mientras que HA (77%) sueño (62%) y ACM (51%) con la mayoría de los estudiantes como poco saludable. Por otra parte, ATD informó que la mayoría de los universitarios (62%) se ubica en la categoría de muy saludable;

y la dimensión recreación y tiempo libre, declara manejar este aspecto dentro de la categoría saludable (49%).

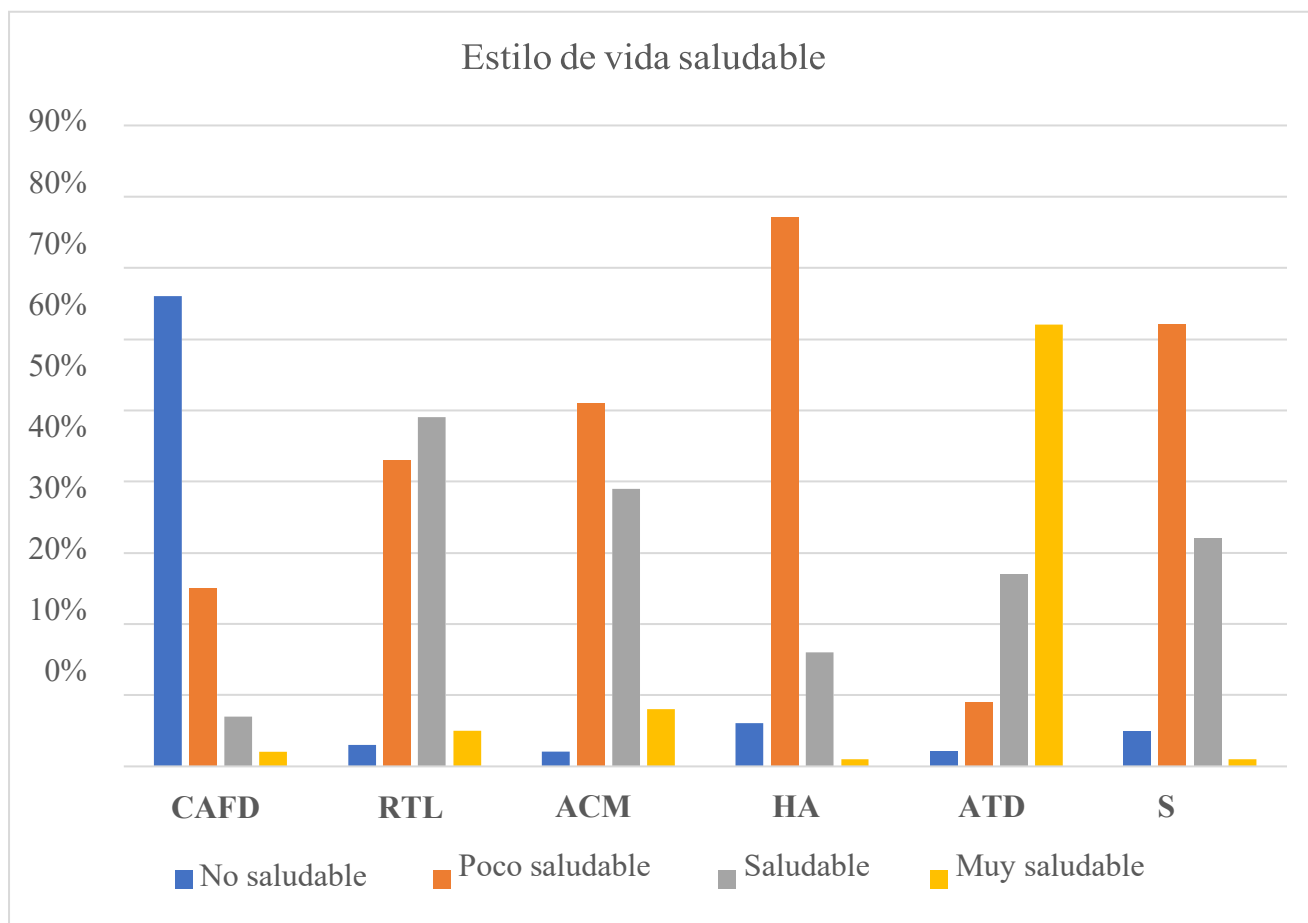


Figura 4: Estilo de vida saludable por dimensiones

Con la finalidad de entregar un análisis descriptivo más detallado en aquellas dimensiones que se agruparon y analizaron con más de un factor (ACM, HA, sueño) se reporta que, en cuanto al ACM (ver Figura 5), el factor autocuidado vial, que contempla preguntas como “obedece a las leyes de tránsito” y “usa cinturón de seguridad”, informa el puntaje más alto en la categoría muy saludable (51%); Mientras que el factor cuidado médico, que se relaciona a elementos como “va al médico por lo menos una vez al año” y “realiza exámenes de rutina una vez al año”, posiciona al 49% de los participantes en la categoría no saludable. Y finalmente, en cuanto al factor denominado autocuidado personal, que incluye preguntas como “observa con detenimiento su cuerpo para detectar cambios físicos” y “lee y sigue instrucciones cuando usa algún medicamento” reporta que el 40% de los participantes cree mantener un comportamiento poco saludable.

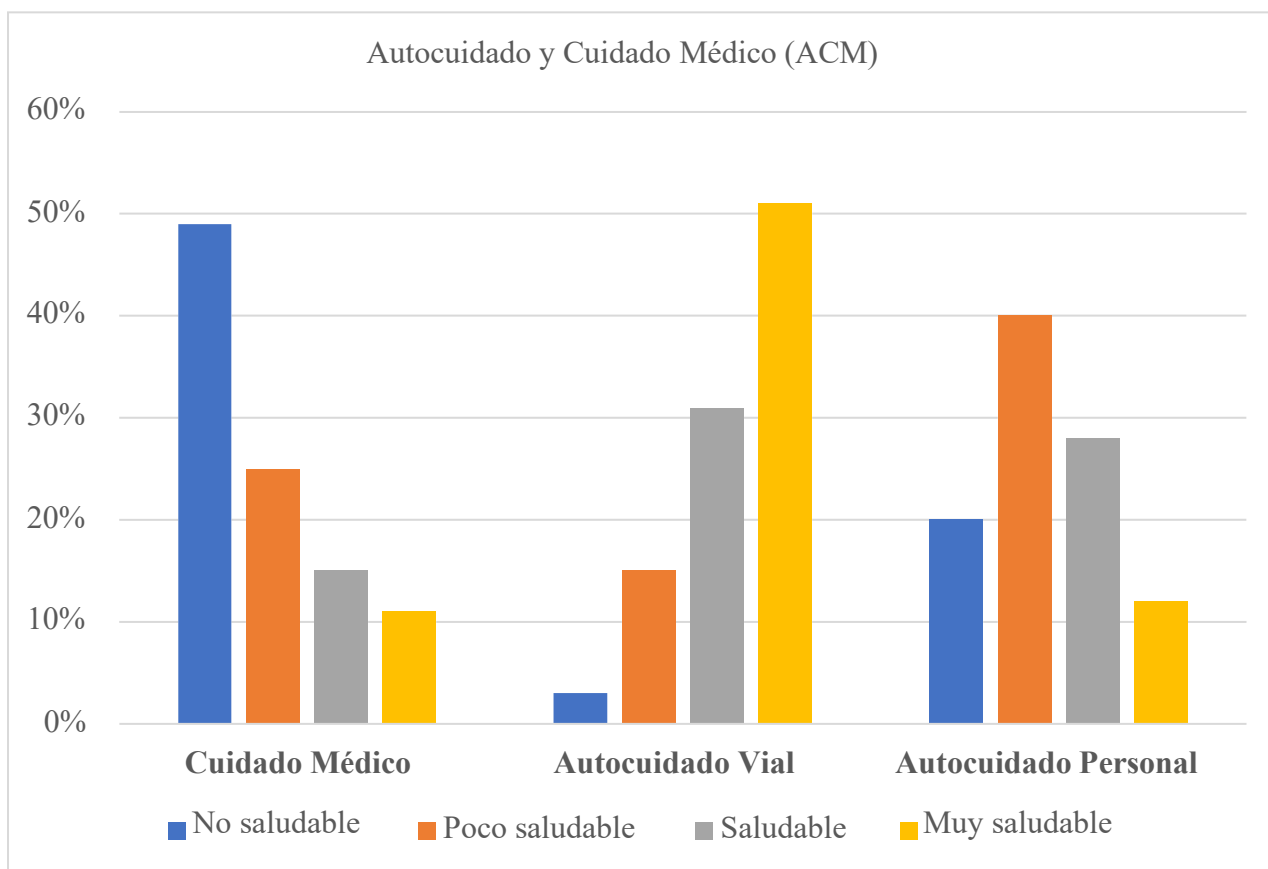


Figura 5: Dimensión Autocuidado y cuidado médico

Por otra parte, la dimensión Hábitos Alimenticios (HA) reportó que (ver Figura 6) en los tres factores denominados: alimentación no saludable, consumo de carne y alimentación saludable; la mayoría de los participantes se calificó como poco saludable; siendo principalmente perjudicial el consumo de carne, ya que el 34% de los universitarios califica como no saludable. Asimismo, cuando se les preguntó sobre el consumo de gaseosas, dulces, pasteles o helados (alimentación no saludable), el 27% de ellos declaró consumirlos con frecuencia, es decir, se posicionan en la categoría no saludable. Finalmente, los elementos que midieron el factor de alimentación saludable, como “consume entre cuatro y ocho vasos de agua al día” y “limita su consumo de grasas”, reportó que el 34% de los universitarios las practica como un hábito, por tanto, califican como saludable/muy saludable.

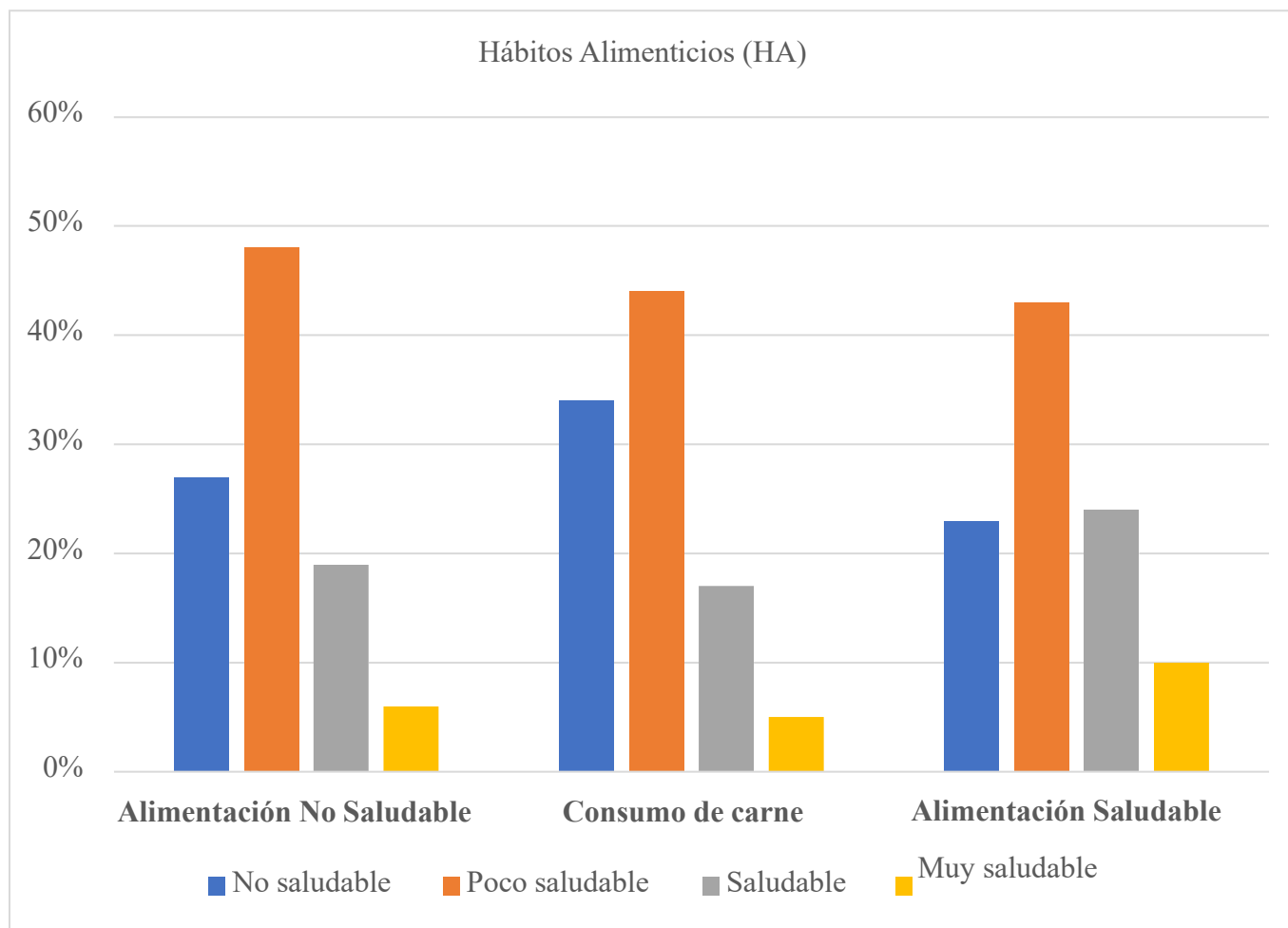


Figura 6: Dimensión Hábitos alimenticios

Finalmente, en lo que respecta a la dimensión sueño que contempla dos factores, reportó que (ver Figura 7) la mayoría de los universitarios califica como poco saludable en ambos factores (sueño de buena calidad, sueño de mala calidad); en específico cuando se les preguntó sobre la buena calidad del sueño, con preguntas como “duerme al menos 7 horas” y “respeta sus horarios de sueño”, el 27% de los universitarios declaró ser saludable, aunque también el 20% es considerado no saludable. Mientras que, cuando se consultó sobre aspectos como “le cuesta trabajo quedarse dormido” y “se levanta con la sensación de una noche mal dormida”, el 23% respondió afirmativamente por lo tanto su categorización es la de no saludable y el 55% poco saludable.

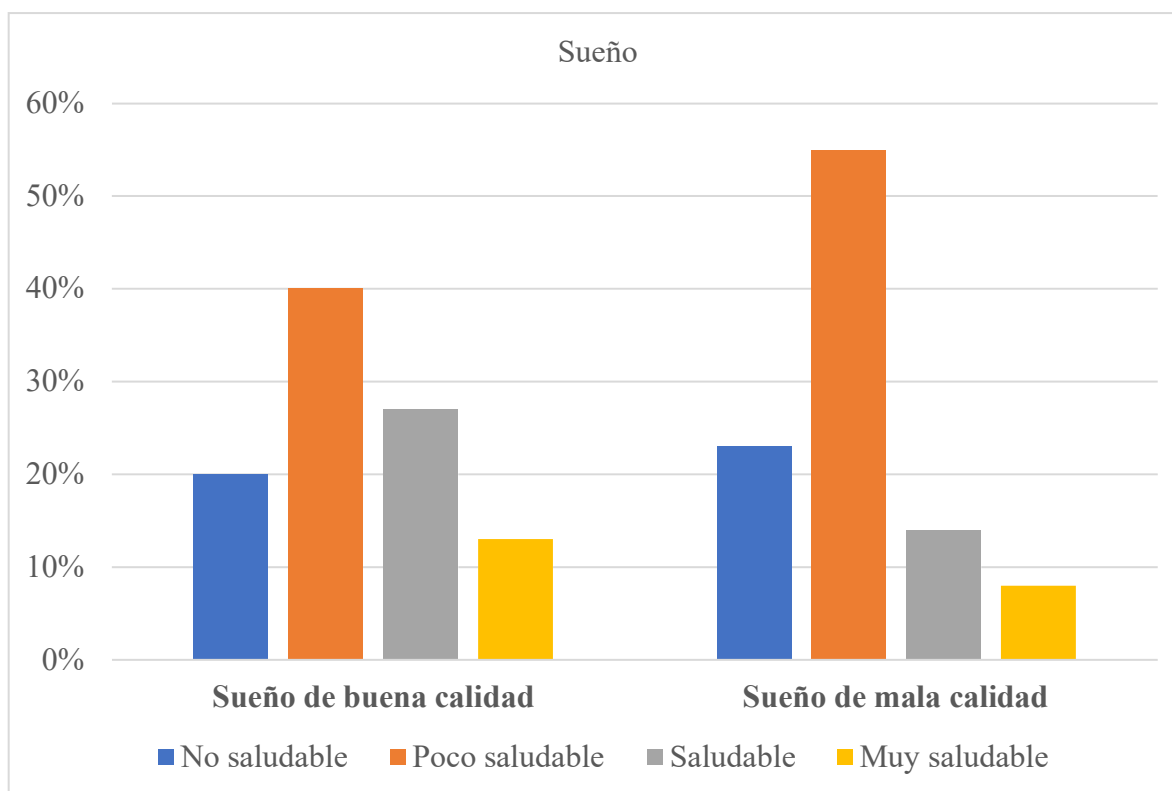


Figura 7: Dimensión Sueño

i. Relación entre las dimensiones del estilo de vida saludable y variables sociodemográficas

i. Prueba U Mann-Whitney para sexo a través de las dimensiones del estilo de vida

Para profundizar en la relación de la variable estilo de vida saludable y con el fin de conocer si existe diferencia significativa entre hombres y mujeres, se aplicó una prueba de U Mann-Whitney de muestras independientes, en la cual se consideró como variable independiente el sexo (femenino / masculino) y como variable dependiente el promedio de las dimensiones (CAFD y ATD) y promedio de los factores de las dimensiones ACM, HA y sueño. Los resultados (ver Tabla 23) reportaron que existe diferencia significativa en la dimensión CAFD ($p= .001$), y se cree que los hombres presentan comportamientos más saludables que las mujeres; Mientras que en el factor cuidado médico de la dimensión ACM ($p= .011$) las mujeres reportan comportamientos más saludables que los hombres, aunque de esta misma dimensión el factor autocuidado vial ($p= .004$) encuentra diferencia en los hombres como más saludables.

En cuanto a la dimensión HA, en específico el factor consumo de carne ($p= .001$), reporta que las mujeres consumen menos carne, por lo tanto, son más saludable que los hombres, aunque estos últimos reportan tener con más frecuencia comportamientos asociados a una alimentación saludable ($p= .004$). Finalmente, se reportó diferencia significativa en la dimensión ATD, asegurando que las mujeres consumen menos sustancias nocivas en comparación a los hombres ($p= .009$).

En conclusión, estos resultados coinciden con investigaciones vinculadas al estilo de vida saludable y en específico a lo reportado en el informe anual nacional que estudia las prácticas de los universitarios en cuanto a su estilo de vida (Ministerio del Deporte, 2015), que asegura que son los hombres quienes practican más actividad física que las mujeres; aunque reporta que el consumo de sustancias nocivas es liderado por los hombres.

Tabla 23*Prueba U Mann-Whitney entre sexo y dimensiones del estilo de vida saludable*

	Sexo		Z	U	p
	Femenino n=378 Rango promedio	Masculino n=169 Rango promedio			
CAFD	241.82	345.97	-7.243	19778.5	.001
ACM - Cuidado médico	285.34	248.64	-2.535	27655	.011
ACM - Autocuidado vial	261.10	302.86	-2.890	27063	.004
ACM - Autocuidado personal	273.20	275.79	-.179	31639	.858
HA - Alimentación no saludable	271.31	280.02	-.605	30923	.545
HA - Consumo de carne	299.57	216.81	-5.741	22276.5	.001
HA - Alimentación saludable	260.98	303.12	-2.917	27019.5	.004
ATD	285.63	247.99	-2.621	27546	.009
S - Sueño de buena calidad	271.02	280.67	-.668	30813.5	.504
S - Sueño de mala calidad	271.13	280.41	-.655	30858	.513

ii. *Prueba U Mann-Whitney para ocupación a través de las dimensiones del estilo de vida*

Con el objetivo de precisar en mayor medida el por qué el estilo de vida saludable puede verse alterado según condiciones sociodemográficas, se buscó diferencia a partir de la variable de control ocupación (trabaja / no trabaja). Para esto se aplicó una prueba de estadística no paramétrica para dos muestras independientes (U Mann-Whitney) para la cual se consideró como variable independiente la ocupación (trabaja / no trabaja) y como variable dependiente el promedio de cada una de las dimensiones y sus factores, si corresponde (ver Tabla 23). El análisis reportó diferencia significativa en dos dimensiones del estilo de vida saludable, en HA, específicamente se concluye que los estudiantes que trabajan y estudian aseguran que su consumo de carne ($p=.015$) y las prácticas asociadas a una alimentación saludable ($p=.001$), califican como poco saludable. Asimismo, existe diferencia significativa en la dimensión sueño, de manera particular en el sueño de buena calidad ($p=.001$), es decir, los estudiantes que indican que trabajan tienen un sueño de buena calidad poco saludable.

Tabla 23

Prueba U Mann-Whitney entre ocupación y dimensiones del estilo de vida saludable

	Ocupación		Z	U	p
	No trabaja n=412 Rango promedio	Trabaja n=135 Rango promedio			
CAFD	275.63	269.01	-.430	27136.5	.667
ACM - Cuidado médico	278.02	261.73	-1.050	26153	.294
ACM - Autocuidado vial	273.87	274.40	-.035	27755.5	.972
ACM - Autocuidado personal	279.88	256.07	.124	25389	.124
HA - Alimentación no saludable	271.07	282.93	-.783	26604	.434
HA - Consumo de carne	283.23	245.83	-2.422	24006.5	.015
HA - Alimentación saludable	286.28	236.51	-3.222	22749	.001
ATD	274.66	271.98	-.173	27537.5	.863
S - Sueño de buena calidad	286.22	236.71	-3.217	22776	.001
S - Sueño de mala calidad	281.63	250.73	-1.995	24668.5	.046

10.1. A modo de conclusión con respecto al Estilo de vida Saludable

En este último acápite de resultados contemplando solo los instrumentos psicométricos aplicados, se propusieron análisis factoriales (ver más en Anexos) para cada una de las dimensiones del estilo de vida saludable, y a partir de esto se concluye que la dimensión condición, actividad física y deporte se mide a partir de un factor con tres ítems; la dimensión recreación y tiempo libre no permitió el análisis factorial, por tanto, la proyección de análisis de esta dimensión es solo descriptiva. Mientras que la dimensión autocuidado y cuidado médico, se mide a través de nueve ítems agrupados en tres factores (cuidado médico, autocuidado vial y autocuidado personal); asimismo la dimensión hábitos alimenticios, medida en diez elementos, se agrupó en tres factores (alimentación saludable, consumo de carne y alimentación no saludable). Finalmente, las dimensiones: consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, se midió a través de un único factor compuesto de cuatro ítems; y la dimensión sueño, que contempló cinco elementos, se agrupó en dos factores (sueño de buena calidad, sueño de mala calidad).

En lo que respecta a hallazgos descriptivos del estilo de vida saludable en población universitaria, se concluye que las dimensiones hábitos alimenticios y práctica de actividad física son las menos saludables, sin embargo, en el cuestionario específico aplicado de práctica de actividad físico-deportiva se reporta que la mayoría de los universitarios realiza actividad física y que su práctica está considerada como adecuada según lo recomendado; aunque esto no es una práctica generalizable dentro de los estudiantes, según estudios realizados por entidades gubernamentales que buscan crear planes de intervención con respecto a esta temática; asimismo lo propone la organización mundial de la salud, ya que se ha investigado que llevar una vida sedentaria y alimentarse de manera inadecuada, es un riesgo para la salud, debido a que aparentemente esto puede provocar enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, problemas cardiovasculares, entre otros.

Además, se destaca que la dimensión sueño, que ha sido materia de estudios recientes, presentó un comportamiento poco saludable por parte de los universitarios, agregando que los participantes que se reflejaron con prácticas que no favorecen al descanso de calidad lo cual aparentemente puede influir en el rendimiento diario en las diferentes actividades con las cuales deben cumplir. De la misma forma y liderando el comportamiento poco saludable se registró el autocuidado médico, es decir, la mayoría de los universitarios asegura no preocuparse de controlarse medicamente según lo recomendado. Finalmente, se puede concluir que la mayoría de los universitarios asegura tener un consumo de alcohol, tabaco y otras drogas como muy saludable; lo que discrepa de investigaciones previas que aseguran que el consumo de sustancias nocivas en universitarios es elevado y genera preocupación.

Finalmente, este acápite buscó diferencias entre las dimensiones del estilo de vida saludable y las variables sociodemográficas de control (sexo y ocupación), lo cual reportó que existe diferencia significativa entre hombres y mujeres; ya que los hombres practican más deporte que las mujeres, sin embargo las mujeres aseguran preocuparse más de su cuidado médico; en cuanto a la alimentación los hombres tienen práctica menos saludable al consumir más carne pero a su vez declaran tener comportamientos de alimentación saludable como consumir menos golosinas y dulces. En cuanto a la búsqueda de diferencia a través de la variable ocupación se concluye que los estudiantes que trabajan y estudian se alimentan de peor manera, prevaleciendo el consumo de carne y alimentos no saludables. De la misma forma, se cree que estos tienen menos comportamientos saludables con la calidad del sueño.

11. Relación entre procrastinación y autorregulación

11.1. La procrastinación con el rol de la perseverancia y los aspectos motivacionales-estratégicos de la autorregulación.

Según lo presentado en el marco teórico de esta tesis doctoral, en donde se conceptualiza a la procrastinación como una falla en los procesos de autorregulación, y esta última, como el control consciente que la persona ejerce sobre su propia acción (Balkis y Duru, 2009; Pychyl y Flett, 2012; Steel y Ferrari, 2013; Garzón-Umerenkova y Gil-Flores, 2017b); se cree que la autorregulación predice a la procrastinación directa y negativamente (Garzón-Umerenkova et al., 2018), es decir, se asegura que mientras más autorregulado sea un estudiante menos procrastinación enfrentará (Wolters et al., 2005), ya que, aparentemente, este incrementa sus estrategias de autorregulación facilitando su propio bienestar (Kadzikowska, 2018). Asimismo, la autorregulación del aprendizaje en universitarios muestra un patrón más adaptativo del uso de estrategias cognitivas y metacognitivas (Wolters, 2003) lo cual aumentaría la capacidad de persistir y ejercer un mayor esfuerzo en las tareas académicas, evitando así prácticas de afrontamiento desadaptativas como la procrastinación (Zimmerman, 1998, Wolters et al., 2005; Zhang et al., 2018).

Asimismo, intervenciones diseñadas con el fin de prevenir la procrastinación han recomendado considerar – simultáneamente – aspectos cognitivos, meta-cognitivos, conductuales y volitivos (Pintrich y De Groot, 1990; Grunschel y Schopenhauer, 2015; Saele et al., 2017) a fin de promover y apoyar los procesos de autorregulación en el aprendizaje (Zimmerman, 1998; Grunschel et al., 2018). De hecho, se ha demostrado que las personas con altos niveles de confianza para regular su propio aprendizaje son menos propensas a procrastinar (Zhang et al., 2018) y, en consecuencia, están protegidas del malestar psicológico y/o físico resultado de una afectación negativa de su autonomía (Zimmerman, 1998).

A partir de esto, se cree que la autorregulación, se basa en al menos tres dimensiones (Kuhl, 1987; Ryan y Deci, 2017): la cognitiva-motivacional, en la cual el individuo tiene la intención de actuar, pero no necesariamente logra pasar de la intención a la acción (Dewitte y Lens, 2000a; Zimmerman, 2008; Kadzikowska, 2018; Steel et al., 2018), la volitiva,

asociada a intenciones específicas acerca de los modos concretos de llevar a cabo dichas acciones (Lay, 1986) y la estratégica, asociada a la toma de decisiones (Zimmerman, 1998).

En particular, la dimensión cognitivo-motivacional (Zimmerman, 1998) ha sido estudiada como un elemento significativamente vinculado con la procrastinación y se ha asociado a dos elementos de los cuatro factores de la autorregulación propuestos por Garzón-Umerenkova et al. (2017): el Aprendizaje de Errores (AE) y el establecimiento de Metas (ME). Por lo que se refiere a la dimensión volitiva se ha visto que ésta parece estar vinculada con disposiciones personales estables, como la perseverancia (PE), y esta a su vez es un factor de la autorregulación (Garzón-Umerenkova et al., 2017). La perseverancia ha mostrado tener un rol relevante en la relación autorregulación-procrastinación (Lam y Zhou, 2019) ya que se postula como un predictor consistente y adaptativo de esta (Wolters y Hussain, 2015; Rebetez et al., 2018; Wypych et al., 2018) y que al parecer previene la proclividad a la procrastinación de tipo irracional (Silver y Sabini, 1981; Akerlof, 1991; Burka y Yuen, 1983). Además, se ha informado que la perseverancia influye de manera positiva en los aspectos motivacionales y estratégicos de la autorregulación (Valenzuela et al., 2020) ya que aumentaría la capacidad para completar proyectos (Dewitte y Schouwenburg, 2002) y ello facilitaría el proceso de aprendizaje (Jin et al., 2019; Lam y Zhou, 2019). Respecto a la última de las dimensiones de la autorregulación, la estratégica se asocia al factor Toma de Decisiones (TD), y esta parece actuar como un mediador parcial entre la dimensión cognitivo-motivacional de la autorregulación y la procrastinación (Valenzuela et al., 2020).

Por lo tanto, según lo expuesto hasta aquí, la relación entre procrastinación y autorregulación es estrecha y ha sido comprobada en diferentes ocasiones por la comunidad científica; sin embargo, hasta la fecha no existe precisión en la medida y los modos en que las estrategias de autorregulación conscientes (AE, ME, TD) y disposiciones personales como la perseverancia (PE) influyen en la procrastinación irracional (PI) y académica (PA). A partir de esto y con la finalidad de dar respuesta al objetivo general de descubrir la medida y los modos en que se relaciona la procrastinación y la autorregulación con sus factores, se propone un modelo estructural incorporando los factores a analizar.

11.2. Modelo de Ecuaciones Estructurales procrastinación y autorregulación (Structural Equation Modeling – SEM)

El modelo incorporó seis factores (AE, ME, TD, PE, PI y PA) (ver Figura 8) considerando regresiones entre factores de acuerdo con la teoría que asegura que la perseverancia influye significativamente en las dimensiones de la autorregulación y la procrastinación (Pintrich, 2000; Wolters y Hussain, 2015; Rebetez et al., 2018; Valenzuela et al., 2020), por lo tanto, los factores AE, ME y TD de la autorregulación se cree que influyen de manera significativa en el aspecto de disposición personal perseverancia. Además, se consideró a la dimensión estratégica (toma de decisiones) como un factor que tendría relación directa y significativa en la procrastinación irracional y académica, teniendo en cuenta que se ha estudiado su rol mediador entre los aspectos cognitivo-motivacionales y la procrastinación (Pintrich y De Groot, 1990; Wolters y Hussain, 2015; Valenzuela et al., 2020).

Este modelo, denominado “modelo 0”, reportó que el factor toma de decisiones no tuvo un efecto directo significativo sobre la procrastinación irracional ($\beta = -.05$; $p = .708$) y la procrastinación académica ($\beta = .02$; $p = .846$) como consecuencia, se decidió realizar la modificación retirando la regresión “*toma de decisiones-procrastinación (PI – PA)*”; asimismo se determinó eliminar la regresión entre los factores de la autorregulación (AE a PE), ya que esta no fue significativa ($\beta = .09$; $p = .100$); de esta forma se confeccionó el modelo final, denominado “modelo 1” (ver Figura 9).

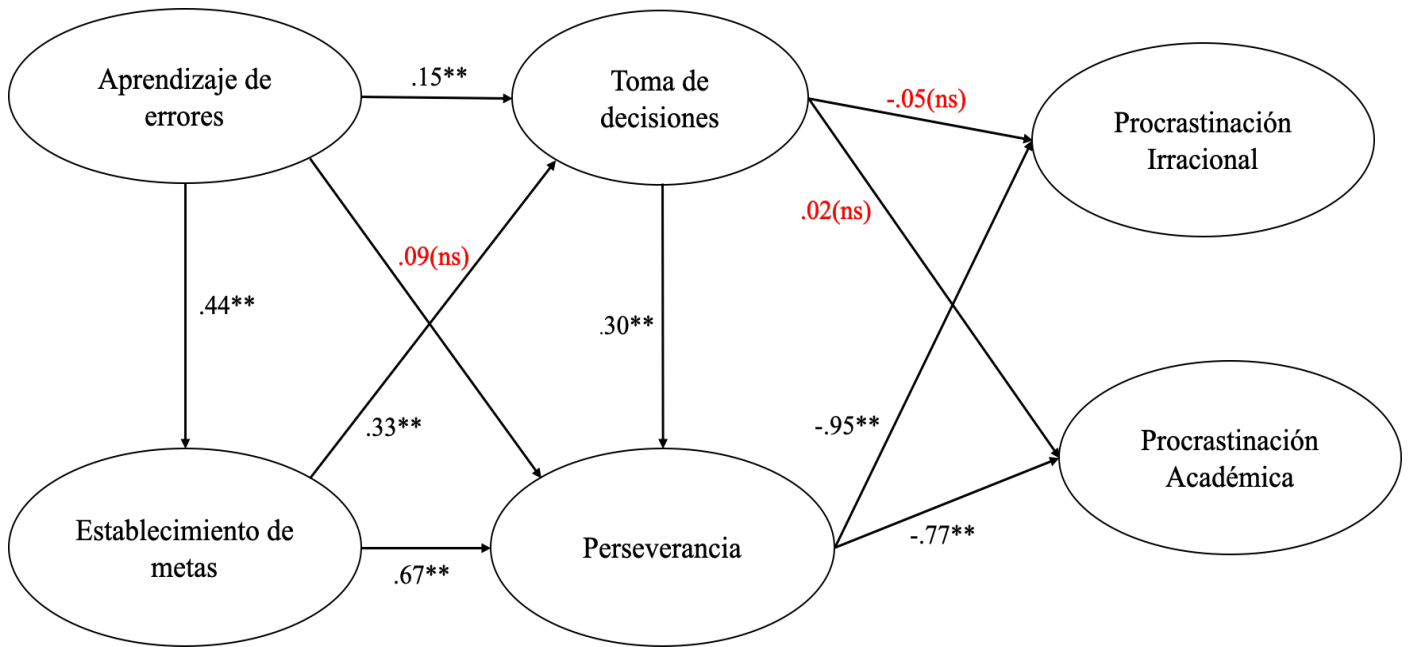


Figura 8: SEM Modelo 0
** = $p < 0.01$

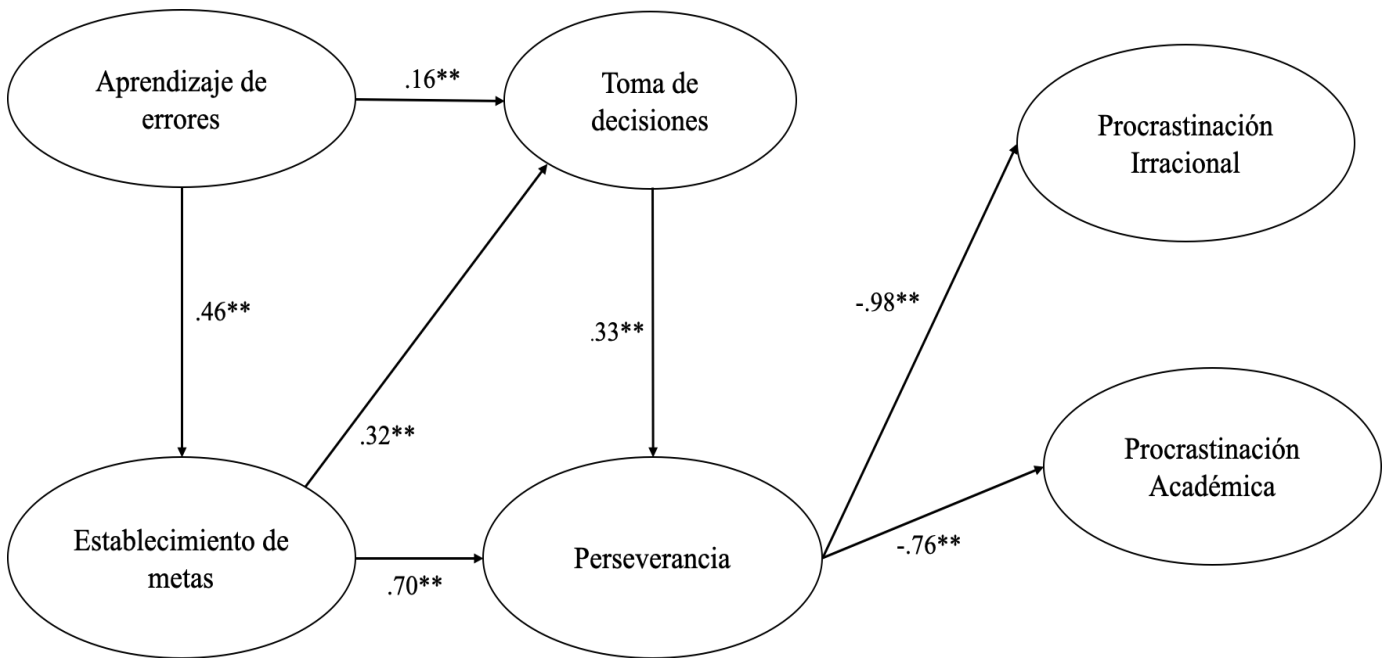


Figura 9: SEM Modelo 1
** = $p < 0.01$

De esta forma el modelo 1 ajustó adecuadamente a los índices estadísticos con un buen grado de precisión: CMIN/DF (1.843), TLI (.949), CFI (.955), SRMR (.0500), así como también el valor RMSEA hipotético de .044, con un intervalo de confianza del 90% en un rango de .037 a .052 y el valor p (PCLOSE) para la prueba de cercanía de ajuste es igual a .902; esto significa que el modelo ajusta de forma adecuada y parsimoniosa (Browne y Cudeck, 1993; Hu y Bentler, 1999). En lo que respecta a los efectos directos hipotetizados, estos fueron significativos; ya que el factor aprendizaje de errores influyó directa y significativamente en la toma de decisiones y en el establecimiento de metas, que -por su parte, influyó directa y significativamente tanto en toma de decisiones como en perseverancia.

Finalmente, el factor toma de decisiones vinculado a la dimensión estratégica de la autorregulación, influyó directamente en perseverancia, que -por su parte. ejerció un rol significativo al mediar entre las dimensiones (motivacional y estratégica) de la autorregulación y la procrastinación, tanto la irracional como la académica.

11.3. Mediaciones del modelo de relación entre los factores de la autorregulación y la procrastinación

Mediante la observación del modelo SEM propuesto y las hipótesis establecidas sobre este objetivo general de esta tesis doctoral, se procedió a realizar el análisis de mediación a través de la herramienta macro *Process* de SPSS.

El análisis se realizó a través de la mediación simple, lo cual contempla probar cómo una variable X explicativa (independiente) ejerce su efecto sobre una variable Y criterio (dependiente), postulando que una denominada variable mediadora (M) se ubica causalmente entre X e Y (Hayes, 2017; Hayes y Scharkow, 2013).

Según los principios de Hayes (2017) para analizar una relación como mediación simple (ver figura 11) es necesario que ab (efecto indirecto) sea distinto de cero; además, recientemente se propone que no es requisito que el coeficiente efecto total (c – Ver figura 14) sea distinto de cero y considera que la correlación entre X e Y no es suficiente ni necesaria para afirmar que la variable independiente influye en el elemento dependiente.

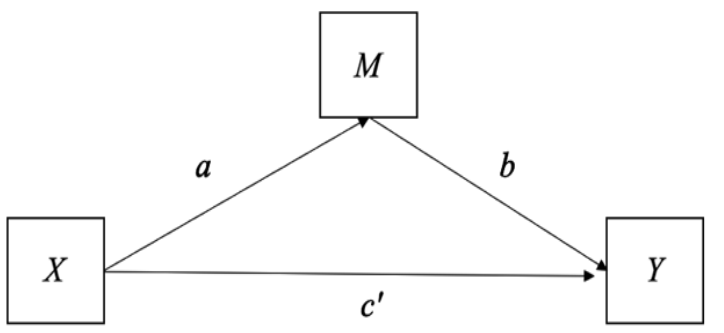


Figura 10: Diagrama estadístico del modelo de mediación simple (Hayes, 2017)
 ab = efecto indirecto; c' = efecto directo

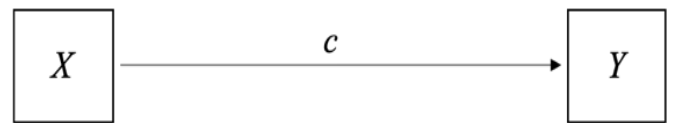


Figura 11: Efecto total de mediación simple
 c = efecto total

A partir de la teoría se realizó el análisis mediante el método de remuestreo de *bootstrapping*, aplicando 10.000 muestras de *bootstrap* para obtener un resultado confiable (Byrne, 2010) y se estableció como nivel de confianza el 95%, lo cual reportó los siguientes resultados:

Tabla 25
Mediaciones entre variables de estudio (Modelo 1)

$X \rightarrow M \rightarrow Y$	<i>a</i>	<i>b</i>	<i>c'</i>	<i>c</i>	<i>ab</i>	SE (<i>ab</i>)	95% CI
1.- AE \rightarrow ME \rightarrow TD	.33***	.25***	.16***	.24**	.13	.022	.04, .12
2.- TD \rightarrow PE \rightarrow PI	.41***	-.42***	-.17***	-.34***	-.17	.025	-.22, -.12
3.- TD \rightarrow PE \rightarrow PA	.41***	-.67***	-.32***	-.60***	-.27	.046	-.36, -.18
4.- AE \rightarrow ME \rightarrow PE	.33***	.58***	.21***	.40***	.19	.028	.14, .25

** = $p < 0.01$; *** = $p < 0.000$

1. Aprendizaje de errores (*X*) \rightarrow establecimiento de metas (*M*) \rightarrow toma de decisiones (*Y*): La mediación del establecimiento de metas entre el aprendizaje de errores y la toma de decisiones fue significativa [IC al 95%] como una mediación parcial. Por tanto, se concluye que se rechaza la hipótesis nula que plantea que el efecto indirecto es igual a cero y se puede inferir que el aprendizaje de errores activa el establecimiento de metas y ello influye en la toma de decisiones, confirmando así el rol mediador de la variable establecimiento de metas.
2. Toma de decisiones (*X*) \rightarrow perseverancia (*M*) \rightarrow procrastinación irracional (*Y*): El rol mediador de la perseverancia entre la toma de decisiones y la procrastinación irracional fue significativo [IC al 95%]. Dado que el efecto *c* fue distinto de cero la mediación fue parcial, y se puede inferir que la toma de decisiones influyó de manera positiva en la perseverancia. Y la perseverancia, consecuentemente, influyó de manera inversa en la procrastinación irracional.

3. Toma de decisiones (X) \rightarrow perseverancia (M) \rightarrow procrastinación académica (Y): La perseverancia como variable mediadora entre la toma de decisiones y la procrastinación académica reportó ser significativa como una mediación parcial [IC al 95%], eso debido a que el efecto c fue distinto de cero, por tanto, aparentemente la toma de decisiones influyó de manera positiva en la perseverancia, asimismo esta, contrarrestó la procrastinación académica.
4. Aprendizaje de errores (X) \rightarrow establecimiento de metas (M) \rightarrow perseverancia (Y): La mediación del establecimiento de metas entre el aprendizaje de errores y la perseverancia fue significativa como una mediación parcial [IC al 95%], debido a que el efecto c fue significativo y distinto de cero. En otras palabras, el aprendizaje de los errores influyó en el establecimiento de metas y este, a su vez, condujo posiblemente a una mayor perseverancia.

Una vez analizada las mediaciones simples se evaluó una mediación múltiple para testear la hipótesis de que la dimensión cognitivo-motivacional (AE y ME) influye en el aspecto personal (PE) y ello disminuye la procrastinación, tanto irracional (PI) como académica (PA). Este análisis permite comparar entre sí dos explicaciones respecto a la procrastinación; la primera, sostiene que existe un camino en el que aprender de los errores (X), entendido como el estado motivacional deliberativo que ocurre después de la acción, influye sobre la procrastinación (Y) mediante el establecimiento de metas (M_1) ya que esta fijación de objetivos permite decidir evitar conductas desadaptativas. Mientras que la segunda vía, propone que el aspecto de disposición personal, en este caso la perseverancia (M_2), sería la principal variable a través de la cual el aprendizaje de errores influiría en la disminución de la procrastinación.

Es por esto, y considerando estas dos rutas, se realizaron dos análisis de mediación múltiple, en el cual se determinó, en ambas, como variable de entrada el aprendizaje de errores (X) y variable de salida (Y), para un análisis la procrastinación irracional y para el otro la procrastinación académica. Además, se estableció que dos factores actuaran como elementos mediadores (M_1 = establecimiento de metas; M_2 = perseverancia) en el modelo. Es así como se extraen, del modelo, cuatro efectos indirectos que establecen relación entre aprendizaje de errores y procrastinación: el efecto que considera como factor mediador el establecimiento de metas (M_1); un segundo efecto indirecto que postula como elemento mediador a la perseverancia (M_2); una tercera influencia indirecta que pasa a través del establecimiento de metas (M_1) y perseverancia (M_2) secuencialmente; y finalmente, el resto del efecto de aprendizaje de errores en la procrastinación es directo (c') sin contemplar las variables mediadoras.

Luego de realizado los análisis (ver Figura 12 para procrastinación irracional y Figura 13 para procrastinación académica) se reporta que el efecto indirecto específico entre aprendizaje de errores, a través del establecimiento de metas (M_1), en procrastinación es (a_1b_1): irracional = $-.09$; académica = $-.15$; Asimismo el efecto indirecto específico a través de perseverancia (a_2b_2) es, para la procrastinación irracional= $-.06$ y para la procrastinación académica = $-.09$. Mientras que el efecto indirecto específico a través del establecimiento de metas y la perseverancia de manera secuencial($a_1d_2b_2$) reportó ser = $-.06$ para la procrastinación irracional y = $-.10$ para la procrastinación académica.

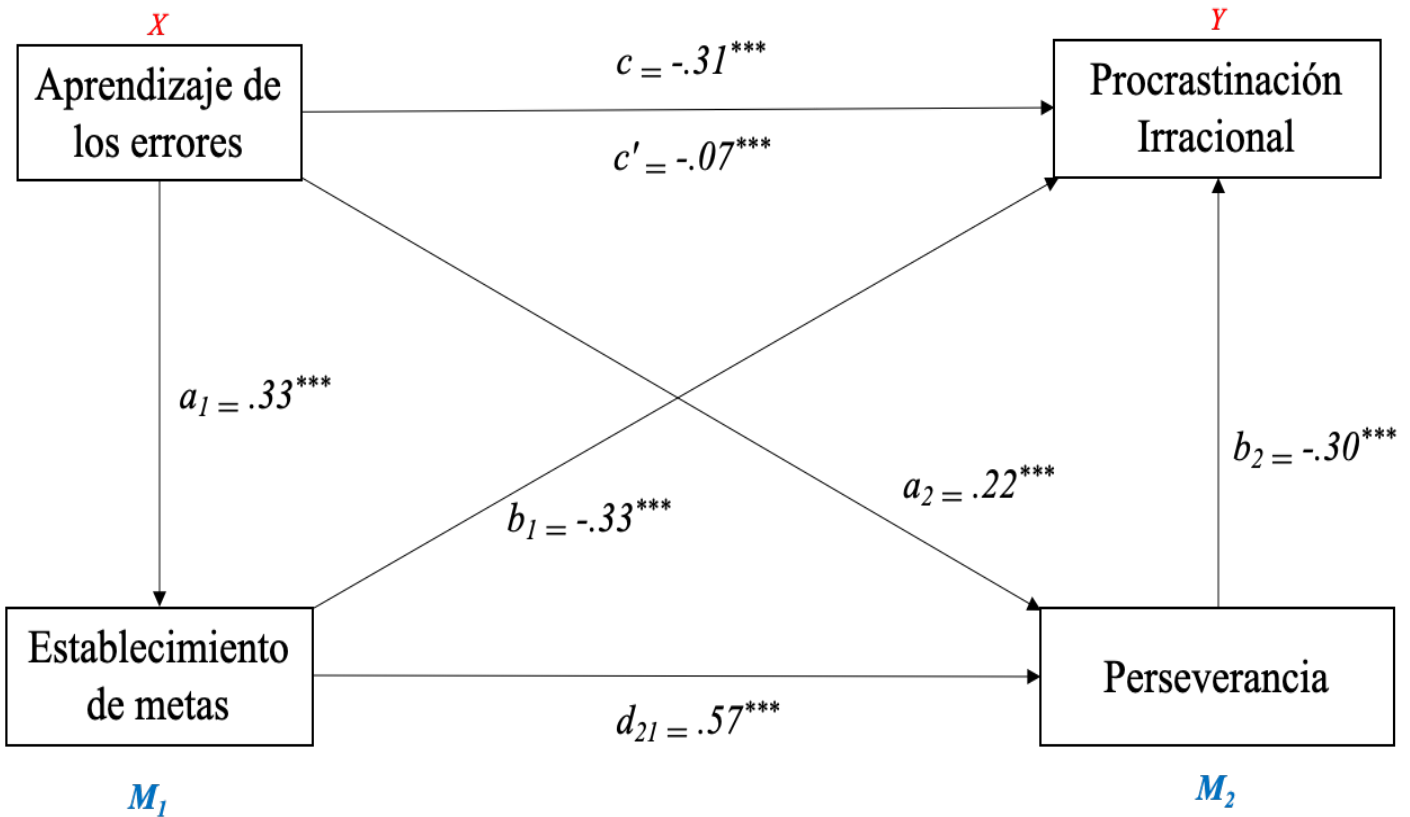


Figura 12: Diagrama estadístico de mediación múltiple entre autorregulación y procrastinación irracional

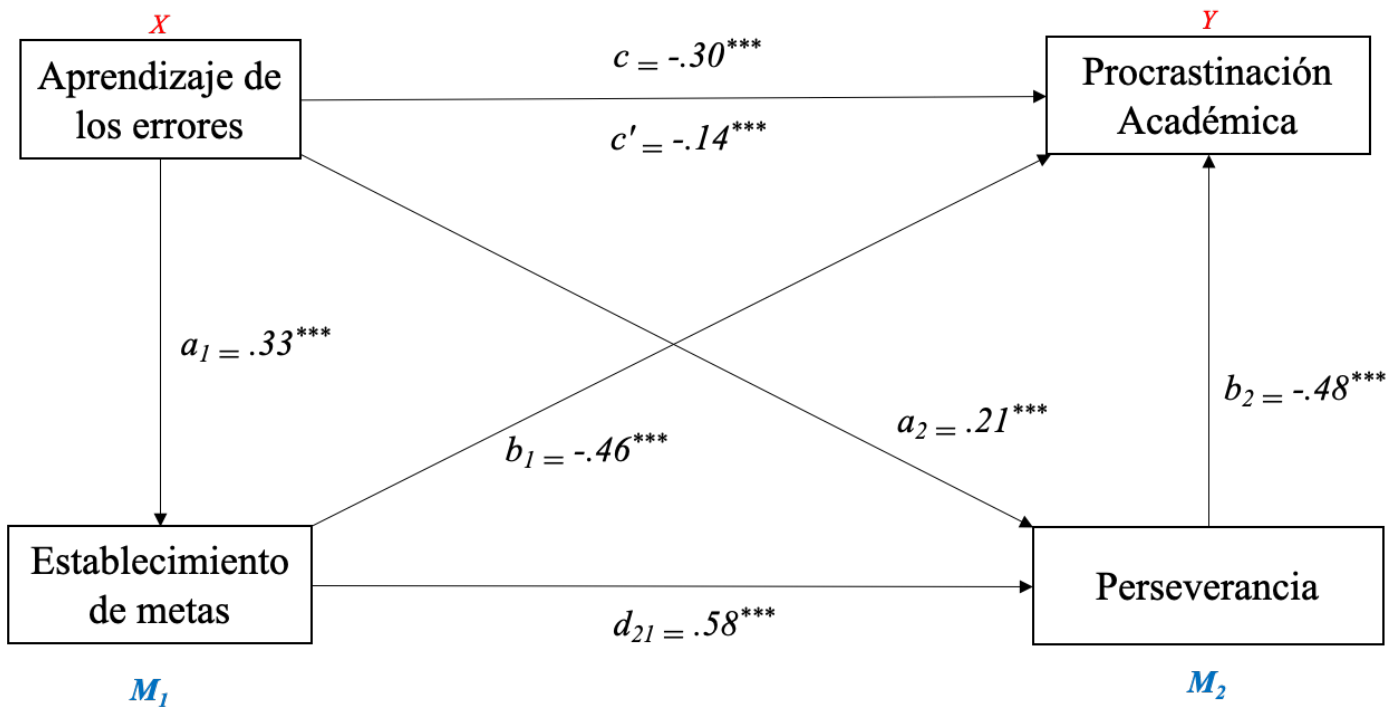


Figura 13: Diagrama estadístico de mediación múltiple entre autorregulación y procrastinación académica

Finalmente, a partir de este análisis se obtuvo que el efecto indirecto total (considerando la sumatoria de $a_1b_1 + a_2b_2 + a_1d_2b_2$) entre aprendizaje de errores y procrastinación irracional es = -.21 y para la procrastinación académica = -.34. Por lo tanto, y a partir de estos hallazgos, se comparó el efecto entre mediadores (contrastes), lo cual reportó que: C_1 (que comparó a_1b_1 con $a_1d_2b_2$) para la procrastinación irracional es = -.02, SE = .025, 95% CI -.07, .02, y para la procrastinación académica = -.05, SE = .054, 95% CI -.16, .06; C_2 (que comparó a_1b_1 con a_2b_2) reportó para la procrastinación irracional ser = -.027, SE = .017, 95% CI -.06, .01, y para la procrastinación académica $C_2 = -.06$, SE = .045, 95% CI -.15, .03; finalmente C_3 (que comparó $a_1d_2b_2$ con a_2b_2) indicó para la procrastinación irracional ser = .004, SE = .018, 95% CI -.04, .03, mientras que para la procrastinación académica fue = -.007, SE = .029, 95% CI -.04, .03,

A partir de estos hallazgos se puede inferir y afirmar que el único efecto indirecto significativo, contemplando ambas mediaciones, fue el C_3 del modelo de procrastinación académica. Este contrastó el efecto entre aprendizaje de errores, establecimiento de metas, perseverancia y procrastinación académica; con aprendizaje de errores, perseverancia y procrastinación académica. Esto concluye que es significativo el efecto entre aprendizaje de los errores y la procrastinación académica cuando la relación es mediada por el factor establecimiento de metas y de manera secuencial la perseverancia; es decir, para que los estudiantes disminuyan la procrastinación en el contexto académico no les basta solo con aprender de sus errores, sino que también deben establecerse metas y perseverar en ellas para no caer en conductas desadaptativas como la procrastinación.

12. Relación entre autorregulación y estilo de vida saludable

12.1. La perseverancia como elemento fundamental para autorregular el estilo de vida saludable en universitarios

Diversas campañas gubernamentales e investigaciones a nivel mundial han aconsejado sobre la necesidad de mantenerse saludables en base a llevar un estilo de vida saludable (WHO, 2011), el cual implica generar hábitos en prácticas como la actividad física, alimentación, evitar el consumo de sustancias nocivas, y recientemente se incorporó el estudio de la calidad del sueño y descanso (Sirois, 2015a). Esta necesidad surge a partir de la alerta sobre posibles enfermedades físicas y psicológicas, que arrastrarían los hábitos deficientes vinculados con la salud; lo cual afecta directamente el bienestar de las personas.

Esta intervención constante, para promover un estilo de vida saludable, ha estado fundamentada en la teoría de la autorregulación, ya que investigaciones previas sostienen que la autorregulación fomenta comportamientos que promueven una buena salud mediante el establecimiento de objetivos (Clark y Zimmerman, 1990), a través del uso de estrategias de autocuidado (Loft y Cameron, 2013; Kroese et al., 2014); y el control de decisiones impulsivas relacionadas a conductas que afecten el buen funcionamiento de la salud (Eisenverg y Miller, 1987). A partir de esto, se cree que el bajo autocontrol, vinculado a la salud, está directamente relacionado con la discrepancia entre la intención y la acción, ya que el dominio de la buena salud supone desafíos especiales para la autorregulación (Baumeister et al., 1994; Sheeran, 2002; Sheeran et al., 2005).

Sobre la base que la autorregulación supone ser el control consciente sobre el propio comportamiento (Balkis y Duru, 2009; Pychyl y Flett, 2012; Steel y Ferrari, 2013; Garzón-Umerenkova y Gil-Flores, 2017b), recientemente, se ha aplicado una visión triádica de autorregulación (Zimmerman et al., 1996; Zimmerman, 1989; 2000) para entender el funcionamiento conductual relacionado con el estilo de vida saludable.

Esta teoría responde al uso de estrategias cognitivas, meta-cognitivas y conductuales al momento de decidir y ejecutar un comportamiento vinculado al estilo de vida saludable; y a su vez, estas herramientas se mantienen o modifican sobre la base de la retroalimentación activa de comportamientos personales, que incluyen factores cognitivos y afectivos; conductuales que se refieren a acciones y reacciones de un individuo; y ambientales que involucran factores sociales y físicos.

Estos factores de autorregulación, se agrupan en tres dimensiones (Kuhl, 1987; Ryan y Deci, 2017): la cognitiva-motivacional, en la cual el individuo tiene la intención de actuar, pero no necesariamente logra pasar de la intención a la acción (Dewitte y Lens, 2000a; Zimmerman, 2008; Kadzikowska, 2018; Steel et al., 2018), la volitiva, asociada a intenciones específicas acerca de los modos concretos de llevar a cabo dichas acciones (Lay, 1986) y la estratégica, asociada a la toma de decisiones (Zimmerman, 1998).

En particular, la dimensión cognitivo-motivacional (Zimmerman, 1998) ha sido estudiada como un elemento primordial para fortalecer los comportamientos vinculados a una buena salud y estilo de vida, específicamente mediante el establecimiento de objetivos (Clark y Zimmerman, 1990) factor que coincide con uno de los dos elementos vinculados a la autorregulación: establecimiento de Metas (ME) y el Aprendizaje de Errores (AE) (Garzón-Umerenkova et al., 2017). En cuanto a la dimensión volitiva se ha visto que ésta parece estar vinculada con disposiciones personales estables, como la perseverancia (PE), siendo un factor de la autorregulación (Garzón-Umerenkova et al., 2017) que aparentemente aumentaría la capacidad para completar proyectos (Dewitte y Schouwenburg, 2002) influyendo de manera positiva en aspectos motivacionales y estratégicos de la autorregulación (Valenzuela et al., 2020). Respecto a la última de las dimensiones de la autorregulación, la estratégica se asocia al factor Toma de Decisiones (TD), y esta parece influir en el control de decisiones impulsivas relacionadas a conductas que afecten el buen funcionamiento de la salud (Eisenverg y Miller, 1987).

Según lo expuesto hasta aquí, parece clara la relación entre autorregulación y el estilo de vida saludable y aquello está fundamentado en recomendaciones de expertos que aseguran que la promoción y la educación de un estilo de vida saludable, teniendo como base las dimensiones de la autorregulación, aumentarían la práctica y adherencia a programas de ejercicio físico (Chatzisarantis et al., 1997; Oaten y Cheng, 2006), disminuiría el consumo de sustancias nocivas y aumentaría el hábito de una alimentación saludable (Oaten y Cheng, 2006); sin embargo no existe precisión, de medida y modos, en que estas dimensiones influyen en comportamientos asociados al estilo de vida saludable como: Condición, Actividad Física y Deporte (CAFD), Hábitos Alimenticios (HA), consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas (ATD) y el comportamiento del Sueño (S).

12.2. Modelo de Ecuaciones Estructurales autorregulación y estilo de vida saludable (Structural Equation Modeling – SEM)

A partir de esto y con la finalidad de dar respuesta al objetivo general de conocer cómo influyen las dimensiones de la autorregulación (cognitivo-motivacional, estratégica y personal) en los comportamientos (seleccionados) asociados con el estilo de vida saludable; se propuso un modelo estructural (ver Figura 14) incorporando cuatro factores pertenecientes a la autorregulación (AE, ME, TD y PE) y cuatro que responden al estilo de vida saludable (CAFD, HA, ATD y S). En el modelo se aplicaron regresiones, de acuerdo con la teoría, que propone al factor de disposición personal, perseverancia, como el elemento clave para alcanzar los objetivos propuestos (Dewitte y Schouwenburg, 2002) y actuando como mediador -a la vez- entre la dimensión cognitivo-motivacional (Clark y Zimmerman, 1990) y la dimensión estratégica (Eisenverg y Miller, 1987) con los factores del estilo de vida saludable (Arrivillaga y Salazar, 2005).

Este modelo, denominado “SEM autorregulación y estilo de vida saludables”, reportó ajustar adecuadamente a los índices estadísticos con un buen grado de precisión: CMIN/DF (2.260), TLI (.895), CFI (.908), SRMR (.0672), así como también el valor RMSEA hipotético de .050, con un intervalo de confianza del 90% en un rango de .044 a .056 y el valor p (PCLOSE) para la prueba de cercanía de ajuste es igual a .469; Por lo tanto, se puede asegurar en un 90% que el modelo propuesto, reportará un valor RMSEA en la población dentro de los límites de .044 y .056, lo que representa un buen grado de precisión y adecuación parsimoniosa (Browne y Cudeck, 1993; Hu y Bentler, 1999).

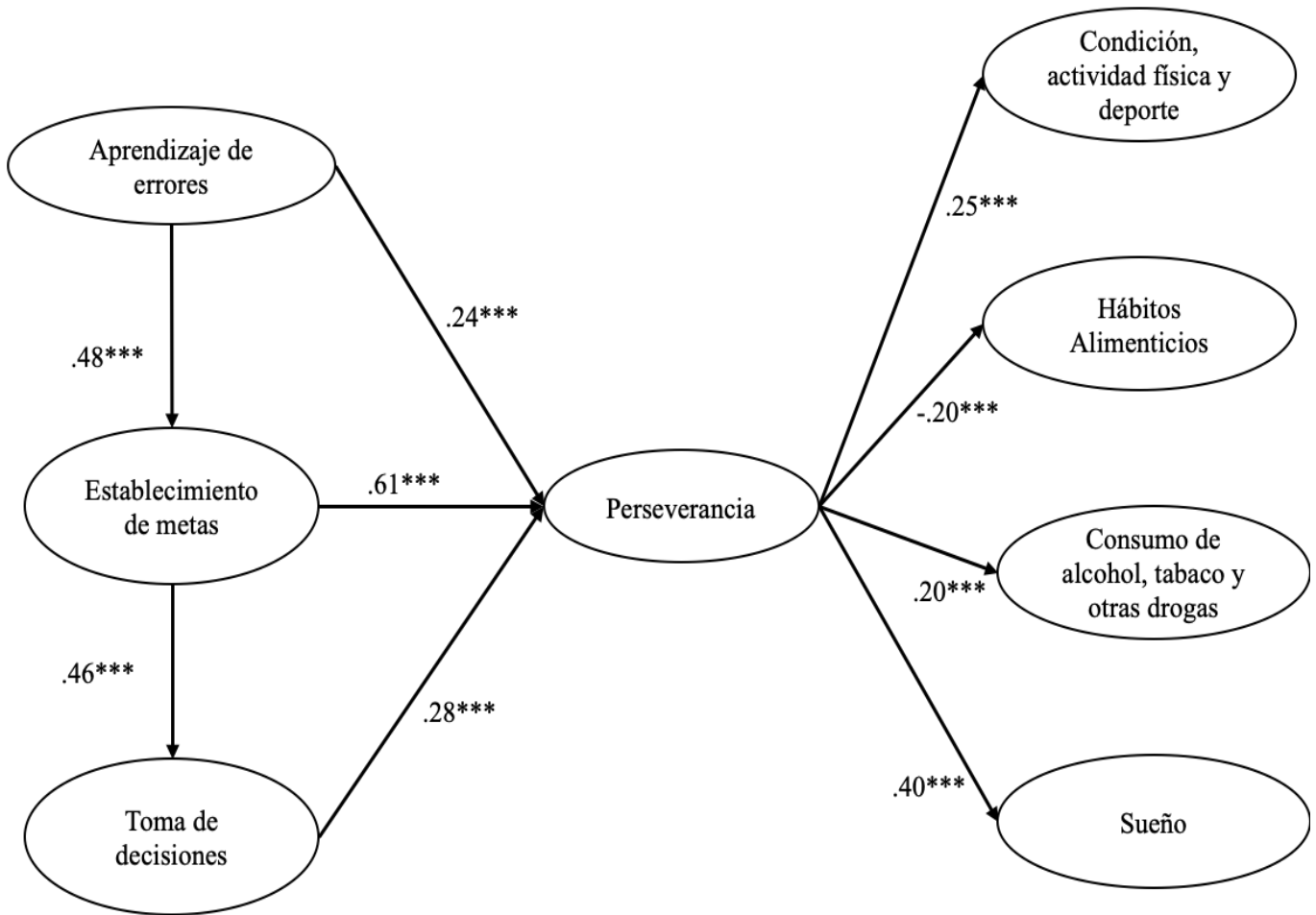


Figura 14: SEM autorregulación y estilo de vida saludable
 *** = $p < 0.00$

En lo que respecta a los efectos directos hipotetizados, todos indicaron un nivel de significancia alto ($p < 0.00$); teniendo el efecto estandarizado mayor la relación entre el establecimiento de metas y la perseverancia, mientras que el aprendizaje de los errores influyó directamente en el establecimiento de metas y este a su vez en la toma de decisiones. Mientras que los efectos directos hacia el estilo de vida saludable reportan que el factor de disposición personal perseverancia, de la autorregulación, se relacionó directamente con todos los factores del estilo de vida, aunque en mayor medida con el factor sueño, aunque si se relacionó positivamente con la práctica de actividad física y el consumo de sustancias nocivas.

Finalmente, la relación entre perseverancia y hábitos alimenticios es significativa pero negativa, es decir a mayor perseverancia menos hábitos alimenticios; esto podría asociarse a que los factores vinculados a los hábitos alimenticios responden en mayor medida a comportamientos de alimentación no saludable.

12.3. Mediaciones del modelo de relación entre los factores de la autorregulación y el estilo de vida saludable

El modelo SEM propuesto y las hipótesis establecidas sobre este objetivo general, suponen la realización de análisis de mediación, contemplando las dimensiones de la autorregulación; debido a esto el análisis se realizó a través de la herramienta macro *Process* de SPSS, aplicando en primera instancia un análisis de mediación simple según los principios teóricos de esta (Hayes, 2017; Hayes y Scharkow, 2013) y aplicando 10.000 muestras de *bootstrap* con un nivel de confianza del 95% (Byrne, 2010).

Tabla 26

Mediaciones entre variables de estudio (Modelo autorregulación y estilo de vida saludable)

$X \rightarrow M \rightarrow Y$	a	b	c'	c	ab	$SE(ab)$	95% CI
1.- ME \rightarrow PE \rightarrow HA	.64***	-.06**	.09***	.05	-.04	.017	-.07, -.005
2.- AE \rightarrow PE \rightarrow ATD	.41***	.05	.13***	.14***	.01	.015	-.02, .04
3.- ME \rightarrow PE \rightarrow S	.64***	.05*	.07***	.03*	.03	.018	-.06, .05

** = $p < 0.01$; *** = $p < 0.000$

1. Establecimiento de metas (X) \rightarrow perseverancia (M) \rightarrow hábitos alimenticios (Y): La mediación de la perseverancia entre el establecimiento de metas y los hábitos alimenticios fue significativa [IC al 95%] como una mediación total. Por lo tanto, se concluye que se rechaza la hipótesis nula que plantea que el efecto indirecto es igual a cero y se puede inferir que, el establecimiento de metas influye en la perseverancia para que así se contrarresten los hábitos alimenticios no saludables, ya que como se hizo mención anteriormente, el factor hábitos alimenticios se asocia a las prácticas deficientes de este.

2. Aprendizaje de errores (X) \rightarrow perseverancia (M) \rightarrow consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (Y): El rol mediador de la perseverancia entre el aprendizaje de los errores y el consumo de sustancias nocivas fue significativo [IC al 95%]. Dado que el efecto c fue distinto de cero la mediación fue parcial, y a partir de esto se reporta que el aprendizaje de los errores influye de manera positiva en la perseverancia, y esta a su vez, consecuentemente, afecta en el consumo de sustancias nocivas.

3. Establecimiento de metas (X) \rightarrow perseverancia (M) \rightarrow sueño (Y): La mediación de la perseverancia entre el establecimiento de metas y el comportamiento sueño, fue significativa como una mediación parcial [IC al 95%], debido a que el efecto c fue significativo y distinto de cero. En otras palabras, se cree que el establecimiento de metas influyó en la perseverancia de metas y este, a su vez, condujo posiblemente a una mejor calidad de sueño.

13. Relación entre procrastinación, autorregulación y estilo de vida saludable

13.1. Extensión del modelo procrastinación-salud a partir de la autorregulación y los comportamientos asociados al estilo de vida saludable

la procrastinación, entendida como un retraso innecesario e irracional, afecta de manera negativa en el bienestar de las personas, contemplando diversas áreas afectadas, como la salud mental (Saddler y Sacks, 1993; Fernie et al., 2016; Rice et al., 2012; Flett et al., 2016; Khalid et al., 2019) y la salud física (Sirois et al., 2003; Sirois y Tosti, 2012; Stead et al., 2010). A su vez, esta última afección ha sido investigada desde la enfermedad autoinformada, determinando que un estudio pionero, reportó que la procrastinación en estudiantes ocasionó peor rendimiento académico, mayor estrés y más enfermedades (Tice y Baumeister, 1997).

A partir de esta investigación y como se detalló en el capítulo I de esta tesis doctoral, se inicia una línea de investigación basada en conocer por qué la procrastinación puede generar un riesgo de mala salud; a partir de esto se crea un modelo teórico denominado “modelo procrastinación-salud” (ver Figura 18) (Sirois et al., 2003), el cual propone dos rutas de relación entre procrastinación y salud: una vía directa o relacionada con el estrés, y una ruta indirecta o conductual que plantea que la procrastinación posiblemente genere un riesgo de mala salud a través del vínculo con comportamientos relacionados al no autocuidado de la salud.

Las diversas aplicaciones del modelo coinciden en reportar que la relación procrastinación-salud está asociada a mayor estrés, práctica menos frecuente de comportamientos que promueven la salud y un mayor número de enfermedades agudas auto informadas (Sirois et al., 2003; Sirois, 2007). Asimismo, recientemente, este modelo se ha transformado en el lente conceptual para estudiar diversos resultados de salud física asociados a la procrastinación, como los problemas de salud agudos (Sirois, 2007; Sirois et al., 2003; Sirois, Voth y Pychyl, 2009), la salud autoevaluada (Sirois y Stout, 2011; Sirois y Tosti, 2012), la calidad del sueño (Sirois, Van Eerde y Argiropoulou, 2015) y enfermedades como hipertensión y problemas cardiovasculares (Sirois, 2015b).

En línea con estos hallazgos se ha determinado, además, que los resultados vinculados a la salud reportan que estar en un mal estado de salud puede ser estresante e impedir la práctica de comportamientos saludables como mantenerse físicamente activos y comer de manera saludable, lo que posiblemente aumente la vulnerabilidad a la mala salud por procrastinar y consecuentemente contribuir a un mayor malestar (Solberg et al., 2013); así como también las consecuencias de la procrastinación posiblemente aumenten si la tarea que se está procrastinando está directamente relacionada con el manejo de la salud física (autocuidado), como acudir al médico para un diagnóstico o chequeos (Samet et al., 2001; Sirois, 2007; Sirois et al., 2003; Yaniv, 2002).

Es por lo precisado hasta aquí que si bien el modelo es una herramienta contundente para vincular la procrastinación con la afección a la salud física; no se ha podido establecer una relación significativa, desde un único análisis, mediante la vía indirecta que propone la variables, comportamientos que promueven una buena salud, como mediador entre la procrastinación y la salud autoinformada, así como tampoco se ha contemplado incluir la variable autorregulación como elemento estratégico que otorga herramientas para disminuir y/o aumentar la procrastinación. A partir de esto, se propone e hipotetiza la realización de una extensión del modelo procrastinación-salud, considerando la variable estilo de vida saludable como la vinculada a la enfermedad autoinformada (ya que se ha precisado que mantener un estilo de vida saludable aminora los riesgos de enfermedad a corto y largo plazo); asimismo se sugiere incorporar la variable autorregulación como una herramienta teórica que ha explicado y orientado la intervención del fenómeno de la procrastinación y el estilo de vida saludable.

13.2. Modelo de Ecuaciones Estructurales para la extensión del modelo procrastinación-salud (Structural Equation Modeling – SEM)

Con el objetivo de dar solución a la búsqueda de relación entre la procrastinación, autorregulación y estilo de vida saludable se hipotetiza un modelo de ecuaciones estructurales (ver Figura 16) en el cual se considera como variable entrante a la procrastinación irracional, dimensión que no ha sido estudiada en este modelo ya que investigaciones previas han utilizado escalas de procrastinación general (Lay, 1986) aunque se recomienda extender el modelo a otras medidas de procrastinación (Sirois, 2007).

Del mismo modo y como variable mediadora entre la procrastinación y variables asociadas al estilo de vida saludable, se incorpora la autorregulación, la cual contempla elementos como el aprendizaje de los errores, establecimiento de metas, toma de decisiones y perseverancia (Garzón-Umerenkova et al. 2017).

Además, este modelo hipotético propone utilizar la dimensión Autocuidado y Cuidado Médico (ACM) (revisada en el apartado de resultados psicométricos), ya que esta contempla elementos como: acudir a una cita con el médico, automedicarse o leer el prospecto de algún medicamento; que responde a la variable “retraso del tratamiento” o comportamientos asociados al cuidado médico del modelo original. Así como también contempla como variable de salida al estilo de vida saludable, contemplando las dimensiones de Condición, Actividad Física y Deporte (CAFD), Hábitos Alimenticios (HA), consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas (ATD) y Sueño (S). Estas dimensiones del estilo de vida, han determinado que influyen directamente en contribuir o contrarrestar en diferentes enfermedades, específicamente se ha determinado que la práctica de actividad física y la alimentación saludable son dos comportamientos fundamentales para evitar enfermedades a corto o largo plazo.

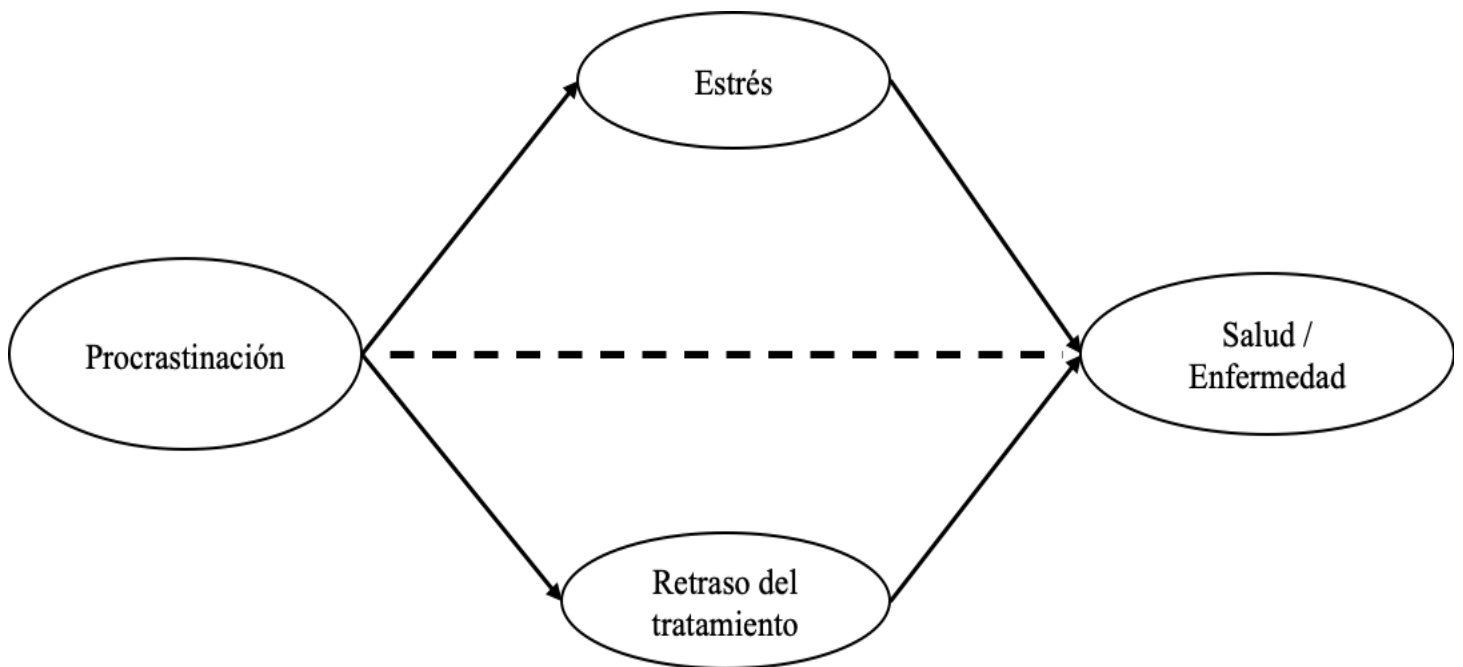


Figura 14: Modelo original procrastinación-salud (Sirois et al., 2003)

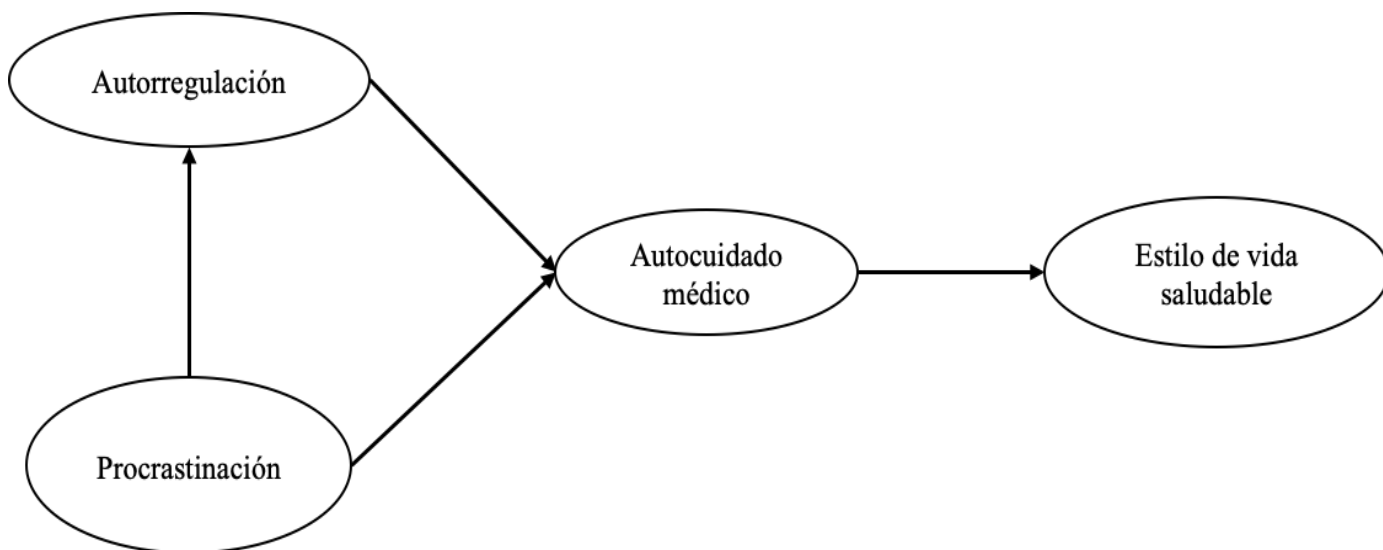


Figura 16: Extensión del modelo procrastinación-salud (propuesta)

El modelo SEM denominado extensión del modelo original procrastinación-salud, contempló siete factores: Procrastinación Irracional (PI), Autorregulación (AR), Autocuidado y Cuidado Médico (ACM), Condición, Actividad física y Deporte (CAFD), Hábitos Alimenticios (HA), consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas (ATD), y Sueño (S). El cual, ajustó y se adaptó de manera adecuada a los índices estadísticos: CMIN/DF (2.024), TLI (.901), CFI (.912), SRMR (.0531), así como también el valor RMSEA hipotético de .045, con un intervalo de confianza del 90% en un rango de .040 a .051 y el PCLOSE p (PCLOSE) para la prueba de cercanía de ajuste es igual a .913. Por lo tanto, se puede asegurar, que estadísticamente, este modelo reportará un valor RMSEA en la población dentro de los límites de .046 y .062, con un 90% de confiabilidad, lo que es considerado como grado de precisión adecuado y parsimonioso (Browne y Cudeck, 1993; Hu y Bentler, 1999).

En cuanto a las regresiones, el modelo (ver Figura 17) reportó que los efectos directos hipotetizados fueron significativos; excepto el efecto directo entre procrastinación y la variable ACM, la que a su vez no se relaciona directamente con el ATD y S. Por otra parte, se observa que el factor procrastinación irracional influyó directa y significativamente en la autorregulación, y este a su vez influyó directa y significativamente en la variable ACM.

III – Resultados de la relación entre procrastinación, autorregulación y estilo de vida saludable

En lo que respecta al factor mediador ACM, este influyó directa y significativamente en dos dimensiones del estilo de vida: CAFD y HA; mientras que, en las dimensiones, del estilo de vida saludable, ATD y S influyó directa y significativamente en la procrastinación de tipo irracional.

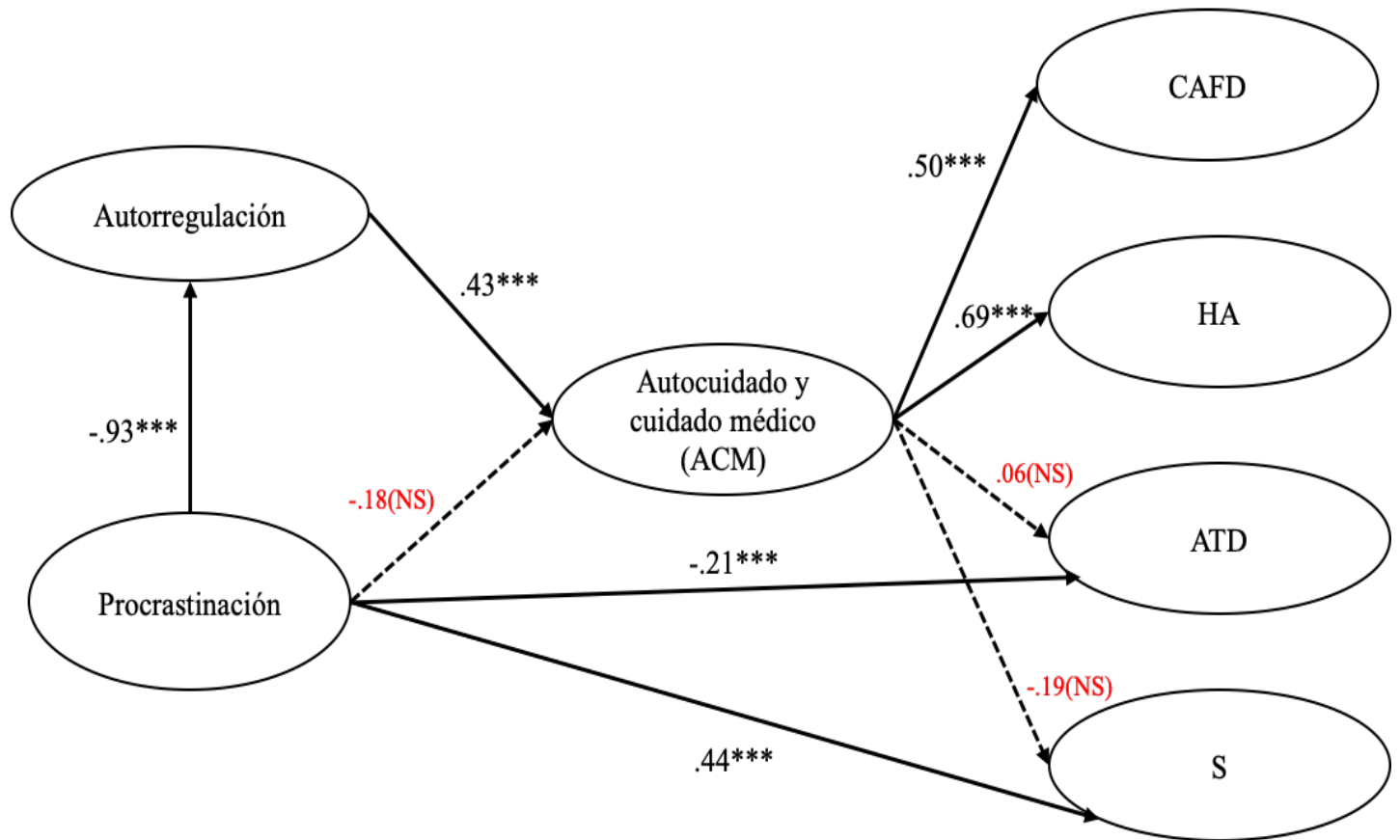


Figura 17: Modelo SEM Extensión del modelo procrastinación-salud

13.3. Mediaciones del modelo de relación entre procrastinación, autorregulación y estilo de vida saludable

A partir del modelo hipotético que propone la extensión del modelo procrastinación-salud (Sirois et al., 2003), y considerando las hipótesis que prevén que el factor autocuidado y cuidado médico mediaría la relación entre la procrastinación irracional y los comportamientos del estilo de vida saludable; se realizó análisis de mediación a través de la herramienta macro *Process* de SPSS, aplicando en primera instancia un análisis de mediación simple según los principios teóricos de esta (Hayes, 2017; Hayes y Scharkow, 2013) y aplicando 10.000 muestras de *bootstrap* con un nivel de confianza del 95% (Byrne, 2010). El análisis de mediación simple reportó que (ver Tabla 27):

1. Procrastinación irracional (X) \rightarrow Autocuidado y cuidado médico (M) \rightarrow Condición, actividad física y deporte (Y): La mediación del ACM entre la PI y el comportamiento de estilo de vida saludable CAFD fue significativa y considerándose, según los resultados, como una mediación parcial [IC al 95%]. A partir de esto, se concluye que se rechaza la hipótesis nula que plantea que el efecto indirecto es igual a cero y se puede inferir que la procrastinación irracional, influye en el autocuidado y cuidado médico de los jóvenes (de manera inversa), lo cual contribuye o contrarresta directamente en el comportamiento asociado a la práctica de actividad física (CAFD), esto confirma el rol mediador de la variable ACM.
2. Procrastinación irracional (X) \rightarrow Autocuidado y cuidado médico (M) \rightarrow hábitos alimenticios (Y): El rol mediador del ACM entre la PI y los HA, fue significativo mediante una mediación parcial [IC al 95%]; esto postula que la procrastinación irracional influyó, de manera inversa, en el autocuidado y cuidado médico; y esta – a su vez -, favoreció perjudicó los hábitos alimenticios, comportamiento asociado al estilo de vida saludable.

Tabla 27

Mediaciones de la extensión del modelo procrastinación-salud

$X \rightarrow M \rightarrow Y$	a	b	c'	c	ab	SE (ab)	95% CI
1.- PI \rightarrow ACM \rightarrow CAFD	-.15***	.21***	-.10**	-.13***	-.03	.011	-.05, -.13
2.- PI \rightarrow ACM \rightarrow HA	-.15***	.14***	.06**	.04*	-.02	.007	-.04, -.12

** = $p < 0.01$; *** = $p < 0.000$

Posterior al análisis de las mediaciones simples significativas, se testeó la hipótesis de que si la autorregulación influye en el autocuidado y cuidado médico; lo que a su vez promueve o disminuye los comportamientos asociados al estilo de vida saludable.; a través de un análisis de mediación múltiple o seriada. Este análisis permite comparar entre sí dos explicaciones respecto a los comportamientos del estilo de vida saludable; la primera, sostiene que existe un camino en el que la procrastinación irracional (X), entendido como el posponer las tareas programadas de manera involuntaria, influye sobre los comportamientos del estilo de vida saludable (Y) mediante la autorregulación (M_1) ya que la falla en los procesos de autorregulación influye en los comportamientos que promueven la salud. Mientras que la segunda vía, propone que el factor conductual en este caso el autocuidado y cuidado médico (M_2), que se asocia a la autorresponsabilidad con el estado de salud; sería la principal variable a través de la cual la procrastinación irracional influiría en los comportamientos asociados al estilo de vida saludable.

Es por esto, y considerando las explicaciones antes propuestas, se realizaron análisis de mediación múltiple, para los cuatro factores asociados al estilo de vida saludable; en los que se determinó como variable de entrada la procrastinación irracional (X) y variable de salida los factores del estilo de vida saludable (CAFD, HA, ATD y S) (Y). Además, se estableció que dos factores actuaran como elementos mediadores (M_1 = autorregulación; M_2 = autocuidado y cuidado médico) en el modelo. Es así como se extraen, del modelo, cuatro efectos indirectos que establecen relación entre procrastinación irracional y estilo de vida saludable: el efecto que considera como factor mediador la autorregulación (M_1); un segundo efecto indirecto que postula como elemento mediador al ACM (M_2); una tercera influencia indirecta que pasa a través de la autorregulación (M_1) y ACM (M_2) secuencialmente; y finalmente, el resto del efecto de procrastinación en el estilo de vida saludable es directo (c') sin contemplar las variables mediadoras.

Una vez realizados los análisis, se determinó reportar las mediaciones que tuvieron relación y diferencia significativa, es decir, esto sucedió en los comportamientos asociados con el estilo de vida saludable de CAFD y sueño. Por lo tanto, estas mediaciones reportaron que (ver Figura 18 para CAFD y Figura 19 para sueño) el efecto indirecto específico entre la procrastinación irracional, a través de la autorregulación (M_1), en los comportamientos del estilo de vida saludable (a_1b_1): CAFD = -.10; Sueño = .05; Asimismo el efecto indirecto específico a través del ACM (a_2b_2) es, para la CAFD = -.03 y para el Sueño = -.02. Mientras que el efecto indirecto específico a través de la autorregulación y el ACM de forma secuencial ($a_1d_2b_2$) reportó ser = -.01 para el ACM y = -.01 para el Sueño.

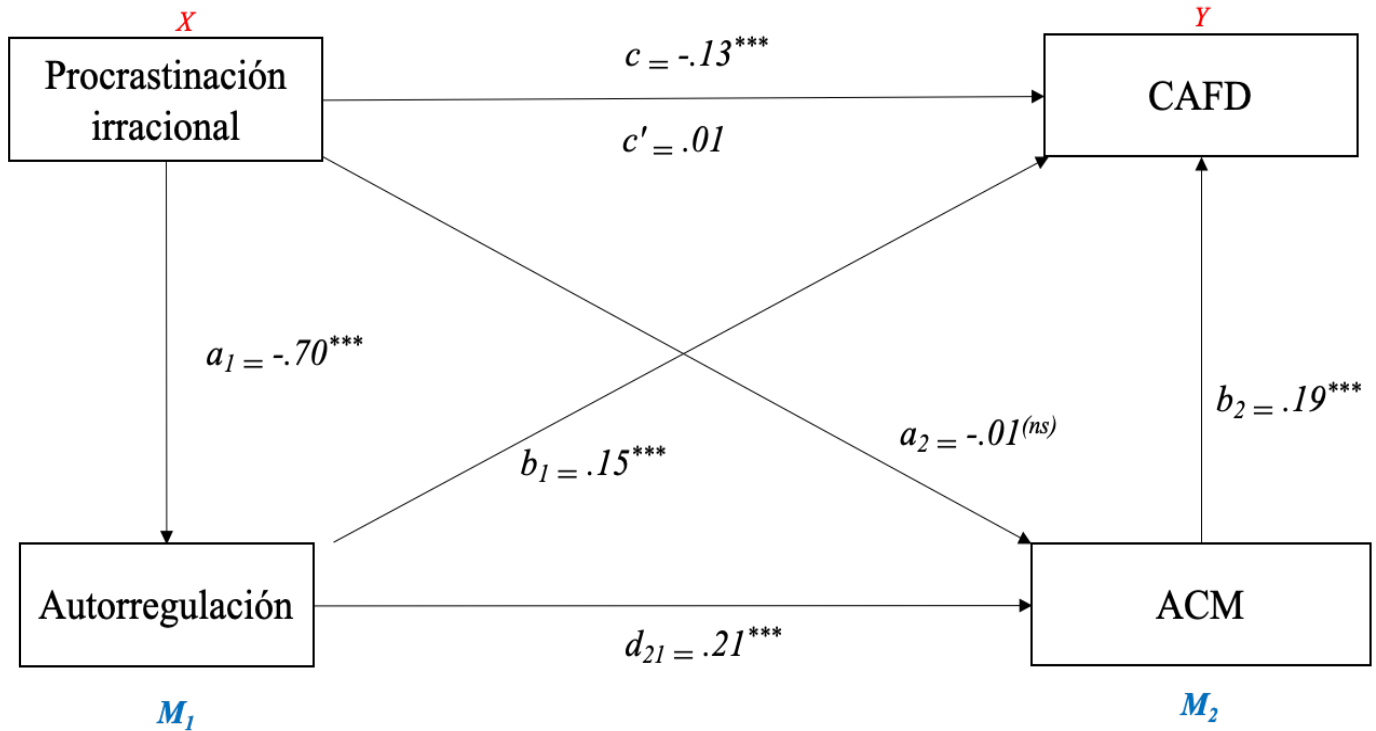


Figura 18: Diagrama estadísticos de mediación múltiple entre procrastinación irracional y CAFD

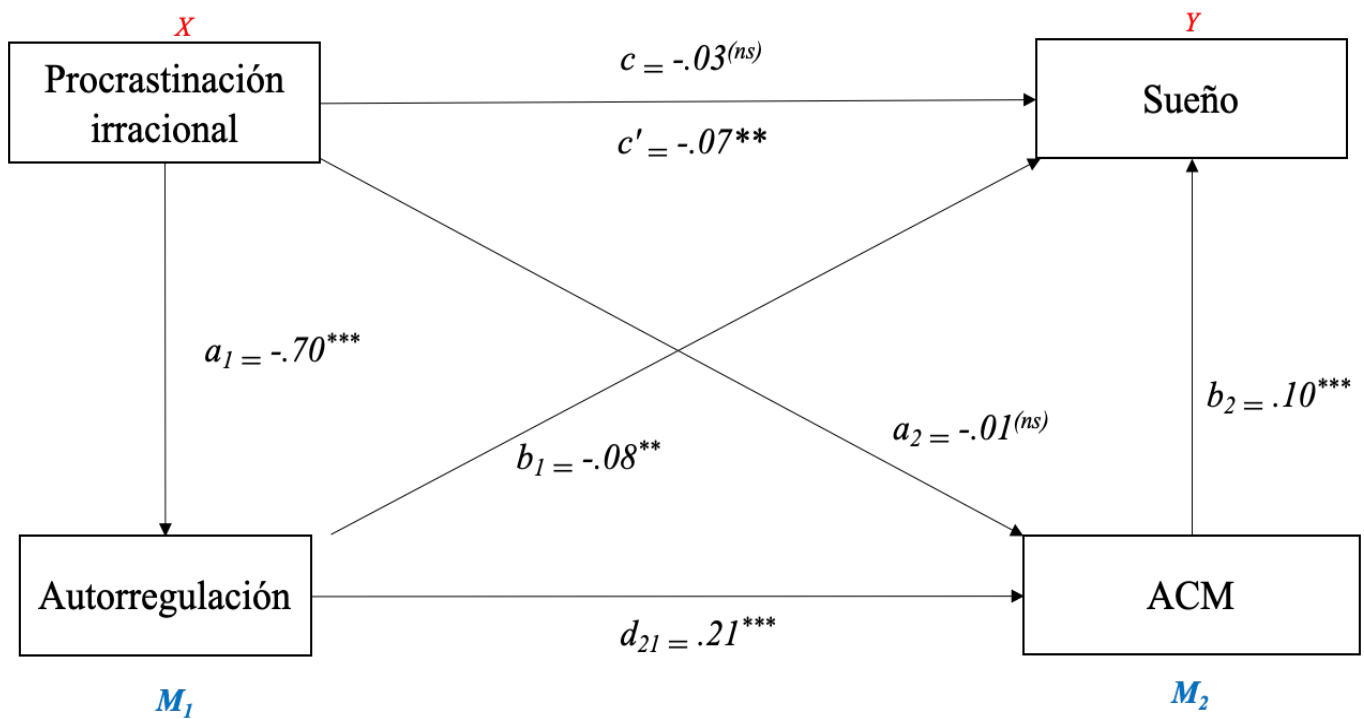


Figura 19: Diagrama estadísticos de mediación múltiple entre procrastinación irracional y sueño

Además, los resultados indican que el efecto indirecto total (considerando la sumatoria de $a_1b_1 + a_2b_2 + a_1d_2b_2$) entre procrastinación irracional y la CAFD es = -.14 y para el Sueño = -.34. Por lo tanto, y a partir de estos hallazgos, se comparó el efecto entre mediadores (contrastes), lo cual reportó que: C_1 (que comparó a_1b_1 con $a_1d_2b_2$) para la CAFD es = -.10, SE = .048, 95% CI -.20, -.01, y para el Sueño = .05, SE = .030, 95% CI -.01, .11; C_2 (que comparó a_1b_1 con a_2b_2) reportó para la CAFD ser = -.075, SE = .050, 95% CI -.17, .02, y para el Sueño $C_2 = .07$, SE = .031, 95% CI .01, .13; finalmente C_3 (que comparó $a_1d_2b_2$ con a_2b_2) indicó para la CAFD ser = .027, SE = .021, 95% CI -.01, .08, mientras que para el Sueño fue = .016, SE = .012, 95% CI -.01, .04,

A partir de estos resultados se puede inferir y afirmar que, con respecto a la CAFD el efecto indirecto C_1 es significativo, este contrastó el efecto entre procrastinación, autorregulación y CAFD; con procrastinación, autorregulación, ACM y CAFD. Lo cual determinó que el efecto es significativo cuando el factor autorregulación media la relación entre procrastinación y la CAFD; es decir, la procrastinación irracional influye de manera negativa en la condición, actividad física y deporte cuando el factor de autorregulación media la relación. Mientras que el efecto indirecto significativo para el comportamiento sueño (asociado a la calidad de este) fue el C_2 , el cual comparó los efectos entre procrastinación, autorregulación y sueño; con procrastinación, ACM y sueño. Resultados que indican que la relación entre procrastinación y sueño es significativa cuando el factor de autocuidado y cuidado médico media la relación; es decir, la procrastinación irracional influye de manera negativa en la calidad del sueño de los estudiantes cuando la variable conductual de ACM media la relación.

Capítulo IV

Discusión y Conclusiones

14. Discusión

Esta investigación aporta nuevos conocimientos al ámbito de la procrastinación de los jóvenes universitarios, al tiempo que confirma resultados previos. En particular, se visualizaron resultados esperados que confirman que la mayoría de los universitarios se identifican a sí mismos como procrastinadores, comportamiento que se maximiza frente a la afirmación “*Cuando debería estar haciendouna cosa, me pongo hacer otra*”. Esto coincide con antecedentes asociados a que el 80% de los estudiantes procrastina en su formación académica (Steel y Ferrari, 2013)

En cuanto a las tareas que más postergan los estudiantes, estos identifican el estudiar para pruebas y/o exámenes y mantenerse al día con lecturas, trabajos y actividades; calificando a la procrastinación como un comportamiento problemático que les genera malestar. A partir de esto la mayoría de los estudiantes quiere reducir su comportamiento procrastinador en todos los contextos académicos y particularmente desean procrastinar en menor medida cuando deben estudiar para exámenes y hacer trabajos finales. Estos resultados continúan la línea de investigaciones que aseguran que los estudiantes que presentan un comportamiento procrastinador y problemático se caracterizan por comenzar a estudiar más tarde de lo óptimo y esperan hasta el último minuto para desarrollar sus deberes académicos (Milgram et al., 1993; Álvarez, 2010) también se cree que los estudiantes posponen de manera irracional y aseguran que se distraen fácilmente con otras actividades que no tienen relación directa con lo académico aun sabiendo que esto puede causar mayor estrés o ser perjudicial para su salud (Sirois et al., 2003).

Los motivos para procrastinar reportados por los estudiantes se vincularon a aspectos de inseguridad, gestión e influencia externa. Por lo que se refiere a la inseguridad, esta se asoció a comportamientos como la poca autoconfianza (dudar en que si se es capaz de lograr algo), baja asertividad y/o dependencia, vinculado a la necesidad que expresan los universitarios por recibir ayuda de otro para completar los objetivos (tareas).

En lo que respecta al motivo de gestión este se vincula a la gestión del tiempo y la toma de decisiones, aparentemente la carga académica de los estudiantes en ocasiones los sobrepasa y en ese estado pueden caer en un bloqueo mental que los lleva a tomar decisiones no acertadas y como consecuencia procrastinar, es decir, tienen tantas tareas que hacer, que al final no logran terminar con nada de lo programado y esto al parecer se debe a la mala gestión, desesperación o no decidir cuál es el camino indicado por el cual comenzar. Finalmente, el motivo de influencia externa contempla la relevancia que tienen los pares en los estudiantes, ya que estos posiblemente orienten la toma de decisiones hacia realizar otras actividades y no las programadas, es decir cuando un amigo/a ofrece realizar una actividad que genera satisfacción inmediata y, por tanto, el estudiante decide aceptar la “invitación”.

Si bien es cierto esta tesis no busca profundizar teóricamente en los motivos de la procrastinación, si podemos visualizar que los resultados obtenidos se asemejan a líneas de investigaciones previas que han profundizado en la búsqueda de los motivos que ocasiona la procrastinación, determinando que aparentemente existe ineficiencia gestión del tiempo (Solomon y Rothblum, 1984; Garzón-Umerenkova y Gil-Flores, 2017b), baja responsabilidad consigo mismo (Solomon y Rothblum, 1984), expectativas poco realistas (Ferrari, 1992; McCown et al., 1987; Solomon y Rothblum, 1984; Garzón-Umerenkova y Gil-Flores, 2017b), dificultad de concentración o fácil distracción (Solomon y Rothblum, 1984; Garzón-Umerenkova y Gil-Flores, 2017b), atribuciones cognitivas inadecuadas (Solomon y Rothblum, 1984), perfeccionismo (Solomon y Rothblum, 1984; Garzón-Umerenkova y Gil-Flores, 2017b; Balkis y Duru, 2009), ansiedad y miedo al fracaso (Burka y Yuen, 1983, Solomon y Rothblum, 1984; Garzón-Umerenkova y Gil-Flores, 2017b; Balkis y Duru, 2009, Brownlow y Reasinger, 2000), falta de motivación (Balkis y Duru, 2009; Steel y Klingsieck, 2016), habilidades deficientes para organizar el trabajo (Balkis y Duru, 2009), baja autoconfianza (Balkis y Duru, 2009), falta de agrado o aversión a la tarea (Ferrari, 1991; Steel, 2007; Steel y Klingsieck, 2016) y dificultad percibida (Brownlow y Reasinger, 2000; Solomon y Rothblum, 1984; Milgram, 1991).

En cuanto a la variable estilo de vida saludable, se identificó que los jóvenes universitarios calificaron como no saludable en la dimensión hábitos alimenticios, lo cual de alguna forma se preveé, pues se conoce que los estudiantes aparentemente, no son capaces de mantener una dieta variada según lo recomendado para cubrir las necesidades energéticas y nutritivas (Bacarreza, 2004) generalmente debido a la escasa disponibilidad de tiempo, recursos económicos limitados, poca variedad en la oferta de comidas y el fácil acceso a comida rápida (Ibáñez et al., 2008; Espinoza et al., 2011; Setton y Fernández, 2014).

Del mismo modo, la dimensión práctica de actividad física calificó como no saludable, sin embargo, cuando se les consultó en específico sobre la práctica de actividad físico-deportiva, estos auto informaron que la mayoría realiza (o en el último año realizó) al menos una actividad físico-deportiva y que además su práctica está considerada como adecuada (World Health Organization, 2010; Powell et al., 2011) según lo recomendado (al menos tres veces a la semana con una duración de 25 minutos). Por ende, se cree que en particular esta dimensión sería recomendable volver a medirla para establecer de manera clara aquellos parámetros de práctica de actividad física-deportiva.

En tanto, la dimensión sueño, que ha sido incorporada al estilo de vida saludable y materia de estudios recientes (Sirois, 2015b) presentó un comportamiento poco saludable. Del mismo modo y liderando el comportamiento poco saludable se registró el autocuidado médico, destacando que la mayoría de los universitarios asegura no preocuparse de controlarse medicamente según lo recomendado.

Finalmente, para la variable estilo de vida saludable, se puede concluir que la mayoría de los universitarios asegura llevar un consumo de alcohol, tabaco y otras drogas calificado como muy saludable; lo que discrepa de estudios gubernamentales que aseguran que el consumo de sustancias nocivas en universitarios es elevado y genera preocupación (Servicio Nacional para la prevención y rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, 2019).

En tanto, en lo que respecta a la variable autorregulación, desde un análisis descriptivo, los estudiantes reportaron en nivel intermedio cada uno de los factores que componen la escala de regulación, es decir, establecimiento de metas, perseverancia, toma de decisiones y aprendizaje de los errores; se destacó además que la media más baja está vinculada a la toma de decisiones mientras que el aprendizaje de los errores es el factor con la media más alta.

Estos resultados nos permiten inferir que los jóvenes universitarios se consideran a sí mismos como autorregulados contemplando aspectos de toma de decisiones, aprendizaje de errores, perseverancia y establecimiento de metas. Esto coincide con investigaciones previas que establecen que aquellos estudiantes que se contemplan como autorregulados son aquellos capaces de planificar y establecer sus propias metas, teniendo en cuenta un objetivo determinado el cual les permite evaluar el desempeño propio (Pintrich y De Groot, 1990).

A partir de estos resultados se analizan los modelos teóricos hipotéticos que esta investigación ha propuesto, entregando nuevos lineamientos sobre cómo enfrentar comportamientos desadaptativos como la procrastinación y el estilo de vida no saludable a través de la autorregulación.

14.1. Relación entre procrastinación y autorregulación

Los hallazgos que buscaron precisar la medida y los modos en que se relaciona la procrastinación y los factores de la autorregulación, concluyen que existe una estrecha relación entre ambas variables, lo que coincide con investigaciones previas que aseguran que la autorregulación predice negativamente la procrastinación (Garzón-Umerenkova et al., 2018); asimismo que las dimensiones de la autorregulación (Zimmerman, 1998), cognitivo-motivacional (Aprendizaje de errores y Establecimiento de Metas) y estratégica (Toma de Decisiones), se relacionan con la procrastinación irracional y académica, sin embargo, para que este efecto sea significativo, parece fundamental la presencia del aspecto de disposición personal, perseverancia (PE).

Es así como se cree que la perseverancia predice directa, negativa y significativamente la procrastinación irracional y académica, es decir, la perseverancia, aparentemente es un factor fundamental para relacionar las dimensiones de la autorregulación con la procrastinación irracional y académica, lo cual está en línea con hallazgos previos que han investigado la relación entre la autorregulación y la procrastinación (Silver y Sabini, 1981; Akerlof, 1991; Burka y Yuen, 1983) y que aseguran que la perseverancia es un predictor consistente y adaptativo de la procrastinación (Wolters y Hussain, 2015). En otras palabras, se cree que la falta de perseverancia en los procesos de aprendizaje posiblemente ocasione conductas procrastinadoras problemáticas (Rebetez et al., 2018; Wypych et al., 2018) por ende podría inclusive incluir el incremento de malestar generalizado en los jóvenes (Steel y Ferrari, 2013) que siguiendo líneas de investigaciones recientes podría afectar inclusive en las políticas públicas de la nación (Lynch y Zauberman, 2006; Thaler y Sunstein, 2008).

Además, se concluye que la dimensión cognitivo-motivacional, la cual contempla el establecimiento de metas y el aprendizaje de errores, influye significativamente en el aspecto de disposición personal, lo que podría ocasionar una disminución de la procrastinación, es decir, al parecer los estudiantes que aprenden de sus errores y a su vez se establecen metas, posiblemente utilicen estas herramientas para enfrentar la procrastinación, aunque deben mantenerse perseverantes en el proceso.

Estos hallazgos aportan evidencia en un sentido similar a estudios previos que postulan que aquellos estudiantes que observan que sus acciones son efectivas se consideran más motivados para comenzar y finalizar un trabajo (Hensley y Cutshall, 2018), así como también se ha afirmado que los estudiantes más perseverantes reportan una mayor motivación para el aprendizaje autorregulado (Valenzuela et al., 2020), una fuerte orientación hacia la meta de dominio (Wolters, 2003; Wolters y Hussain, 2015) y persisten con un cierto nivel de esfuerzo durante todo el proceso de aprendizaje evitando conductas desadaptativas como la procrastinación. (Lam y Zhou, 2019).

Del mismo modo, estos hallazgos indican que la perseverancia media la relación entre el aspecto estratégico (TD) y la procrastinación irracional y académica; ya que, aparentemente no basta solo con tomar la decisión de querer alcanzar un objetivo, sino que es necesario mantener un comportamiento de perseverancia constante para concretar la acción; esto coincide con la aseveración de estudios previos que han determinado que los estudiantes tienen la intención de cumplir con los deberes, pero no logran cumplir con lo propuesto (Dewitte y Lens, 2000a; Zimmerman, 2008; Kadzikowska, 2018), debido a la discrepancia entre intención y acción (Steel et al., 2018). Por ende, la hipótesis de que la dimensión estratégica (TD) influye en la relación entre los aspectos cognitivo-motivacional y la procrastinación es significativa; aunque aparentemente, solo cuando la disposición personal, perseverancia, se relaciona con la procrastinación.

Asimismo, la disposición personal de perseverancia se observa que influye en la dimensión cognitivo-motivacional, ya que esta media significativamente la relación entre el establecimiento de metas y la procrastinación; es decir se cree beneficioso, para la procrastinación, que los estudiantes se establezcan metas (Grunschel et al., 2016), aunque aparentemente esta relación deba estar mediada por la perseverancia como componente personal.

En lo que respecta al factor establecimiento de metas, este medió la relación entre el aprendizaje de los errores y la toma de decisiones; y a partir de esto se puede concluir que los factores de la dimensión cognitivo-motivacional de la autorregulación (AE y ME) deben actuar en conjunto para causar un efecto en otra variable (Sriram et al., 2018), en este caso particular se muestra evidencia tanto sobre la variable personal (PE) como en la variable procrastinación (PI y PA) en el análisis de mediación múltiple.

Finalmente, estos hallazgos concluyen que los estudiantes que procrastinan en la realización de sus deberes expresan un patrón menos adaptativo de uso de estrategias cognitivas y metacognitivas (Wolters, 2003) por tanto, los procesos volitivos que promueven la autorregulación son las disposiciones personales, ya que estos el elemento clave para prevenir la proclividad a la procrastinación de tipo irracional y académica. A su vez, estos resultados aportan a estudios previos que han considerado a la disposición personal de la perseverancia como elemento facilitador positivo del funcionamiento académico (Jin et al., 2019), asegurando que los estudiantes con altos niveles de confianza para autorregular su aprendizaje, mantienen el esfuerzo hasta alcanzar el objetivo (Zhang et al., 2018) y aquellos que mantienen sus disposiciones personales estables evitan conductas desadaptativas (Silver y Sabini, 1981; Akerlof, 1991; Burka y Yuen, 1983).

14.2. Relación entre autorregulación y estilo de vida saludable

La relación entre las dimensiones de la autorregulación con los comportamientos del estilo de vida saludable; reportó que existe una estrecha relación entre autorregulación y estilos de vida saludable, esto coincide con investigaciones previas que aseguran que intervenir los malos comportamientos de salud, teniendo como base el fomentar herramientas de autorregulación, aumentarían el bienestar ligado a conductas que promueven la salud (Chatzisarantis et al., 1997; Oaten y Cheng, 2006). Estos hallazgos indican que las dimensiones de la autorregulación (Zimmerman et al., 1996; Zimmerman, 1989; 2000): cognitivo-motivacional (AE y ME) y estratégica (TD), promueven comportamientos asociados a la buena salud y mantener un estilo de vida saludable, aunque para que este efecto sea significativo, el factor de disposición personal perseverancia (PE) debe mediar la relación.

A partir de esto y observando el modelo hipotetizado la perseverancia se ubica en una posición estratégica para intervenir en los diferentes comportamientos del estilo de vida analizados; de esta forma se infiere que la perseverancia influye en el aumento de la condición, actividad física y deporte, en la disminución de los hábitos alimenticios no saludables, en el consumo de sustancias nocivas y en la mejora de la calidad del sueño; de manera directa, positiva y significativa, aunque si bien la relación es directa, aparentemente el origen de la relación vendría determinado por aspectos motivacionales y/o estratégicos de la autorregulación. Estos hallazgos están en línea con investigaciones que aseguran que factores como el establecimiento de metas promueve una buena salud (Clark y Zimmerman, 1990).

En lo que respecta a la dimensión cognitivo-motivacional, que comprende factores como el aprendizaje de los errores y el establecimiento de metas, se concluye que estos elementos influyen directamente en el aspecto personal de la autorregulación; agregando además que al parecer estos elementos pueden actuar en conjunto y aumentar el efecto directo sobre la perseverancia; del mismo modo el establecimiento de metas afecta de manera significativa en la dimensión estratégica de la autorregulación, siendo un elemento clave en la relación autorregulación – estilo de vida saludable; esto coincide con investigaciones preliminares que han determinado que al parecer el establecerse metas (Grunschel et al., 2016) contribuye a mantener una fuerte orientación hacia el objetivo y a su vez contrarrestar conductas desadaptativas (Wolters, 2003; Wolters y Hussain, 2015; Lam y Zhou, 2019).

Mientras que la dimensión estratégica parece influir en la perseverancia con el objetivo de fortalecer el autocontrol en las personas, es decir, es la primera herramienta para evitar actuar en base a decisiones impulsivas respectivas al estilo de vida saludable; asimismo, la dimensión estratégica aparentemente contribuye a ser el primer elemento en la discrepancia intención y acción; ya que la toma de decisiones que rodea el llevar un estilo de vida saludable, supone un desafío para la persona (Baumeister et al., 1994; Sheeran, 2002; Sheeran et al., 2005), sin embargo se ha determinado que mediante estrategias de autocuidado y fortalecimiento de las decisiones (Eisenverg y Miller, 1987), la discrepancia entre la intención de querer mantener hábitos saludables, y concretarlo disminuyen autocuidado (Loft y Cameron, 2013; Kroese et al., 2014).

En cuanto a la dimensión volitiva asociada a disposiciones personales estables como la perseverancia, se ha determinado una vez más la influencia como elemento mediador entre las otras dimensiones de la autorregulación y el mantener comportamientos asociados a un estilo de vida saludable; mediante análisis de mediación se determinó que la perseverancia media la relación entre el establecimiento de metas y la disminución de hábitos alimenticios no saludables (como el consumo de carne, golosinas y/o pasteles). Este comportamiento ha sido intervenido a través de herramientas de autorregulación (Tice y Bratslavsky, 2000; Oaten y Cheng, 2006), aunque no existía precisión en cuáles eran las herramientas y/o factores de la autorregulación que aparentemente cambian el comportamiento asociado a los hábitos alimenticios.

Asimismo, la perseverancia media la relación entre el aprendizaje de los errores y el consumo de sustancias nocivas, como el alcohol, tabaco y otras drogas; lo cual también ha sido materia de estudio e intervención, suponiendo que el aumento de estrategias de autorregulación metacognitivas y conductuales (Sirois y Hirsch, 2015), aumentaría el control cognitivo (Metcalfé y Mischel, 1999), sobre comportamientos aparentemente practicados en estados afectivos negativos, como fumar (Chelet-Martí et al., 2011) y/o beber alcohol (Sirois y Pychyl, 2013; Tice y Bratslavsky, 2000; Ledo et al., 2011).

Finalmente, el aspecto de disposición personal media la relación entre el establecimiento de metas y la calidad del sueño; ya que al parecer no basta con establecerse una meta para irse a dormir a una hora prudente y/o cuidar la cantidad de horas de descanso, sino más bien es necesario determinar ese objetivo, pero a la vez ser perseverante en conseguirlo y en que se concrete. En lo que respecta al comportamiento del sueño, en el estilo de vida saludable, este ha sido materia de investigaciones recientes que han determinado que los comportamientos relacionados con el sueño (Loft y Cameron, 2013; Kroese et al., 2014) contribuyen o contrarrestan en el bienestar de las personas y por tanto debiese ser materia de intervención en conjunto con los otros comportamientos asociados con el estilo de vida saludable y la promoción de una buena salud

14.3. Relación entre procrastinación, autorregulación y estilo de vida saludable

Finalmente, la relación entre la procrastinación, autorregulación y estilo de vida saludable en universitarios, se realizó a través de una extensión del modelo teórico procrastinación-salud; mediante el cual, los resultados reportan que el modelo estructural ajusta adecuadamente según lo esperado; sin embargo existen tres efectos directos no significativos; como el de procrastinación irracional con el autocuidado médico; el de autocuidado médico con – a su vez- el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, y sueño.

Asimismo, el modelo informa que existe relación significativa entre procrastinación y estilo de vida saludable, mediante la autorregulación; ya que, si bien el efecto directo entre procrastinación y ACM no es significativo directamente, cuando se incorpora al factor autorregulación como mediador la relación pasa a ser significativa.

Además, los efectos directos de ACM sobre los comportamientos asociados al estilo de vida saludable (ATD y sueño) no fueron significativos; sin embargo, la procrastinación irracional influye en ambos comportamientos significativamente, en específico de manera negativa en ATD, y de forma positiva en la calidad del sueño.

Asimismo, los resultados reportan que la procrastinación predice directa, negativa y significativamente la autorregulación, es decir a mayor procrastinación menos autorregulación por parte de los jóvenes, y estos hallazgos están en línea con lo reportado previamente en esta tesis doctoral e investigaciones previas que proponen que cuando los estudiantes aumentan sus estrategias de autorregulación, posiblemente sus conductas procrastinadoras disminuyan (Wolters et al., 2005; Grunschel et al., 2016; Garzón-Umerenkova et al., 2018). Mientras que la autorregulación influye directa y significativamente en la variable conductual vinculada al autocuidado y cuidado médico; es decir, los jóvenes que presentan mayores estrategias de autorregulación aparentemente tendrían mayor sentido de autocuidado médico, en específico, comportamientos como acudir a las citas médicas, realizarse chequeos constantemente, no tomar medicamentos sin ser recetados, entre otros.

Esta relación autorregulación y comportamientos vinculados a la buena salud, coinciden con investigaciones previas que postulan que intervenir fomentando herramientas de autorregulación, al parecer contribuiría en la práctica de conductas que promueven la salud (Clark y Zimmerman, 1990; Chatzisarantis et al., 1997; Oaten y Cheng, 2006) y en específico comportamientos asociados al autocuidado médico, como, por ejemplo: mejor control de la glucosa en personas que lo requieran y mayor adherencia a tratamientos de enfermedades crónicas (Williams et al., 1998).

Además, este análisis busca replicar la vía indirecta que se propone en el modelo original (Sirois et al., 2003), la cual establece como mediadora, entre procrastinación y salud, la variable conductual de retraso del tratamiento o comportamientos vinculados a búsqueda de orientación médica. Es así como esta variable en aplicaciones previas del modelo era significativa si se contemplaba como una variable independiente (Sirois et al., 2003; Sirois, 2007; Sirois y Tosti, 2012); por lo tanto, esta extensión consideró este factor como el de autocuidado y cuidado médico, siendo elemento significativo en la relación y teniendo relación directa y significativa con los comportamientos asociados al estilo de vida saludable.

En cuanto a los comportamientos asociados a la práctica de actividad física (CAFD) y alimentación (HA) los resultados reportan que el autocuidado médico se relaciona directa y significativamente con estos, es decir, los jóvenes mientras más cuidado médico, al parecer tendrían una mejor condición y práctica de actividad física, y mantendrían mejores hábitos alimenticios; sin embargo, estos comportamientos podrían disminuir o verse perjudicados si se contempla a la procrastinación como variable influyente, ya que esta afecta indirectamente en estos comportamientos, a través del ACM; aparentemente, esto sucede, porque la procrastinación irracional influiría de manera perjudicial en el autocuidado médico y este consecuentemente afectaría en la práctica de actividad física y/o en los hábitos alimenticios. Además y de forma específica se reporta que la procrastinación irracional perjudicaría la práctica de actividad física cuando la autorregulación media la relación, concluyendo con esto que la procrastinación se relaciona de manera negativa con -a su vez- la autorregulación y la CAFD. Si bien esta relación no ha sido estudiada de forma idéntica, investigaciones previas aseguran que la procrastinación fomenta aversión a los comportamientos de promoción de salud (Vázquez et al., 2018) o la preferencia de comportamientos de salud disfuncionales o evasivos (Sirois y Pychyl, 2013) buscando gratificación o placer inmediato (Pychyl et al., 2000; Ferrari y Emmons, 1995).

Por su parte el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas no reporta una relación directa con el ACM, sin embargo la procrastinación irracional se relaciona de forma directa, significativa y negativamente con este comportamiento perjudicial para la salud; ahora bien entender por qué la procrastinación influye negativamente en este comportamiento, si se entiende que ambos comportamientos afectan el bienestar, se cree que esto sucede, porque la población investigada reportó índices muy saludables en el consumo de sustancias nocivas; por lo tanto, se aconseja contemplar la variable ATD en específico para futuras investigaciones que relacionene la procrastinación con el estilo de vida saludable; ya que investigaciones previas anticipaban que la procrastinación aparentemente aumentarían el consumo de alcohol y tabaco en universitarios (Argiropoulou et al., 2016).

Finalmente, el comportamiento asociado a la calidad del sueño, que ha sido un factor recientemente considerado como relevante para el estilo de vida saludable (Sirois, 2015b), reportó que la procrastinación influyó directa y significativamente en la calidad de sueño de los estudiantes de forma positiva, es decir, los jóvenes que procrastinan irracionalmente aparentemente descansan y duermen mejor; aunque este hallazgo no coincide con investigaciones previas que sugieren que la procrastinación contribuiría a la insuficiencia de sueño (Kroese et al., 2014). Sin embargo, la relación entre procrastinación y sueño se vuelve inversa cuando la variable conductual de ACM media la relación, es decir, los universitarios procrastinadores mantienen un peor autocuidado médico y esto consecuentemente, perjudicaría al descanso diario a través de la calidad del sueño; esto concluye que entre procrastinación irracional y sueño al parecer existiría una relación recíproca y dinámica mediada por el ACM. Estos hallazgos coinciden con investigaciones previas que han reportado la existencia de relación entre procrastinación y sueño mediado por otros factores, por ejemplo como el estrés (Sirois et al., 2015).

15. Limitaciones del trabajo

Si bien esta investigación se ha centrado en profundizar y contribuir en el conocimiento sobre la procrastinación, a través de la vinculación de esta con variables como la autorregulación y el estilo de vida saludable; el equipo de investigación es consciente que no está exenta de limitaciones, por ende, a continuación, se reportan las principales restricciones que tuvo este trabajo a lo largo de toda su confección.

En primer lugar, y en términos de validez externa, los datos provienen de una única muestra de universitarios con un contexto específico, por lo que los resultados pueden presentar sesgo asociado al contexto, además de contemplar que los análisis de datos se realizaron con una única muestra; sin embargo, esta investigación es pionera y una de las primeras en aportar información empírica sobre las variables en un contexto latinoamericano, específicamente chileno. Respecto a esto, sería recomendable replicar esta investigación contemplando otros contextos académicos latinoamericanos; por ejemplo, aplicar los instrumentos a jóvenes pertenecientes a universidades de otras regiones del país, considerando que en la capital, o en otras ciudades céntricas de Chile, podrían surgir elementos asociados al contexto diferentes a los reportados por esta investigación; además esta información aportaría a la comparación y generalización de datos a toda la población universitaria. También podría considerarse realizar la recogida de datos mediante una investigación longitudinal, lo que aportaría a la discusión y a la vez existiría mayor control del aumento o disminución de las variables implicadas.

En segundo lugar, respecto a la validez interna, los resultados podrían verse favorecidos por la consideración de otras medidas comportamentales de la procrastinación y asociadas a esta, como, por ejemplo, en replicas de esta investigación, además de considerar la procrastinación irracional y académica, sería beneficioso contemplar evaluar la procrastinación decisional como la elección voluntaria por el comportamiento. Así como también podrían utilizarse otras variables adicionales, preferiblemente conductuales como el índice del rendimiento académico para completar el perfil de los universitarios y a su vez analizar esta cuantitativamente, según resultados de la procrastinación, autorregulación y estilo de vida saludable.

En tercer lugar, en lo que respecta a la varianza del método común (Common Method Bias) esto se relaciona directamente con los efectos de sesgo que puede tener la medición de dos o más constructos con el mismo método en las estimaciones de las relaciones entre ellos. Para este estudio se analizó el Common Method Bias utilizando el programa AMOS y siguiendo las recomendaciones/soluciones estadísticas de Weijtjers et al., (2008); Gaskin (2011) y Podsakoff et al., (2012), desarrollando una medida válida del factor de sesgo (incorporando todos los instrumentos e ítems utilizados) obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 28
Índice de ajuste para el análisis de Common Method Bias

CMIN/DF	GFI	AGFI	RMSEA
1,547	,904	,882	,033
CFI	NFI	TLI	LO90 - HI90
,927	,821	,914	,029 - ,037

Se determina que el ajuste presenta un valor RMSEA de .033, con un intervalo de confianza del 90% en un rango de .029 a .037, a partir de esto se infiere que existe un 90% de seguridad que el verdadero valor RMSEA en la población se encuentre dentro de los límites mencionados, lo que representa un buen grado de precisión y un ajuste parsimonioso (Browne y Cudeck, 1993; Hu y Bentler, 1990), en conclusión. el modelo que analiza la varianza del método común ajusta de forma adecuada, aunque sin desconocer que para lograr el control de la varianza se tuvieron que aplicar soluciones de procedimiento.

En cuarto lugar, en lo que respecta al análisis de mediación en una muestra recogida en un único momento temporal se argumenta que si bien parte de los metodólogos coinciden en que los diseños longitudinales permiten probar el efecto de mediación de una manera más rigurosa, no excluye que también existe consenso acerca de que la evidencia transversal de mediación sí entrega información válida que permite sugerir relaciones entre variables para luego aplicar diseños longitudinales de investigación (Cole y Maxwell, 2003). Además, si bien la investigación longitudinal ofrece algunas ventajas sobre la investigación transversal, esto se centra al momento de establecer una asociación causal, ya que se suele atribuir la causalidad como un mecanismo que produce las asociaciones observadas en cualquier tipo de estudio (Hayes, 2013) y llevándolo al contexto de esta investigación, en ningún apartado se busca demostrar causalidad, concluyendo que existen estudios transversales que han sido materia de estudio y ejemplo para explicar la aplicación de mediación como se puede observar en el libro de Hayes (2013).

Finalmente, en cuanto a aspectos sociodemográficos que reportaron cierta relevancia en las variables estudiadas, específicamente la situación laboral de los jóvenes (trabaja / no trabaja); esta no consideró profundizar en las condiciones laborales y/o en qué destinar esos recursos; Por lo tanto, se cree que al ser los primeros hallazgos con universitarios chilenos estos pueden presentar sesgo, recomendando profundizar en este aspecto ya que la creciente investigación contemplando la condición laboral de los universitarios parecería vincularse a la procrastinación, autorregulación y estilo de vida saludable.

16. Implicaciones del trabajo y futuras líneas de investigación

A partir de la investigación de esta tesis doctoral, en un sentido más aplicado, se proponen implicaciones prácticas aportando tanto a la investigación como al diseño de intervenciones dirigidas a que los estudiantes eviten y contrarresten la procrastinación; asumiendo, desde los hallazgos, que esta se desencadena debido a la falla en los procesos de autorregulación, especialmente del aspecto de disposición personal perseverancia; Por lo tanto, se argumenta que proporcionar a los estudiantes herramientas que sensibilicen, sobre la importancia de la perseverancia en el proceso de aprendizaje, al parecer ayudaría a que los jóvenes se mantengan, de manera consciente, enfocados en sus objetivos evitando con ello prácticas desadaptativas como la procrastinación. Asimismo, se recomienda intervenir en la concientización de mantenerse perseverantes en la tarea, ya que aparentemente esto contribuye a comportamientos asociados al estilo de vida saludable, como por ejemplo práctica de actividad física, mejores hábitos alimenticios, entre otros.

Asimismo se recomienda que la intervención, basada en fomentar la perseverancia, se complemente con el refuerzo de técnicas conductuales y cognitivas asociadas a la toma de decisiones; ya que aparentemente el aspecto estratégico de la autorregulación mediaría la relación entre la dimensión cognitivo-motivacional y la disposición personal en los universitarios, de manera tal que, al parecer, esto contribuiría a la disminución de la procrastinación y fortalecimiento de los comportamientos asociados al estilo de vida saludable.

Además, se cree que fomentar el establecimiento de objetivos y entregar herramientas meta-cognitivas para enfrentar los errores y aprender de ellos (aspectos vinculados a la dimensión cognitivo-motivacional de la autorregulación); podría influir de forma positiva en el aspecto de disposición personal de perseverancia, ya que se ha reportado que los estudiantes que mantienen conductas motivacionales estables, utilizarían estas para enfrentar comportamientos desadaptativos, aunque esto ocurriría, siempre y cuando se mantengan perseverantes en el proceso.

A modo de conclusión sobre las implicaciones prácticas, los hallazgos de esta investigación han demostrado que fomentar los aspectos cognitivos, motivacionales, estratégicos y volitivos, aparentemente influiría de manera directa y significativa en la disminución de la procrastinación irracional y académica; así como también, al parecer, promueve la práctica de comportamientos asociados con el estilo de vida saludable como practicar actividad física, tener hábitos alimenticios saludables y mejorar la calidad de sueño. Según intervenciones previas en el área se recomienda fortalecer y potenciar estos aspectos de la autorregulación a través de herramientas virtuales y de mayor atracción para los estudiantes (Rozenal et al., 2014).

Finalmente, en lo que respecta a futuras investigaciones, se recomienda que se replique esta investigación, teniendo en cuenta las limitaciones de esta, frente a lo cual se podría contribuir contemplando un diseño de investigación longitudinal. Además, se recomienda profundizar en otros aspectos de la procrastinación como la procrastinación decisional o pura, recomendando además que futuros estudios obtengan datos primarios sobre rendimiento académico para incrementar así la validez de los hallazgos y su interpretación. También se sugiere profundizar en el estudio de la autorregulación, mediante el aspecto de disposición personal perseverancia, como un constructo único, idealmente medido a través de un instrumento específico. Asimismo, se recomienda profundizar en la investigación asociada al estilo de vida saludable, específicamente en el estudio de la calidad del sueño y los comportamientos de autocuidado y cuidado médico en jóvenes.

17. Conclusiones

El objetivo de esta tesis doctoral ha sido profundizar en la discusión sobre el fenómeno de la procrastinación, específicamente en el contexto universitario, para ello se analizó la relación con variables afines como la autorregulación y el estilo de vida saludable, los cuales han sido investigados de manera transversal en el contexto universitario, dejando entre ver que aparentemente son variables fundamentales en la formación profesional de los jóvenes. Esto a su vez permitió contribuir a la entrega de información empírica a futuras investigaciones y/o intervenciones que deseen contrarrestar las consecuencias adversas que tiene la procrastinación en las personas, especialmente en la etapa académica. Asimismo, contribuir a la discusión teórica de la procrastinación que, aunque aún existan cuestiones en debate sin respuestas concluyentes, si se ha podido determinar que la procrastinación es un fenómeno que arrastra consecuencias adversas para el bienestar de las personas, en particular en el contexto académico para los estudiantes universitarios, específicamente a través de la salud mental y física.

Retomando los tres objetivos generales y complementarios de esta investigación 1) el descubrir la medida y los modos en que la procrastinación se relaciona con la autorregulación entrega como antecedente que al igual que investigaciones previas, se identifican como variables relacionadas directamente, aunque desde la perspectiva particular de la medidas y los modos en que los factores de la autorregulación se vinculan con la procrastinación, es primordial hacer hincapié en la significancia del factor perseverancia dentro del modelo teórico que relaciona la procrastinación con los factores de la autorregulación.

En tanto el objetivo 2) conocer cómo influyen las dimensiones de la autorregulación en los comportamientos asociados al estilo de vida saludable, concluyendo que la autorregulación es significativa en tanto el factor perseverancia se encuentre como principal mediador entre los factores de establecimiento de metas, toma de decisiones y aprendizaje de los errores, con los comportamientos asociados al estilo de vida de hábitos alimenticios, calidad de sueño y consumo de sustancias nocivas. Es decir, los jóvenes universitarios son capaces de: tomar buenas decisiones, aprender de sus errores y establecerse metas en llevar un estilo de vida saludable, siempre y cuando sean capaces de perseverar en el camino.

Por último, el tercer objetivo buscaba 3) proponer una extensión teórica para identificar la relación entre procrastinación, autorregulación y estilo de vida saludable, que, si bien teóricamente podemos concluir que sí existe una relación, esta no ha sido profundizada desde la perspectiva de hipotetizar un modelo teórico contundente y robusto. A partir de ello se concluye que la confección del modelo teórico hipotético ha entregado nuevos conocimientos que sugieren cómo enfrentar los comportamientos desadaptativos estudiados. Por una parte, la procrastinación, tanto irracional como académica, aparentemente disminuye con la presencia del factor de disposición personal perseverancia, el cual influye significativamente en la proclividad del fenómeno que afecta el bienestar de los universitarios. Además, se establece al factor perseverancia como el elemento de mayor significancia y relevancia para promover comportamientos que fomenten el estilo de vida saludable.

Asimismo, el estilo de vida saludable, variable que no se había vinculado previamente con la procrastinación, determinó que aparentemente la relación parece estar mediada por la autorregulación, debido a que el aumento de herramientas de autorregulación contribuye a la práctica de comportamientos que promueven la salud y al estilo de vida saludable; así como también parece promover comportamientos de autocuidado médico que a su vez fomentan prácticas beneficiosas para el estilo de vida saludable.

Finalmente, se establece que la autorregulación con sus aspectos cognitivos, motivacionales y estratégicos influyen (de manera positiva o negativa) a través del aspecto volitivo en la conducta de los universitarios, considerando como eje fundamental el aspecto de disposición personal perseverancia para disminuir la procrastinación y/o fomentar el estilo de vida saludable.

Referencias

- Abel, T. (1991). Measuring Health Lifestyles in a Comparative Analysis: Theoretical Issues and Empirical Findings. *Soc Sci Med*, 32(8), 899-908. [http://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90245-8](http://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90245-8)
- Akandere, M. y Tekin, A. (2005). Efectos del ejercicio físico sobre la ansiedad. *PubliCE Standard*, 0. Recuperado el 19 de enero de 2021, de <https://g-se.com/efectos-del-ejercicio-fisico-sobre-la-ansiedad-478-sa-M57cfb2714d257>
- Akerlof, G. A. (1991). Procrastination and obedience. *American Economic Review*, 81(2), 1–19.
- Alexander, E. S. y Onwuegbuzie, A. J. (2007). Academic procrastination and the role of hope as a coping strategy. *Personality and individual differences*, 42(7), 1301-1310. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2006.10.008>
- Allom, V. y Mullan, B. (2012). Self-regulation versus habit: The influence of self-schema on fruit and vegetable consumption. *Psychology y health*, 27(sup2), 7-24. <http://doi.org/10.1080/08870446.2011.605138>
- Álvarez, Ó. R. (2010). Procrastinación general y académica en una muestra de estudiantes de secundaria de Lima metropolitana. *Revista de la Facultad de Psicología*, (13), 159-177. <http://doi.org/10.26439/persona2010.n013.270>
- Argiropoulou, M. I., Sofianopoulou, A. y Kalantzi-Azizi, A. (2016). The Relation Between General Procrastination and Health Behaviors: What Can We Learn from Greek Students?. En F. M. Sirois y T. Pychyl (Eds.), *Procrastination, health, and well-being* (pp. 143–160). London, Academic Press. <http://doi.org/10.1016/B978-0-12-802862-9.00007-4>
- Armitage, C. J. y Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. *British journal of social psychology*, 40(4), 471-499. <http://doi.org/10.1348/014466601164939>
- Arrivillaga, M., Salazar, I. y Gómez, I. (2002). Prácticas, creencias y factores del contexto relacionados con estilos de vida de jóvenes y adultos. *Documento de Trabajo. Cali: Pontificia Universidad Javeriana*.
- Badura, B. (1982). Estilos de vida y salud: la perspectiva socio-ecológica. En J. I. Ruiz Olabuenaga (Ed.), *Estilos de vida e investigación social* (pp. 219-235). Bilbao, España, Mensajero.
- Balaguer, I. (2002). *Lifestyles in the Adolescence*. Promolibro.
- Balaguer, I. y García-Merita, M. (1994). Exercici físic i benestar psicològic. *Anuari de Psicologia de la Societat Valenciana de Psicologia*, 1(1), 3-26.

- Balkis, M. y Duru, E. (2009). Prevalence of academic procrastination behavior among pre-service teachers, and its relationships with demographics and individual preferences. *Journal of Theory and Practice in Education*, 5(1), 18–32.
- Baumeister, R. F., Heatherton, T. F. y Tice, D. M. (1994). *Losing control: How and why people fail at self-regulation*. Academic Press.
- Becerra, F., Pinzón, G. y Vargas-Zárate, M. (2015). Prácticas alimentarias de un grupo de estudiantes universitarios y las dificultades percibidas para realizar una alimentación saludable. *Revista de La Facultad de Medicina*, 63(3), 457–453. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.48516>
- Beswick, G., Rothblum, E. D. y Mann, L. (1988). Psychological antecedents of student procrastination. *Australian Psychologist*, 23(2), 207–217. <https://doi.org/10.1080/00050068808255605>
- Biddle, S. (1995). Exercise and psychosocial health. *Research quarterly for exercise and sport*, 66(4), 292-297. <http://doi.org/10.1080/02701367.1995.10607914>
- Biddle, S. J. H., Fox, K. R. y Boutcher, S. H. (2000). *Physical activity and psychological well-being*. (1st ed.). Routledge. <http://doi.org/10.4324/9780203468326>
- Biddle, S. J., Sallis, J. F. y Cavill, N. (1998). *Young and active? Young people and health-enhancing physical activity-evidence and implications*. Health Education Authority.
- Blaxter, M. (1990). *Health and lifestyles*. (1st ed.). Routledge. <http://doi.org/10.4324/9780203393000>
- Blouin-Hudon, E. M. C., Sirois, F. M. y Pychyl, T. A. (2016). Temporal views of procrastination, health, and well-being. In F. M. Sirois y T. A. Pychyl (Eds.), *Procrastination, health, and well-being* (pp. 213-232). Academic Press. <http://doi.org/10.1016/B978-0-12-802862-9.00010-4>
- Brownell, K.D. (1991). Personal responsibility and control over our bodies: When expectation exceeds reality. *Health Psychology*, 10(5) 303–310. <http://doi.org/10.1037/0278-6133.10.5.303>
- Brownlow, S. y Reasinger, R. D. (2000). Putting off until tomorrow what is better done today: Academic procrastination as a function of motivation toward college work. *Journal of Social Behavior and Personality*, 15(5), 15-34.
- Burka, J. B. y Yuen, L. M. (1983). *Procrastination: Why you do it, what to do about it*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Campo, F. Y., Pombo, O. L. M. y Teherán, V. A. A. (2016). Estilos de vida saludable y conductas de riesgo en estudiantes de medicina. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 48(3), 301-309.

- Carrier, J. y Monk, T.H. (2000). Circadian rhythms of performance: new trends. *Chrono biologyInternational*, 17(6), 719–732. <http://doi.org/10.1081/CBI-100102108>
- Castillo, I., Balaguer, I. y García-Merita, M. (2007). Efecto de la práctica de actividad física y de la participación deportiva sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia en función del género. *Revista de psicología del deporte*, 16(2), 201-210.
- Castillo, I., y Balaguer, I. (2002). Relaciones entre las conductas del estilo de vida en la adolescencia temprana. En I. Balaguer (Ed.), *Estilos de vida en la adolescencia* (pp. 209-227). Promolibro.
- Chatzisarantis, N. L. D., Biddle, S. J. H. y Meek, G. A. (1997). A self-determination theory approach to the study of intentions and the intention-behaviour relationship in children's physical activity. *British Journal of Health Psychology*, 2(4), 343-360. <http://doi.org/10.1111/j.2044-8287.1997.tb00548.x>
- Chelet-Martí, M., Escriche-Saura, A., García-Hernández, J. y Moreno-Bas, P. (2011). Consumo de tabaco en población universitaria de Valencia. *Trastornos adictivos*, 13(1), 5-10. [http://doi.org/10.1016/S1575-0973\(11\)70003-4](http://doi.org/10.1016/S1575-0973(11)70003-4)
- Clariana, M., Gotzens, C., Badia M. y Cladellas, R. (2012). Procrastination and cheating from secondary school to university. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 10(2) 737-754. <http://doi.org/10.25115/ejrep.v10i27.1525>
- Clark, N. M. y Zimmerman, B. J. (1990). A social cognitive view of self-regulated learning about health. *Health Education Research*, 5(3), 371-379.
- Cockerham, W.C., Abel, T. y Lüschen, G. (1993). Max Weber, Formal Rationality and Health Lifestyles. *The Sociological Quarterly*, 34(3), 413-425. <http://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1993.tb00119.x>
- Crews, D. J. y Landers, D. M. (1987). A meta-analytic review of aerobic fitness and reactivity to psychosocial stressors. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, S114-S120. <http://doi.org/10.1249/00005768-198710001-00004>
- De la Fuente, A. J., López, M., Zapata, L., Sander, P. y Putwain, D. (2014). Relación entre la autorregulación personal y la confianza académica (presagio) con el engagement-bournout de los estudiantes universitarios (producto). *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología*, 5(1), 17- 22. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v5.642>
- De Ridder, D. T. y De Wit, J. B. (2006). Self-regulation in health behavior: Concepts, theories, and central issues. *Self-regulation in health behavior*, 1-23. <http://doi.org/10.1002/9780470713150.ch1>
- Deci, E. L. y Ryan, R. M. (1991). A motivational approach to self: Integration in personality. In R. Dienstbier (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation: Vol. 38. Perspectives on motivation* (pp. 237-288). University of Nebraska Press.

- Dewitte, S. y Lens, W. (1999). Volition: Use with measure. *Learning and Individual Differences*, 11(3), 321–333. [https://doi.org/10.1016/S1041-6080\(99\)80006-5](https://doi.org/10.1016/S1041-6080(99)80006-5)
- Dewitte, S. y Lens, W. (2000a). Exploring volitional problems in academic procrastinators. *International Journal of Educational Research*, 33(7-8) 733–750. [http://doi.org/10.1016/S0883-0355\(00\)00047-1](http://doi.org/10.1016/S0883-0355(00)00047-1)
- Dewitte, S. y Lens, W. (2000b). Procrastinators lack a broad action perspective. *European Journal of Personality*, 14(2), 121–140. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-0984\(200003/04\)14:2<121::aid-per368>3.0.co;2-%23](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-0984(200003/04)14:2<121::aid-per368>3.0.co;2-%23)
- Dewitte, S. y Schouwenburg, H. C. (2002). Procrastination, Temptations, and Incentives: The Struggle between the Present and the Future in Procrastinators and the Punctual. *European Journal of Personality*, 16(6), 469–489. <https://doi.org/10.1002/per.461>
- Elliot, D. (1993). Health-enhancing and health-compromising lifestyles. En S. Millstein. *Promoting the health of adolescent*. Oxford University Press.
- Ellis, A. y Knaus, W.J. (1977). *Overcoming procrastination*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy. (Paperback ed., New York: New American Library).
- Erben, R., Franzkowiak, P. y Wenzel, E. (1992). Assessment of the outcomes of health intervention. *Social Science & Medicine*, 35(4), 359-365. [http://doi.org/10.1016/0277-9536\(92\)90328-N](http://doi.org/10.1016/0277-9536(92)90328-N)
- Espinoza, O., Fernando, R., Jorge, C. y Norman, K. (2011). Hábitos de alimentación y actividad física en estudiantes universitarios. *Revista Chilena de Nutricion*, 38(4), 458–465. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182011000400009>
- Ferrari, J. R. (1989). Reliability of Academic and Dispositional Measures of Procrastination. *Psychological Reports*, 64(3), 1057–1058. <https://doi.org/10.2466/pr0.1989.64.3c.1057>
- Ferrari, J. R. (1991). Compulsive procrastinators some self-reported characteristics. *Psychological Reports*, 68, 455-458.
- Ferrari, J. R. (1992). Psychometric validation of two procrastination inventories for adults: Arousal and avoidance measures. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 14(2), 97–110. <http://doi.org/10.1007/BF00965170>
- Ferrari, J. R. (2010). *Still procrastinating? The no regrets guide to getting it done*. New, NJ: Wiley.
- Ferrari, J. R. y Tice, D. (2000). Procrastination as a self-handicap for men and women: A task-avoidance strategy in a laboratory setting. *Journal of Research in Personality*, 34(1), 73-83. <http://doi.org/10.1006/jrpe.1999.2261>

- Ferrari, J. R., Barnes, K. L. y Steel, P. (2009). Life regrets by avoidant and arousal procrastinators: Why put off today what you will regret tomorrow?. *Journal of Individual Differences*, 30(3), 163-168. <http://doi.org/10.1027/1614-0001.30.3.163>
- Ferrari, J. R., Johnson, J.L. y McCown, W.G. (1995). *Procrastination and task avoidance: Theory, research, and treatment*. New York: Plenum Press.
- Ferrari, J. R. y Pychyl, T. A. (2012). “If I wait, my partner will do it:” The role of conscientiousness as a mediator in the relation of academic procrastination and perceived social loafing. *North American Journal of Psychology*, 14(1), 13–24.
- Ferrari, J. y Emmons, R. (1995). Methods of procrastination and their relation to self-control and self-reinforcement: An exploratory study. *Journal of Social Behavior and Personality*, 10(1), 135-142.
- Flett, G. L., Nepon, T., Hewitt, P. L. y Fitzgerald, K. (2016). Perfectionism, components of stress reactivity, and depressive symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(4), 645-654. <http://doi.org/10.1007/s10862-016-9554-x>
- Friedman, H. S. (2000). Long-term relations of personality and health: dynamisms, mechanisms, tropisms. *Journal of Personality*, 68(6), 1089–1107.
- Fritzsche, B. A., Young, B. R. y Hickson, K. C. (2003). Individual differences in academic procrastination tendency and writing success. *Personality and Individual Differences*, 35(7), 1549–1558. [http://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00369-0](http://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00369-0)
- Furlan, L., Heredia, D., Piemontesi, S. y Tuckman, B.W. (2012). Análisis factorial confirmatorio de la adaptación argentina de la escala de procrastinación de Tuckman (ATPS). *Perspectivas en Psicología*, (9), 142 – 149.
- Gallardo-Escudero, A., Alférez, M. J., Del Pozo, E. M. y Aliaga, I. L. (2015). La etapa universitaria no favorece el estilo de vida saludable en las estudiantes granadinas. *Nutricion Hospitalaria*, 31(2), 975–979. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.2.8303>
- Garzón-Umerenkova, A., De la Fuente, J., Amate, J., Paoloni, P., Fadda, S. y Fiz, J. (2018). A linear empirical model of self-regulation on flourishing, health, procrastination, and achievement, among university students. *Frontiers in Psychology*, 9, 1–12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00536>
- Garzón-Umerenkova, A. y Gil-Flores, J. (2017a). Propiedades psicométricas de la versión en español de la prueba PASS. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(43), 149-163. https://doi.org/10.21865/RIDEP43_1
- Garzón-Umerenkova, A. y Gil-Flores, J. (2017b). Gestión del tiempo y procrastinación en la educación superior. *Universitas Psychologica*, 16(3), 1–13. <http://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy.16-3.gtpe>

- Gil-Flores, J., De Besa Gutierrez, M. y Garzón-Umerenkova, A. (2020). Why do university students procrastinate? An analysis of the reasons and characterization of students with different reasons for procrastination. *Revista de Investigación Educativa*, 38(1), 183–200. <https://doi.org/10.6018/rie.344781>
- Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions: strong effects of simple plans. *American psychologist*, 54(7), 493-503. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.54.7.493>
- Grunschel, C., Patrzek, J., Klingsieck, K. y Fries, S. (2018). “I’ll stop procrastinating now!” Fostering specific processes of self-regulated learning to reduce academic procrastination. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 46(2), 143-157. <https://doi.org/10.1080/10852352.2016.1198166>
- Grunschel, C., Patrzek, J. y Fries, S. (2013). Exploring reasons and consequences of academic procrastination: an interview study. *European Journal of Psychology of Education*, 28(3), 841-861. <http://doi.org/10.1007/s10212-012-0143-4>
- Grunschel, C., Schwinger, M., Steinmayr, R. y Fries, S. (2016). Effects of using motivational regulation strategies on students academic procrastination, academic performance, and well-being. *Learning and Individual Differences*, 49, 162–170. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2016.06.008>
- Grunschel, C. y Schopenhauer, L. (2015). Why are students (Not) motivated to change academic procrastination? an investigation based on the transtheoretical model of change. *Journal of College Student Development*, 56(2), 187–200. <https://doi.org/10.1353/csd.2015.0012>
- Guilera, G., Barrios, M., Penelo, E., Morin, C., Steel, P. y Gómez-Benito, J. (2018). Validation of the Spanish version of the Irrational Procrastination Scale (IPS). *PLOS ONE*, 13(1) . <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0190806>
- Hall, P., Fong, T., Epp, L. y Elias, J. (2008). Executive function moderates the intention- behavior link for physical activity and dietary behavior. *Psychology and Health*, 23(3), 309–326. <https://doi.org/10.1080/14768320701212099>
- Harrington, N. (2005). It’s too difficult! Frustration intolerance beliefs and procrastination. *Personality and Individual Differences*, 39(5), 873–883. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.12.018>
- Haycock, L. A., McCarthy, P. y Skay, C. L. (1998). Procrastination in college students: The role of self-efficacy and anxiety. *Journal of Counseling y Development*, 76(3), 317-324. <http://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1998.tb02548.x>
- Henderson, J., Hall, M. y Lipton, H. (1980). Changing self destructive behaviors. En G. Stone; F. Cohen y N. Adler (Eds.). *Health psychology* (pp. 33-42). Jossey Bass.
- Holmes, D.S. (1993). “Aerobic fitness and the response to psychological stress”. En P. Seraganian (Ed.), *Exercise psychology. The influence on physical exercise on psychological process* (pp. 39-63). John Wiley.

- Hyner, G.C. y Melby, C.L. (1985). Healthy lifestyling: A nontraditional approach to facilitating health-enhancing behaviors in University Undergraduates. *Journal of American College Health*, 33(6), 264-265. <http://doi.org/10.1080/07448481.1985.9935038>
- Jaramillo, L. y Puga, L. (2016). El pensamiento lógico-abstracto como sustento para potenciar los procesos cognitivos en la educación. *Sophia, Colección de Filosofía de la Educación*, 21(2), 31-55. <http://doi.org/10.17163/soph.n21.2016.01>
- Jiménez-Muro, A., Beamonte, A., Marqueta, A., Gargallo, P. y Nerín, I. (2009). Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adicciones*, 21(1), 8-21.
- Jiménez, M. G., Martínez, P., Miró, E. y Sánchez, A. I. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿Están asociados a la práctica de ejercicio físico?. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 185-202.
- Jin, H., Wang, W. y Lan, X. (2019). Peer Attachment and Academic Procrastination in Chinese College Students: A Moderated Mediation Model of Future Time Perspective and Grit. *Frontiers in Psychology*, 10, 1–11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02645>
- Johnson, J. y Bloom, A. (1995). An analysis of the contribution of the five factors of personality to variance in academic procrastination. *Personality and Individual Differences*, 18(1), 127-133. [http://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)00109-6](http://doi.org/10.1016/0191-8869(94)00109-6)
- Kadzikowska, R. (2018). Self-regulation and bedtime procrastination: The role of self-regulation skills and chronotype. *Personality and Individual Differences*, 128, 10–15. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2018.02.015>
- Kim, K. R. y Seo, E. H. (2015). The relationship between procrastination and academic performance: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 82, 26–33. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2015.02.038>
- Klingsieck, K. B., Grund, A., Schmid, S. y Fries, S. (2013). Why students procrastinate: A qualitative approach. *Journal of College Student Development*, 54(4), 397–412. <http://doi.org/10.1353/csd.2013.0060>
- Knaus, W. (2000). Procrastination, blame, and change. *Journal of Social Behavior y Personality*, 15(5), 153-166.
- Knaus, W. J. (2002). *The procrastination workbook: Your personalized program for breaking free from the patterns that hold you back*. New Harbinger Publications.
- Knutson, K. L., Spiegel, K., Penev, P. y Van Cauter, E. (2007). The metabolic consequences of sleep deprivation. *Sleep Medicine Reviews*, 11(3), 163–178. <http://doi.org/10.1016/j.smrv.2007.01.002>

- Krause, K. y Freund, A. M. (2014). Delay or procrastination – A comparison of self-report and behavioral measures of procrastination and their impact on affective well-being. *Personality and Individual Differences*, 63, 75-80. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2014.01.050>
- Kroese, F. M., Evers, C., Adriaanse, M. A. y De Ridder, D. T. (2014). Bedtime procrastination: A self-regulation perspective on sleep insufficiency in the general population. *Journal of Health Psychology*, 21(5), 853–862. <https://doi.org/10.1177/1359105314540014>
- Kuhl, J. (1987). Action control: The maintenance of motivational states. In *Motivation, intention, and volition* (pp. 279-291). Springer, Heidelberg. http://doi.org/10.1007/978-3-642-70967-8_19
- Kuhl, J. y Beckmann, J. (1994). Introduction: Action versus state orientation in the context of personality and volition. En J. Kuhl y J. Beckmann (Ed). *Volition and personality: Action versus state orientation*, 1-5. Seattle, Hogrefe & Hube.
- Lam, K. y Zhou, M. (2019). Examining the relationship between grit and academic achievement within K-12 and higher education: A systematic review. *Psychology in the Schools*, 56(10), 1654–1686. <https://doi.org/10.1002/pits.22302>
- Lay, C. (1986). At Last, My Research Article on procrastination. *Journal of Research in Personality*, 20(4), 474–495. [http://doi.org/10.1016/0092-6566\(86\)90127-3](http://doi.org/10.1016/0092-6566(86)90127-3)
- Lay, C. (1997). Explaining lower-order traits through higher-order factors: The case of trait procrastination, conscientiousness, and the specificity dilemma. *European Journal of Personality*, 11(4), 267–278. [http://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0984\(199711\)11:4%3C267::AID-PER281%3E3.0.CO;2-P](http://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0984(199711)11:4%3C267::AID-PER281%3E3.0.CO;2-P)
- Ledo, M., de Luis Román, D., González, M., Izaola, O., Conde, R. y Aller, R. (2011). Características nutricionales y estilo de vida en universitarios. *Nutrición Hospitalaria*, 26(4), 814–818.
- Lee, D. G., Kelly, K. R. y Edwards, J. K. (2006). A closer look at the relationships among trait procrastination, neuroticism, and conscientiousness. *Personality and Individual Differences*, 40(1), 27–37. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2005.05.010>
- Leger, K. A., Charles, S. T., Ayanian, J. Z. y Almeida, D. M. (2015). The association of daily physical symptoms with future health. *Social Science & Medicine*, 143, 241–248. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.08.050>
- Loft, M. H. y Cameron, L. D. (2013). Using mental imagery to deliver self-regulation techniques to improve sleep behaviors. *Annals of Behavioral Medicine*, 46(3), 260–272. <http://doi.org/10.1007/s12160-013-9503-9>
- Lytle, L. A. y Kubik, M. Y. (2003). Nutritional issues for adolescents. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 17(2), 177-189. [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(02\)90416-5](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(02)90416-5)

- Martinsen, E. W. y Stephens, T. (1994). Exercise and mental health in clinical and free-living populations. En R. K. Dishman (Ed.), *Advances in exercise adherence* (pp. 55-72). Human Kinetics Publishers.
- McAuley, E., Mihalko, S. L. y Bane, S. M. (1997). Exercise and self-esteem in middle-aged adults: multidimensional relationships and physical fitness and self-efficacy influences. *Journal of behavioral medicine*, 20(1), 67-83. <http://doi.org/10.1023/A:1025591214100>
- McCown, W., Petzel, T. y Rupert, P. (1987). An experimental study of some hypothesized behaviors and personality variables of college student procrastinators. *Personality and Individual Differences*, 8(6), 781-786. [http://doi.org/10.1016/0191-8869\(87\)90130-9](http://doi.org/10.1016/0191-8869(87)90130-9)
- Mendoza, R. (1990). Concepto de estilos de vida saludables y factores determinantes. *2a Conferencia Europea de Educación para la Salud*. Varsovia Polonia.
- Metcalfe, J. y Mischel, W. (1999). A hot/cool-system analysis of delay of gratification: dynamics of willpower. *Psychological review*, 106(1), 3. <http://doi.org/10.1037/0033-295X.106.1.3>
- Milgram, N. (1991). Procrastination. In R. Dulbecco (Ed.). *Encyclopedia of human biology*, 6, 149-1559, Academic Press.
- Milgram, N., Batori, G. y Mowrer, D. (1993). Correlates of academic procrastination. *Journal of School Psychology*, 31(4), 487-500. [http://doi.org/10.1016/0022-4405\(93\)90033-F](http://doi.org/10.1016/0022-4405(93)90033-F)
- Milgram, N., Marshevsky, S. y Sadeh, C. (1995). Correlates of academic procrastination: Discomfort, task aversiveness, and task capability. *The Journal of psychology*, 129(2), 145-155. <http://doi.org/10.1080/00223980.1995.9914954>
- Milio, N. (1981). *Promoting Health through Public Policy*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Ministerio del Deporte. (2016). Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deporte en población de 18 años y más, año 2015. Recuperado el 19 de enero de 2021, de <http://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/1203>
- Mortazavi, F., Mortazavi, S. y Khosrorad, R. (2015). Psychometric properties of the procrastination assessment scale-student (PASS) in a student sample of sabzevar university of medical sciences. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(9). <https://doi.org/10.5812/ircmj.28328>
- Natividad Sáez, L. (2014). Análisis de la procrastinación en estudiantes universitarios (Tesis doctoral). *Universidad de Valencia*. España. Recuperado el 19 de enero de 2021, de https://www.academia.edu/8946570/UNIVERSITAT_DE_VALÈNCIA
- Oaten, M. y Cheng, K. (2006). Longitudinal gains in self-regulation from regular physical exercise. *British Journal of Health Psychology*, 11(4), 717-733. <https://doi.org/10.1348/135910706X96481>

- Onwuegbuzie, A. J. y Jiao, Q. G. (2000). I'll go to the library later: The relationship between academic procrastination and library anxiety. *College and Research Libraries*, 61(1), 45–54. <https://doi.org/10.5860/crl.61.1.45>
- Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2009). *Psicología del desarrollo: de la infancia a la adolescencia*. (11e). D.F, McGraw-Hill.
- Pardo, A. y San Martín, R. (1998). *Análisis de datos en psicología II*. 2da. Edición. Madrid: Pirámide.
- Pastor, Y., Balaguer, I. y García-Merita, M. (1998a). Una revisión sobre las variables de estilos de vida saludables. *Revista de psicología de la salud*, 10(1), 15–52.
- Pastor, Y., Balaguer, I. y García-Merita, M. (1998b). Dimensiones del estilo de vida relacionado con la salud en la adolescencia: una revisión. *Revista de psicología general y aplicada*, 52(3), 469–483.
- Pastor, Y., Balaguer, I. y García-Merita, M. (2006). Relaciones entre el autoconcepto y el estilo de vida saludable en la adolescencia media: Un modelo exploratorio. *Psicothema*, 18(1), 18–24.
- Pate, R., Heath, G., Dowda, M. y Trost, G. (1996). Associations between physical activity and other health behaviors in a representative sample of US adolescents. *American journal of public health*, 86(11), 1577-1581. <http://doi.org/10.2105/AJPH.86.11.1577>
- Petruzzello, S. J., Landers, D. M., Hatfield, B. D., Kubitz, K. A. y Salazar, W. (1991). A meta-analysis on the anxiety-reducing effects of acute and chronic exercise. *Sportsmedicine*, 11(3), 143-182. <http://doi.org/10.2165/00007256-199111030-00002>
- Pintrich, P. R. (2000). The Role of Goal Orientation in Self-Regulated Learning. *Handbook of Self-Regulation*, 451–502. <https://doi.org/10.1016/b978-012109890-2/50043-3>
- Pintrich, P. R. y De Groot, E. V. (1990). Motivational and Self-Regulated Learning Components of Classroom academic performance. *Journal of Educational Psychology*, 82(1), 33–40. <http://doi.org/10.1037/0022-0663.82.1.33>
- Pychyl, T. A., Lee, J. M., Thibodeau, R. y Blunt, A. (2000). Five days of emotion: An experience sampling study of undergraduate student procrastination. *Journal of Social Behavior and Personality*, 15(5), 239–254.
- Pychyl, T. A. y Flett, G. L. (2012). Procrastination and Self-Regulatory Failure: An Introduction to the Special Issue. *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 30(4), 203–212. <https://doi.org/10.1007/s10942-012-0149-5>
- Rebetez, M., Rochat, L., Barsics, C. y Van der Linden, M. (2018). Procrastination as a self-regulation failure: The role of impulsivity and intrusive thoughts. *Psychological reports*, 121(1), 26-41. <http://doi.org/10.1177/0033294117720695>

- Rice, K. G., Richardson, C. M. E. y Clark, D. (2012). Perfectionism, procrastination, and psychological distress. *Journal of Counseling Psychology*, 59(2), 288–302. <https://doi.org/10.1037/a0026643>
- Rodríguez, J. (1995). Psicología social de la salud. *Psicología Social de la Salud*. Síntesis.
- Rothblum, E. D., Solomon, L. J. y Murakami, J. (1986). Affective, cognitive, and behavioral differences between high and low procrastinators. *Journal of Counseling Psychology*, 33(4), 387–394. <https://doi.org/10.1037//0022-0167.33.4.387>
- Rozental, A. y Carlbring, P. (2014). Understanding and Treating Procrastination: A Review of a Common Self-Regulatory Failure. *Psychology*, 5(13), 1488–1502. <https://doi.org/10.4236/psych.2014.513160>
- Ryan, R. M., Kuhl, J. y Deci, E. L. (1997). Nature and autonomy: Organizational view of social and neurobiological aspects of self-regulation in behavior and development. *Development and Psychopathology*, 9(4), 701-728. <http://doi.org/10.1017/S0954579497001405>
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2000). La Teoría de la Autodeterminación y la Facilitación de la Motivación Intrínseca, el Desarrollo Social, y el Bienestar Teoría de la Autodeterminación. *American Psychologist*, 55, 68–78.
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2017). *Self-Determination Theory. Basic Psychological Needs in Motivation, Development, and Wellness*. Guilford Publishing.
- Ryan, R. M. y Frederick, C. M. (1997). On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*, 65(3), 529-565. <http://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1997.tb00326.x>
- Saddler, C. D. y Sacks, L. A. (1993). Multidimensional perfectionism and academic procrastination: Relationships with depression in university students. *Psychological Reports*, 73, 863-871. <https://doi.org/10.1177/00332941930733pt123>
- Sæle, R. G., Dahl, T. I., Sørli, T. y Friberg, O. (2017). Relationships between learning approach, procrastination and academic achievement amongst first-year university students. *Higher Education*, 74(5), 757–774. <https://doi.org/10.1007/s10734-016-0075-z>
- Sajiwandani, J. (1991). Understanding Lifestyles in the pledge process: a human ecology approach to nursing and health care. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 343-349. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01658.x>
- Salazar, C. y Arrivillaga, M. (2004). El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, como parte del estilo de vida de jóvenes universitarios. *Revista colombiana de psicología*, 13, 74-89.
- Sallis, J. F. y Patrick, K. (1994). Physical activity guidelines for adolescents: consensus statement. *Pediatric exercise science*, 6(4), 302-314. <http://doi.org/10.1123/pes.6.4.302>

- Sánchez, A. (2010). Procrastinación académica: un problema en la vida universitaria. *Studiositas*, 5(2), 87–94. <http://repository.ucatolica.edu.co/handle/10983/604>
- Schouwenburg, H. C. (2004). *Procrastination in Academic Settings: General Introduction*. In H. C. Schouwenburg, C. H. Lay, T. A. Pychyl, y J. R. Ferrari (Eds.), *Counseling the procrastinator in academic settings* (pp. 3–17). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10808-001>
- Schouwenburg, H. C., Lay, C. H., Pychyl, T. A. y Ferrari, J. R. (2004). *Counseling the procrastinator in academic settings*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10808-000>
- Schouwenburg, H. C. y Lay, C. H. (1995). Trait procrastination and the big-five factors of personality. *Personality and Individual Differences*, 18(4), 481–490. [http://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)00176-S](http://doi.org/10.1016/0191-8869(94)00176-S)
- Setton, D. y Fernández, A. (2014). *Nutrición en pediatría. Bases para la práctica clínica en niños sanos y enfermos*. Editorial Médica Panamericana.
- Sheeran, P. (2002). Intention–behavior relations: A conceptual and empirical review. *European Review of Social Psychology*, 12, 1–36.
- Sheeran, P., Milne, S., Webb, T. L. y Gollwitzer, P. M. (2005). Implementation intentions and health behaviors. In M. Conner y P. Norman (Eds.), *Predicting health behavior: Research and practice with social cognition models* (2a. ed., pp. 276–323). Buckingham: Open University Press.
- Silver, M. y Sabini, J. (1981). Procrastinating. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 11(2), 207–221. <http://doi.org/10.1111/j.1468-5914.1981.tb00033.x>
- Sinha, P. (1993). *Developing positive health lifestyle in schoolchildren. Project Lifestyle*. Kingston: Regional Office of the World Health Organization.
- Sirois, F. M. (2004). Procrastination and intentions to perform health behaviors: The role of self-efficacy and the consideration of future consequences. *Personality and Individual Differences*, 37(1), 115–128. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2003.08.005>
- Sirois, F. M. (2007). “I’ll look after my health, later”: A replication and extension of the procrastination-health model with community-dwelling adults. *Personality and Individual Differences*, 43(1), 15–26. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.11.003>
- Sirois, F. M., Melia-Gordon, M. L. y Pychyl, T. A. (2003). “I’ll look after my health, later”: An investigation of procrastination and health. *Personality and Individual Differences*, 35(5), 1167–1184. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00326-4](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00326-4)
- Sirois, F. M., Van Eerde, W. y Argiropoulou, M. I. (2015). Is procrastination related to sleep quality? Testing an application of the procrastination–health model. *Cogent Psychology*, 2(1). <https://doi.org/10.1080/23311908.2015.1074776>

- Sirois, F. M. y Hirsch, J. K. (2015). Big Five traits, affect balance and health behaviors: A self-regulation resource perspective. *Personality and Individual Differences*, 87, 59–64. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.07.031>
- Sirois, F. M. y Stout, D. (2011). When knowing better doesn't mean doing better: Understanding the roles of procrastination and self-blame in the health and well-being of nurses. In *7th Biennial Conference on Procrastination, Amsterdam, The Netherlands*.
- Sirois, F. M. y Tosti, N. (2012). Lost in the Moment? An Investigation of Procrastination, Mindfulness, and Well-being. *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 30(4), 237–248. <http://doi.org/10.1007/s10942-012-0151-y>
- Sirois, F. y Pychyl, T. (2013). Procrastination and the Priority of Short-Term Mood Regulation: Consequences for Future Self. *Social and Personality Psychology Compass*, 7(2), 115–127. <https://doi.org/10.1111/spc3.12011>
- Sirois, F. y Pychyl, T. (2016). Procrastination, Emotion Regulation, and Well-Being. In *Procrastination, Health, and Well-Being* <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85013347190&partnerID=40&md5=fd4ea729556833be36aea4ca8307f5fa>
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J. y Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129, 216–269. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216>
- Smith, T.W. (2006). Personality as risk and resilience in physical health. *Current Directions in Psychological Science*, 15(5), 227–231. <http://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2006.00441.x>
- Solberg, L., Ehlers, S., Whipple, M. y Vincent, A. (2013). Self-regulatory fatigue in chronic multisymptom illnesses: Scale development, fatigue, and self-control. *Journal of Pain Research*, 6, 181–188. <https://doi.org/10.2147/JPR.S40014>
- Solomon, L. J. y Rothblum, E. (1984). Academic procrastination: frequency and cognitive behavioral correlates. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 503–509. <http://doi.org/10.1037/0022-0167.31.4.503>
- Solomon, L. J. y Rothblum, E. (1988). Procrastination assessment scale-students. *Dictionary of behavioral assessment techniques*, 358-360.
- Stead, R., Shanahan, M. y Neufeld, R. (2010). “I’ll go to therapy, eventually”: Procrastination, stress and mental health. *Personality and Individual Differences*, 49(3), 175–180. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2010.03.028>
- Steel, P. (2007). The nature of procrastination: A meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure. *Psychological Bulletin*, 133(1), 65–94. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.65>

- Steel, P. (2010). Arousal, avoidant and decisional procrastinators: Do they exist? *Personality and Individual Differences*, 48(8), 926–934. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.02.025>
- Steel, P. (2011). *Procrastinación. Por qué dejamos para mañana lo que podemos hacer hoy*. Barcelona. Ed. Grijalbo.
- Steel, P., Svartdal, F., Thundiyil, T. y Brothen, T. (2018). Examining procrastination across multiple goal stages: A longitudinal study of temporal motivation theory. *Frontiers in Psychology*, 9(apr), 1–16. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00327>
- Steel, P. y Ferrari, J. (2013). Sex, Education and Procrastination: An Epidemiological Study of Procrastinators' Characteristics from a Global Sample. *European Journal of Personality*, 27(1), 51–58. <https://doi.org/10.1002/per.1851>
- Steel, P. y Klingsieck, K. B. (2016). Academic Procrastination: Psychological Antecedents Revisited. *Australian Psychologist*, 51(1), 36–46. <https://doi.org/10.1111/ap.12173>
- Stover, J., Bruno, F., Uriel, F. y Fernandez, M. (2017). Teoría de la Autodeterminación: una revisión teórica Resumen Introducción Desarrollo. *Perspectivas en Psicología*, 14, 105–115.
- Suls, J. y Rittenhouse, J. D. (1990). Models of linkages between personality and disease. In H. S. Friedman (Ed.), *Personality and disease* (pp. 38–63). New York: Wiley.
- Surowiecki, J. (2010). “Later: What does procrastination tell us about ourselves?”. *The New Yorker Books*.
- Taylor, S. y Sirois, F. (2014). *Health psychology* (3rd Canadian ed.). Toronto, ON: McGraw-Hill Ryerson.
- Tice, D. y Baumeister, R. (1997). Longitudinal study of procrastination, performance, stress, and health: The costs and benefits of dawdling. *Psychological Science*, 8, 454–458. <http://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1997.tb00460.x>
- Tice, D. y Bratslavsky, E. (2000). Giving in to feel good: The place of emotion regulation in the context of general self-control. *Psychological inquiry*, 11(3), 149-159. http://doi.org/10.1207/S15327965PLI1103_03
- Troncoso, C. y Amaya, J. (2009). Factores sociales en las conductas alimentarias de estudiantes universitarios. *Revista Chilena de Nutrición*, 36(4), 1090-1097. <http://doi.org/10.4067/S0717-75182009000400005>
- Tuckman, B. W. (2002). Academic Procrastinators: Their Rationalizations and Web Course Performance. *Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association (110th, Chicago, IL, August 22-25, 2002)*. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED470567.pdf>

- Ungemack, J. A. (1994). Patterns of personal health practice: Men and women in the United States. *American Journal of Preventive Medicine*, 10, 38-44. [http://doi.org/10.1016/S0749-3797\(18\)30645-7](http://doi.org/10.1016/S0749-3797(18)30645-7)
- USDHHS. (1996). Department of Health and Human Services. Physical activity and health: a report of the Surgeon General. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Center of Disease Control and Prevention. *National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion*.
- Valenzuela, R., Codina, N., Castillo, I., y Pestana, J. V. (2020). Young University Students' Academic Self-Regulation Profiles and Their Associated Procrastination: Autonomous Functioning Requires Self-Regulated Operations. *Frontiers in Psychology*, 11(March), 1–15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00354>
- Van Eerde, W. (2000). Procrastination: Self-regulation in initiating aversive goals. *Applied Psychology*, 49(3), 372–389. <https://doi.org/10.1111/1464-0597.00021>
- Van Eerde, W. (2003). A meta-analytically derived nomological network of procrastination. *Personality and individual differences*, 35(6), 1401-1418. [http://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00358-6](http://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00358-6)
- Vázquez, J. R., Ramírez, J. C., Rojas, L. A., Romero, O. C. y Ledezma, J. C. R. (2018). La obesidad y su asociación con otras de las enfermedades crónicas no transmisibles. *Journal of Negative and No Positive Results*, 3(8), 627–642. <https://doi.org/10.19230/JONNPR.2520>
- Vilhjalmsson, R. y Thorlindsson, T. (1998). Factors related to physical activity: a study of adolescents. *Social Science & Medicine*, 47(5), 665-675. [http://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00143-9](http://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00143-9)
- Walker, S. N. y Hill-Polerecky, D. M. (1996). Psychometric evaluation of the Health-Promoting Lifestyle Profile II. *Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center*, 120-26.
- Wang, Z. y Englander, F. (2010). A cross-disciplinary perspective on explaining student performance in introductory statistics - What is the relative impact of procrastination? *College Student Journal*, 44(2), 458-471.
- Watson, D. C. (2001). Procrastination and the five-factor model: A facet level analysis. *Personality and Individual Differences*, 30, 149–158. [http://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00019-2](http://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00019-2)
- Wesley, J. C. (1994). Effects of ability, high school achievement, and procrastinatory behavior on college performance. *Educational and Psychological Measurement*, 54(2), 404-408. <http://doi.org/10.1177/0013164494054002014>

- Williams, G. C., Freedman, Z. R. y Deci, E. L. (1998). Supporting autonomy to motivate glucose control in patients with diabetes. *Diabetes Care*, 21, 1644-1651. <http://dx.doi.org/10.2337/diacare.21.10.1644>
- Wilson, B. y Nguyen, T. (2012). Belonging to tomorrow: an overview of procrastination. *International of Psychological Studies*, 4(1), 211. <http://doi.org/10.5539/ijps.v4n1p211>
- Wolters, C. A. (2003). Understanding procrastination from a self-regulated learning perspective. *Journal of Educational Psychology*, 95(1), 179-187. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.95.1.179>
- Wolters, C. A., Pintrich, P. R. y Karabenick, S. A. (2005). Assessing Academic Self-Regulated Learning. *What Do Children Need to Flourish?*, 2003, 251-270. https://doi.org/10.1007/0-387-23823-9_16
- Wolters, C. A. y Hussain, M. (2015). Investigating grit and its relations with college students' self-regulated learning and academic achievement. *Metacognition and Learning*, 10(3), 293-311. <https://doi.org/10.1007/s11409-014-9128-9>
- World Health Organization. (1986). Life-Styles and Health. *Social Science & Medicine*, 22, 117-124. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(86\)90060-2](https://doi.org/10.1016/0277-9536(86)90060-2)
- World Health Organization. (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco. *WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco*.
- World Health Organization/International Society of Hypertension Writing Group. (2003). 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *Journal of hypertension*, 21(11), 1983-1992.
- Wypych, M., Matuszewski, J. y Dragan, W. Ł. (2018). Roles of impulsivity, motivation, and emotion regulation in procrastination—Path analysis and comparison between students and non-students. *Frontiers in psychology*, 9, 891. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00891>
- Yockey, R. D. y Kralowec, C. J. (2015). Confirmatory factor analysis of the procrastination assessment scale for students. *Sage Open*, 5(4), 2158244015611456. <http://doi.org/10.1177/2158244015611456>
- Zhang, Y., Dong, S., Fang, W., Chai, X., Mei, J. y Fan, X. (2018). Self-efficacy for self-regulation and fear of failure as mediators between self-esteem and academic procrastination among undergraduates in health professions. *Advances in Health Sciences Education*, 23(4), 817-830. <https://doi.org/10.1007/s10459-018-9832-3>
- Zimberg, I. Z., Dâmaso, A., Del Re, M., Carneiro, A. M., de Sá Souza, H., de Lira, F. S., y Mello, M.T. (2012). Short sleep duration and obesity: mechanisms and future perspectives. *Cell Biochemistry and Function*, 30(6), 524-529. <http://doi.org/10.1002/cbf.2832>

- Zimmerman, B. J. (1989). A social cognitive view of self-regulated academic learning. *Journal of educational psychology*, 81(3), 329. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0663.81.3.329>
- Zimmerman, B. J. (1998). Academic studing and the development of personal skill: A self-regulatory perspective. *Educational psychologist*, 33(2-3), 73-86.
- Zimmerman, B. J. (2000). Self-Efficacy: An Essential Motive to Learn. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 82–91. <https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1016>
- Zimmerman, B. J. (2008). Investigating self-regulation and motivation: Historical background, methodological developments, and future prospects. *American Educational Research Journal*, 45(1), 166–183. <https://doi.org/10.3102/0002831207312909>
- Zimmerman, B. J., Bonner, S. y Kovach, R. (1996). *Developing self-regulated learners: Beyond achievement to self-efficacy*. Washington, DC: American Psychological Association.

ANEXOS

Anexo I: Cuestionario de variables sociodemográficas y académicas

Sexo Femenino Masculino

Edad:

Ocupación Estudia Estudia y trabaja

¿Cuántas horas a la semana trabajas?

¿Qué carrera estudias?

Año de ingreso a la carrera:

Ciudad Natal

Lugar de residencia durante sus estudios: Casa de padres Piso de estudiantes
 Residencia universitaria Casa de algún familiar Casa de un amigo y/o pareja
 Otro

Nivel educativo de los padres (estudios finalizados): Enseñanza básica Enseñanza media Estudios superiores técnicos Estudios Universitarios Estudios Universitarios de postgrado

¿Estudias con algún beneficio/ayuda para costear tus estudios?: Gratuidad Beca y/o Crédito del Estado Crédito interno de la Universidad Crédito Bancario Otro beneficio (detalle) No tengo ningún beneficio

Anexo II: Cuestionario de variables sobre práctica de ejercicio físico-deportivo

Con la finalidad de conocer sobre tu práctica de ejercicio físico-deportivo, definida como: "El ejercicio físico o actividad deportiva de intensidad moderada a intensa".

Incluye: Ejercicio moderado: acelera el corazón y hace respirar con mayor intensidad de lo normal (Ejemplo: caminar a paso rápido, hacer ejercicios aeróbicos suaves, bailes o natación). Ejercicio intenso: Hace sudar, jadear y quedarse sin aliento. (Ejemplos: hacer ejercicios aeróbicos intensos, correr o practicar "jooging", o deportes intensos).

NO INCLUYE: Ejercicio ligero: (Ejemplos: pasear conversando, estiramientos ligeros, labores de limpieza del hogar).

En los últimos 12 meses:

1.- ¿Practicabas o practicas alguna actividad físico-deportiva? **O Si O No**

2.- ¿Qué actividad físico deportiva practicabas o practicas? (Puedes marcar más de una actividad)	
Actividades aeronáuticas	Actividades subacuáticas
Ajedrez	Artes marciales
Atletismo	Automovilismo
Baloncesto	Balonmano
Boxeo	Carrera a pie
Caza	Ciclismo
Deportes de invierno	Esquí náutico
Frontón, frontenis	Fútbol 11 y 7
Fútbol sala	Gimnasia intensa
Gimnasia suave	Golf
Hípica	Lucha o defensa personal
Motociclismo	Musculación, culturismo
Natación	Otra actividad física con música
Pádel	Patín, monopatín
Pesca	Petanca o bolos
Ping pong	Piragüismo, remo
Rugby	Senderismo, montañismo
Squash	Surf
Tenis	Triatlón
Vela	Voleibol
Otra actividad (especifique):	

3.- ¿Con qué frecuencia (días por semana) solías practicar o sueles practicar la/s actividad/es físico-deportivas seleccionada/s?

4.- ¿En qué tipo de días solías practicar o sueles practicar la/s actividad/es físico-deportiva seleccionada/s? *Marca la respuesta más similar a tu práctica habitual:*

O Laborables (de lunes a viernes) O No laborales (sábado, domingo o festivos)

O Ambos (laborables y fines de semana) O No tenía un día fijo para practicar

Anexo III: Procrastination Assesment Scale-Students (PASS)
(Garzón-Umerenkova y Gil-Flores, 2017a)

Para cada una de las siguientes actividades valora hasta qué punto la pospones o la demoras.

Para ello, puntúa cada ítem utilizando una escala de "1" a "5" según con qué frecuencia esperas hasta el último momento para hacer la actividad. A continuación, indica en qué grado piensas que posponer esa actividad, es un problema para ti. Finalmente, utilizando la misma escala, indica cuánto te gustaría reducir tu tendencia de posponer cada tarea.

I.- Escribir un trabajo de final de cuatrimestre/curso (semestre/año)				
1) ¿Hasta qué punto pospones hacer esta tarea?				
<i>Nunca</i>	<i>Casi Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi Siempre</i>	<i>Siempre</i>
2) ¿Hasta qué punto el hecho de posponer esta tarea supone un problema para ti?				
<i>Nunca</i>	<i>Casi Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi Siempre</i>	<i>Siempre</i>
Acerca de lo que acabas de responder sobre la tendencia de posponer la actividad:				
3) ¿Hasta qué punto te gustaría reducir tu tendencia a posponer dicha tarea?				
<i>No quiero reducirla</i>	<i>2</i>	<i>Algo</i>	<i>3</i>	<i>Desde luego me gustaría reducirla</i>
II.- Estudiar para los exámenes (pruebas)				
4) ¿Hasta qué punto pospones hacer esta tarea?				
<i>Nunca</i>	<i>Casi Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi Siempre</i>	<i>Siempre</i>
5) ¿Hasta qué punto el hecho de posponer esta tarea supone un problema para ti?				
<i>Nunca</i>	<i>Casi Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi Siempre</i>	<i>Siempre</i>
Acerca de lo que acabas de responder sobre la tendencia de posponer la actividad:				
6) ¿Hasta qué punto te gustaría reducir tu tendencia a posponer dicha tarea?				
<i>No quiero reducirla</i>	<i>2</i>	<i>Algo</i>	<i>3</i>	<i>Desde luego me gustaría reducirla</i>
II.- Mantenerme al día con las lecturas/trabajos/actividades				
7) ¿Hasta qué punto pospones hacer esta tarea?				
<i>Nunca</i>	<i>Casi Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi Siempre</i>	<i>Siempre</i>
8) ¿Hasta qué punto el hecho de posponer esta tarea supone un problema para ti?				
<i>Nunca</i>	<i>Casi Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi Siempre</i>	<i>Siempre</i>
Acerca de lo que acabas de responder sobre la tendencia de posponer la actividad:				
9) ¿Hasta qué punto te gustaría reducir tu tendencia a posponer dicha tarea?				
<i>No quiero reducirla</i>	<i>2</i>	<i>Algo</i>	<i>3</i>	<i>Desde luego me gustaría reducirla</i>
IV.- Tareas académicas administrativas: rellenar impresos, matricularse para las clases, conseguir tarjeta de identificación, etc.				
10) ¿Hasta qué punto pospones hacer esta tarea?				
<i>Nunca</i>	<i>Casi Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi Siempre</i>	<i>Siempre</i>
11) ¿Hasta qué punto el hecho de posponer esta tarea supone un problema para ti?				
<i>Nunca</i>	<i>Casi Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi Siempre</i>	<i>Siempre</i>
Acerca de lo que acabas de responder sobre la tendencia de posponer la actividad:				
12) ¿Hasta qué punto te gustaría reducir tu tendencia a posponer dicha tarea?				
<i>No quiero reducirla</i>	<i>2</i>	<i>Algo</i>	<i>3</i>	<i>Desde luego me gustaría reducirla</i>
V.- Tareas de asistencia: Reunirte con tu tutor, pedir una cita con un profesor, etc.				
13) ¿Hasta qué punto pospones hacer esta tarea?				
<i>Nunca</i>	<i>Casi Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi Siempre</i>	<i>Siempre</i>
14) ¿Hasta qué punto el hecho de posponer esta tarea supone un problema para ti?				
<i>Nunca</i>	<i>Casi Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi Siempre</i>	<i>Siempre</i>
Acerca de lo que acabas de responder sobre la tendencia de posponer la actividad:				
15) ¿Hasta qué punto te gustaría reducir tu tendencia a posponer dicha tarea?				

<i>No quiero reducirla</i>	2	<i>Algo</i>	3	<i>Desde luego me gustaría reducirla</i>
VI.- Actividades en general				
16) ¿Hasta qué punto pospones hacer esta tarea?				
<i>Nunca</i>	<i>Casi Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi Siempre</i>	<i>Siempre</i>
17) ¿Hasta qué punto el hecho de posponer esta tarea supone un problema para ti?				
<i>Nunca</i>	<i>Casi Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi Siempre</i>	<i>Siempre</i>
Acerca de lo que acabas de responder sobre la tendencia de posponer la actividad:				
18) ¿Hasta qué punto te gustaría reducir tu tendencia a posponer dicha tarea?				
<i>No quiero reducirla</i>	2	<i>Algo</i>	3	<i>Desde luego me gustaría reducirla</i>

Recuerda cuándo te ocurrió la siguiente situación por última vez "...Es casi el final del cuatrimestre (semestre). Pronto hay que entregar el trabajo asignado a principios del cuatrimestre (semestre) y ni siquiera has empezado a prepararlo". Valora cada uno de los siguientes motivos por los cuales has pospuesto realizar dicho trabajo en una escala de cinco puntos en función de cuánto reflejan las razones para posponer ese momento

Utilizando como código de respuesta:

1: "No refleja mis motivos en absoluto"

2:

3: "Los refleja hasta cierto punto"

4:

5: Los refleja perfectamente

19) Estabas preocupado de que al profesor no le gustara tu trabajo...
20) Tenías dificultades en saber que incluir y que no incluir en tu trabajo...
21) Esperaste hasta que un compañero hizo el suyo para que te pudiera aconsejar...
22) Tenías muchas otras cosas que hacer...
23) Necesitabas pedir información al profesor, pero no te sentías cómodo acercándote a él/ella...
24) Estabas preocupado de recibir una mala calificación...
25) No te gustó tener que hacer trabajos "mandados" por otros...
26) Pensabas que no sabías lo suficiente para escribir el trabajo...
27) No te gusta nada escribir trabajos extensos...
28) Te sentías desbordado por la tarea...
29) Tenías problemas en pedir información a otros...
30) Tenías ganas de sentir emoción de hacer esta tarea en el último momento...
31) No podías elegir entre todos los posibles temas...
32) Estabas preocupado de que si lo hacías bien, tus compañeros te rechazaran....
33) No tenías confianza en tí mismo para hacer un buen trabajo...
34) No tenías bastante energía para empezar la tarea...
35) Pensabas que cuesta demasiado tiempo escribir un trabajo de final de semestre...
36) Te gustó el reto de esperar hasta la fecha de entrega...
37) Sabías que tus compañeros no habían empezado el trabajo tampoco...
38) No te gustó que los demás te pusiesen plazos (fechas límites)...
39) Estabas preocupado de no alcanza tus propias expectativas...
40) Estabas preocupado de que si recibías una buena nota la gente esperaba mucho de ti en el futuro...
41) Esperaste a ver si el profesor te ofrecía más información sobre el trabajo...
42) Te pusiste metas muy altas y te preocupaba no poder alcanzarlas...
43) Te sentías demasiado perezoso (flojo) para escribir un trabajo de final de semestre...
44) Tus amigos te presionaban para hacer otras cosas...

Anexo IV: Irrational Procrastination Scale (IPS)
(Guilera et al., 2018)

Indique hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación seleccionando la respuesta que mejor describe su forma de ser y hacer.

Utilizando como código de respuesta:

1: “No me describe en absoluto”

2: “No es usual en mi”

3: “A veces sí, a veces no”

4: “Es usual en mi”

5: “Me describe totalmente”

1) Pospongo tanto las cosas que mi bienestar o eficiencia se ven afectados innecesariamente
2) Si hay algo que debo hacer, lo hago antes que atender a tareas menos importantes
3) Si algunas cosas las hubiera hecho antes, mi vida sería mejor
4) Cuando debería estar haciendo una cosa, me pongo a hacer otra
5) Al final del día, sé que podría haberme distribuido mejor el tiempo
6) Me organizo el tiempo adecuadamente
7) Retraso las tareas más de lo que sería razonable
8) Dejo para mañana lo que tendría que hacer hoy
9) Hago las cosas cuando creo que hay que hacerlas

Anexo V: Spanish Short Self-Regulation Questionnaire (SSSRQ)
(Garzón-Umerenkova et al., 2017)

A continuación te pedimos que marques la alternativa que mejor represente tu nivel de acuerdo con las afirmaciones, considerando una escala de 1 a 5.

Utilizando como código de respuesta:

1: “Nada”

2: “Poco”

3: “Regular”

4: “Bastante”

5: “Mucho”

1) Normalmente, suelo controlar mi progreso en cuanto al logro de mis objetivos en el estudio
2) Me cuesta ponerme objetivos
3) Me cuesta hacer planes para poder alcanzar mis objetivos
4) Me pongo objetivos y controlo mi progreso
5) Una vez tengo un objetivo, normalmente, puedo planificar cómo alcanzarlo
6) Si tomo determinación de hacer algo, pongo mucha atención a cómo me va
7) Me distraigo de mis planes fácilmente
8) Tengo mucha fuerza de voluntad
9) Soy capaz de resistir las tentaciones
10) Me cuesta decidirme sobre las cosas
11) Retraso tomar cualquier decisión
12) Tengo tantos proyectos que me es difícil concentrarme en ninguno
13) Cuando se trata de decidirme sobre algún cambio, me siento abrumado por las decisiones
14) Pequeños problemas o distracciones me desorientan
15) Parece que no aprendo de mis errores
16) Normalmente, con solo una vez que cometa un error, ya aprendo de él
17) Aprendo de mis errores

Anexo VI: Cuestionario de prácticas sobre estilos de vida
(Salazar y Arrivillaga, 2004)

Responde todas las preguntas marcando la respuesta más similar a tu experiencia personal.

Utilizando como código de respuesta:

1: “Nunca”

2: “Algunas veces”

3: “Con Frecuencia”

4: “Siempre (casi siempre)”

I.- Condición, Actividad Física y Deporte
1) ¿Hace ejercicio, camina, trotta o juega algún deporte?
2) ¿Termina el día con vitalidad y sin cansancio?
3) ¿Mantiene el peso corporal estable?
4) ¿Realiza ejercicios que le ayuden al funcionamiento cardiaco? (spinning, cardio-box, aeróbicos, aerorumba)
5) ¿Practica ejercicios que le ayuden a estar tranquilo? (Taichí, Kun-fu, Yoga, Danza, Meditación, Relajación autodirigida)
6) ¿Participa en algún programa o actividad de ejercicio físico bajo supervisión?
II.- Recreación y manejo del tiempo libre
1) ¿Practica actividades físicas de recreación? (caminar, nadar, montar/andar en bicicleta)
2) ¿Incluye momentos de descanso en su rutina diaria?
3) ¿Comparte con su familia y/o amigos el tiempo libre?
4) En su tiempo libre ¿Realiza actividades de recreación? (Cine, leer, pasear)
5) ¿Destina parte de su tiempo libre para actividades académicas o laborales?
III.- Autocuidado y Cuidado Médico
1) ¿Va al odontólogo o dentista por lo menos una vez al año?
2) ¿Va al médico por lo menos una vez al año?
3) Cuando se expone al sol, ¿Usa protectores solares?
4) ¿Evita exposiciones prolongadas al sol?
5) ¿Chequea al menos una vez al año su presión arterial?
6) ¿Lee y sigue las instrucciones cuando utiliza algún medicamento?
7) ¿Realiza exámenes de colesterol, triglicéridos y glicemia una vez al año?
8) ¿Se automedica y/o acude al farmaceuta en caso de dolores musculares, de cabeza o estados gripales?
9) ¿Consumo medicinas sin prescripción médica? (Anfetaminas, antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos)
10) ¿Observa su cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos?
11) ¿Se examina los senos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes?
12) ¿Se toma la citología anualmente?
13) ¿Se examina los testículos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes?
14) ¿Se realiza exámenes de próstata anualmente?
15) Cuando realiza una actividad física (levanta pesas, monta/anda en bicicleta, bucea, nada, etc) ¿Utiliza las medidas de protección respectivas?
16) ¿Maneja bajo efectos de licor (alcohol) u otras drogas?
17) ¿Aborda un vehículo manejado por algún conductor bajo efectos del licor (alcohol) u otras drogas?
18) ¿Obedece las leyes de tránsito, sea peatón o conductor?
19) Como peatón o pasajero ¿Usa cinturón de seguridad?

20) ¿Atiende las señales de seguridad (extinguidores, cintas amarillas, letreros como "zona de seguridad", etc.) que hay en la Universidad?
21) ¿Toma las medidas preventivas (guantes, cascos, cinturones, botas, protectores de pantalla, etc.) relacionadas con su trabajo?
IV.- Hábitos Alimenticios
1) ¿Consume entre cuatro y ocho vasos de agua al día?
2) ¿Añade sal a las comidas en la mesa?
3) ¿Consume más de cuatro gaseosas en la semana?
4) ¿Consume dulces, pasteles o helados más de dos veces en la semana?
5) ¿Su alimentación incluye vegetales, frutas, panes, cereales, productos lácteos, granos enteros y fuentes adecuadas de proteína?
6) ¿Limita su consumo de grasas (mantequilla, queso, crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas en general)?
7) ¿Come pescado y pollo, más que carnes rojas?
8) ¿Come alimentos de paquete (papas fritas, snacks)?
9) ¿Come carne más de cuatro veces a la semana?
10) ¿Consume carnes frías (jamón, mortadela, salchichas, tocineta)?
11) ¿Consume productos ahumados?
12) ¿Mantiene un horario regular en las comidas?
13) ¿Evita las dietas y los métodos que le prometen una rápida y fácil pérdida de peso?
14) ¿Desayuna antes de iniciar su actividad diaria?
15) ¿Consume comidas que contienen ingredientes artificiales o químicos (colorantes y preservantes)?
16) ¿Consume comidas rápidas (pizzas, hamburguesas, perro caliente/completos)?
V.- Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas
1) ¿Fuma cigarrillo o Tabaco?
2) ¿Fuma más de media cajetilla de cigarrillos en la semana?
3) ¿Prohíbe que fumen en su presencia?
4) ¿Consume licor (alcohol) al menos dos veces en la semana?
5) ¿Cuando empieza a beber puede reconocer en qué momento debe parar?
6) ¿Consume licor (alcohol) o alguna otra droga cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas en su vida?
7) ¿Consume drogas (marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, hachís, entre otras)?
8) ¿Dice "no" a todo tipo de droga?
9) ¿Consume más de dos tazas de café al día?
10) ¿Consume más de tres coca-cola (bebidas) en la semana
VI.- Sueño
1) ¿Duerme al menos 7 horas diarias?
2) ¿Trasnocha?
3) ¿Duerme bien y se levanta descansando?
4) ¿Le cuesta trabajo quedarse dormido?
5) ¿Se despierta en varias ocasiones durante la noche?
6) ¿Se levanta en la mañana con la sensación de una noche mal dormida?
7) ¿Hace (duerme) siesta?
8) ¿Se mantiene con sueño durante el día?
9) ¿Utiliza pastillas para dormir?
10) ¿Respetas sus horarios de sueño, teniendo en cuenta la planeación de sus actividades (ej: No se trasnocha previamente a un parcial/prueba/examen o la entrega de un trabajo)?

Anexo V: Análisis factorial de los instrumentos psicométricos

1.- Procrastinación

En este análisis del instrumento IPS, se busca replicar la estructura factorial y dimensionalidad propuesta en la traducción y validación de esta escala (Guilera et al., 2018), que está compuesta por nueve ítems a través del análisis factorial; para posteriormente presentar análisis descriptivos y relacionales de la prueba con variables sociodemográficas de control.

1.1. Análisis factorial para la procrastinación irracional

Análisis Factorial Exploratorio (Exploratory Factor Analysis – EFA)

El EFA se realizó a través de un análisis de máxima verosimilitud, utilizando el criterio de rotación ortogonal (VARIMAX) ya que se determinó que no había un factor dominante y las correlaciones entre los ítems oscilaron entre .1 a .7 (Carroll, 1953). De esta forma, la solución final reportó que los *eigenvalues* superiores a 1 mostraron la existencia de un factor único para la variable procrastinación irracional, el cual representa el 42% de la varianza.

Además, el análisis factorial reportó que la prueba de esfericidad de Bartlett's fue significativa (1348.6, $gl = 36$, Sig. = .001), el indicador de adecuación del tamaño de muestra Kaiser-Meyer-Olkin fue adecuado (.874), y los ítems pertenecientes al factor único reportan cargas factoriales superiores a .40; estas ponderaciones y detalle del análisis factorial se puede observar en la tabla 1.

Tabla 1

Ponderaciones de factores para el análisis factorial exploratorio IPS (N = 501)

	Factor
Rango	1-5
Media	3.1
Desviación estándar	.669
Asimetría	.13
Varianza explicada	.41
Curtosis	.29
Alfa de Cronbach	.83
Reactivo	Carga factorial
1.- Pospongo tanto las cosas que mi bienestar o eficiencia se ven afectados innecesariamente	.582
2.- Si hay algo que debo hacer, lo hago antes que atender a tareas menos importantes (R)	.455
3.- Si algunas cosas las hubiera hecho antes, mi vida sería mejor	.419
4.- Cuando debería estar haciendo una cosa, me pongo a hacer otra	.681
5.- Al final del día, sé que podría haberme distribuido mejor el tiempo	.611
6.- Me organizo el tiempo adecuadamente (R)	.586
7.- Retraso las tareas más de lo que sería razonable	.763
8.- Dejo para mañana lo que tendría que hacer hoy	.806
9.- Hago las cosas cuando creo que hay que hacerlas (R)	.398

Análisis Factorial Confirmatorio (Confirmatory Factor Analysis – CFA)

Luego del análisis preliminar de fiabilidad (EFA) y asumiendo la presencia de un factor único en el instrumento, se procede a la confección del CFA basado en el fundamento teórico que la muestra (N = 501) está por sobre el mínimo aconsejable para realizar el análisis ($n > 200$) y que no hay presencia de datos perdidos en la escala.

Sin embargo, como existe un análisis factorial confirmatorio reciente (Guilera et al. 2018) que contempla los 9 ítem de la escala, se procedió a la realización de una replica de este, sin embargo, el modelo no ajustó estadísticamente (Ver tabla 2); se reporta que tres ítems no tuvieron un buen desempeño en esta aplicación. Por ende, siguiendo las recomendaciones de expertos (Costello y Osborne, 2005) se descartaron aquellos elementos de la prueba, dado que en esta aplicación específica no funcionaron de manera adecuada.

Por consiguiente, se eliminó el ítem *“Hago las cosas cuando creo que hay que hacerlas”*, dado que su covarianza residual estandarizada con el ítem *“Si hay algo que debo hacer, lo hago antes que atender a tareas menos importantes”* fue > 3.0 ($= 4.06$) además que su peso de regresión estandarizado en el factor único era < 4 ($= .38$). Posteriormente se descartó el elemento *“Retraso las tareas más de lo que sería razonable”*, porque su covarianza residual estandarizada con el ítem *“Me organizo el tiempo adecuadamente”* fue > 3.0 ($= 4.92$), además que teóricamente se considera que el término “razonable” en el contexto académico causa confusión y cada estudiante podía interpretarlo de manera diferente. Finalmente se eliminó el ítem *“Al final del día, sé que podría haberme distribuido mejor el tiempo”*, debido a que teóricamente esta pregunta no forma parte de una reflexión diaria en el contexto universitario, asumiendo que analizar esta premisa no es una acción que sea ejecutada por alguien que procrastine de manera irracional.

Luego de las modificaciones, el instrumento IPS ajustó según lo esperado, recomendado por expertos, y se diferencia del modelo factorizado recientemente (Guilera et al., 2018) como se puede observar en la Tabla 12, en donde se presentan los valores esperados y obtenidos desde el modelo de Guilera et al. (2018) y el propuesto (utilizado) en esta investigación.

Tabla 2*Índice de ajuste para el análisis factorial confirmatorio instrumento IPS*

Índice de ajuste	Esperado	Modelo Guilera et al. (2018)	Modelo obtenido
Chi-Cuadrado (x2)	>0.05	.000	.006
Discrepancia entre x2 y grados de libertad (CMIN/DF)	1 - 3	5.11	2.58
Índice de bondad de ajuste (GFI)	0.95 – 1	.92	.98
Índice de ajuste ponderado (AGFI)	0.95 – 1	.89	.96
Índice residual de la raíz cuadrada media (RMR)	Cercano a 0	.05	.04
Error cuadrático media de aproximación (RMSEA)	< 0.05 / 0.08	.09	.05
Índice de ajuste comparativo (CFI)	0.95 – 1	.92	.97
Índice de ajuste normalizado (NFI)	0.95 – 1	.90	.96
Índice no normalizado de ajuste (NNFI o TLI)	0.95 – 1	.89	.96
Intervalo de confianza del 90% (LO90 – HI90)	Menor diferencia	.07 - .10	0.3 – 0.8
Cercanía de ajuste (PCLOSE - <i>p</i>)	>.50	.00	.32

El ajuste para el CFA del instrumento IPS, entrega datos en el rango de lo esperado, excepto el ajuste del PCLOSE, sin embargo, este es distinto de cero, lo cual es considerado como un valor posiblemente adecuado. Además, este ajuste, informa un buen grado de precisión, ya que existe 90% de seguridad que el valor RMSEA (.05) se replique en la población dentro de los límites .03 y .08, teniendo una significancia de $p = .32$. Esto se adecúa, por los expertos, como un ajuste parsimonioso (Browne y Cudeck, 1993; Hu y Bentler, 1999). Además, se destaca que el valor del intervalo de confianza del 90% es estrecho tanto en el ajuste propuesto por Guilera et al. (2018) como también en el obtenido en esta investigación; esto posiblemente se deba al número de parámetros estimados que es pequeño, ya que son nueve o seis ítems respectivamente; entonces la probabilidad de obtener

un intervalo de confianza estrecho es alta, incluso para muestras grandes (MacCallum et al., 1996).

Finalmente, y a modo de conclusión en lo que respecta al análisis factorial del instrumento IPS; se reporta que el modelo hipotético y propuesto en esta investigación, que contempla la existencia de un único factor que mide la variable procrastinación irracional a través de seis ítems (ver Figura 1), ajusta adecuadamente con los datos obtenidos en esta investigación.

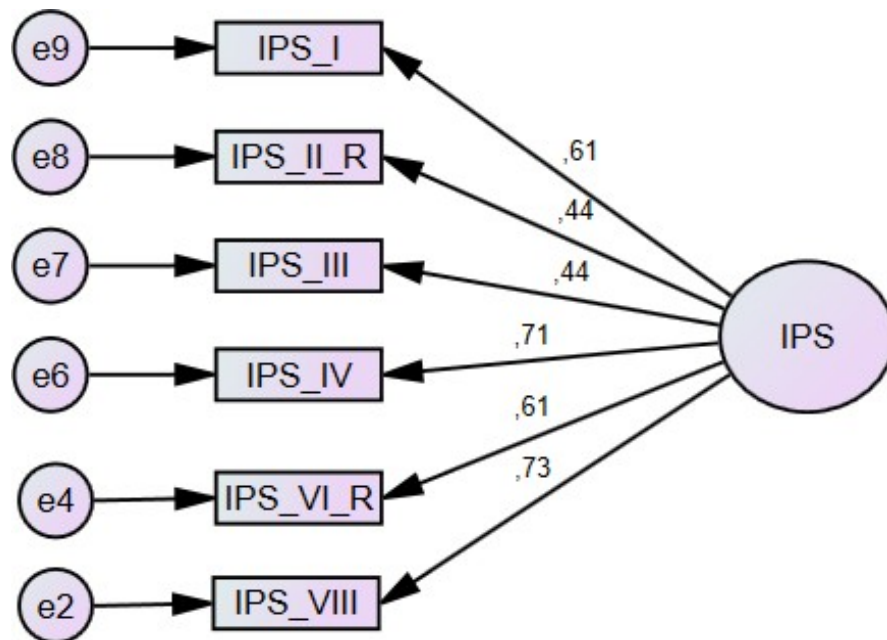


Figura 1: Modelo de análisis factorial confirmatorio del instrumento IPS

1.2. Análisis de la procrastinación académica (PASS) *(frecuencia y deseo de cambio)*

El análisis factorial realizado con la primera parte de la escala PASS, que corresponde a 18 ítems relacionados con *frecuencia* y *deseo de cambio* de la procrastinación académica, contempla seis contextos académicos (1. Escribir un trabajo a tiempo; 2. Estudiar para exámenes; 3. Mantenerse al día con lecturas/trabajos/actividades; 4. Realizar tareas académicas administrativas; 5. Reuniones con tutor o profesores; y 6. Actividades académicas en general).

1.2.1. Análisis factorial para la procrastinación académica

Sumatoria de los ítems frecuencia y problema

Según las recomendaciones de las autoras (Rothblum et al., 1986), con respecto a la forma de análisis de la primera parte del instrumento, quienes sugieren la suma del constructo *frecuencia y problema* para cada función académica. Esto se debe a que asumen teóricamente que las definiciones de procrastinación consideran el retraso conductual y la angustia psicológica. Por tanto, según este procedimiento se obtiene un puntaje total que, para evitar confusión de términos, en esta investigación se ha denominado ***prevalencia*** de la procrastinación académica, término utilizado de ahora en adelante. Para obtener la *prevalencia* de la procrastinación académica se sumaron los ítems que respondían a los constructos *frecuencia* y *problema*, en cada uno de los contextos académicos. A partir de esto se obtuvieron nuevas variables que fueron analizadas factorialmente.

Análisis Factorial Exploratorio (Exploratory Factor Analysis – EFA) para prevalencia de la PASS

El EFA se realizó a través de un análisis de máxima verosimilitud con rotación ortogonal - varimax (Carroll, 1953); a partir de lo cual se reporta que la solución final arroja *eigenvalues* superiores a uno y la existencia de un factor único para la variable *prevalencia* de la procrastinación académica representando al 46% de la varianza. Los ítems presentaron cargas factoriales superiores a .42 dentro del factor (ver Tabla 3); y la prueba de esfericidad

de Bartlett's fue significativa (926.41, $gl = 15$, Sig. = .001) al igual que el indicador de adecuación del tamaño de muestra Kaiser-Meyer-Olkin (.844).

Tabla 3

Ponderaciones de factores para el análisis factorial exploratorio de la prevalencia de la PASS

	Factor
Rango	12-60
Media	34.4
Desviación estándar	8.37
Asimetría	-.023
Varianza explicada	70.15
Curtosis	.111
Alfa de Cronbach	.82
Reactivo	Carga factorial
I.- Escribir un trabajo de final de semestre/año	.720
II.- Estudiar para los exámenes/pruebas	.824
III.- Mantenerme al día con las lecturas/trabajos/actividades	.755
IV.- Tareas académicas administrativas: rellenar impresos, matricularse para las clases, conseguir tarjeta de identificación, etc.	.577
V.- Tareas de asistencia: reunirte con tu tutor, pedir una cita con un profesor, etc.	.421
VI.- Actividades escolares en general	.697

Análisis Factorial Confirmatorio (Confirmatory Factor Analysis – CFA) para prevalencia de la PASS

A partir del análisis preliminar de fiabilidad (EFA), que la muestra supera el mínimo aconsejado y que no hay presencia de datos perdidos en la escala, se realiza el análisis factorial confirmatorio. Este contempla las seis dimensiones como parte de un único factor, sin embargo, el CFA no ajustó según lo esperado, ya que un elemento no se adecuaba al factor de la mejor manera.

Debido a eso se descartó aquel elemento (Costello y Osborne, 2005) que respondía al contexto académico “*Tareas de asistencia: reunirte con tu tutor, pedir una cita con un profesor, etc.*” dado que se asume que esta área no es sustancialmente relevante para todos los estudiantes o no considera gran significancia al momento de procrastinar; además su covarianza residual estandarizada con el contexto “*Tareas académicas administrativas*” fue >3.0 ($= 4.03$) y su peso de regresión estandarizado en el factor fue de .42; en conclusión el CFA para la prevalencia de la procrastinación académica indica la presencia de cinco reactivos que ajustan de manera parsimoniosa.

Tabla 4

Índice de ajuste para el análisis factorial confirmatorio de la prevalencia de la PASS

Índice de ajuste	Esperado	Modelo obtenido
Chi-Cuadrado (x2)	>0.05	.009
Discrepancia entre x2 y grados de libertad (CMIN/DF)	1 - 3	3.048
Índice de bondad de ajuste (GFI)	0.95 – 1	.986
Índice de ajuste ponderado (AGFI)	0.95 – 1	.957
Índice residual de la raíz cuadrada media (RMR)	Cercano a 0	.101
Error cuadrático media de aproximación (RMSEA)	$< 0.05 / 0.08$.069
Índice de ajuste comparativo (CFI)	0.95 – 1	.987
Índice de ajuste normalizado (NFI)	0.95 – 1	.981
Índice no normalizado de ajuste (NNFI o TLI)	0.95 – 1	.974
Intervalo de confianza del 90% (LO90 – HI90)	Menor diferencia	0.11 – 0.31
Cercanía de ajuste (PCLOSE - p)	$>.50$.180

La prevalencia de la PASS presenta un valor RMSEA hipotético de .069, con un intervalo de confianza del 90% en un rango de .011 a .031 y el valor p para la prueba de cercanía de ajuste es igual a .180; a partir de esto se infiere que el intervalo de confianza indica que existe un 90% de seguridad de que el verdadero valor RMSEA en la población se encuentre dentro de los límites de .011 y .031, lo que representa un buen grado de precisión y ajuste parsimonioso (Browne y Cudeck, 1993; Hu y Bentler, 1999). A partir de este análisis, se concluye que el modelo que contempla la prevalencia de la procrastinación

académica ajusta de forma adecuada a los datos, midiendo el constructo en un único factor de cinco ítems (Ver Figura 2).

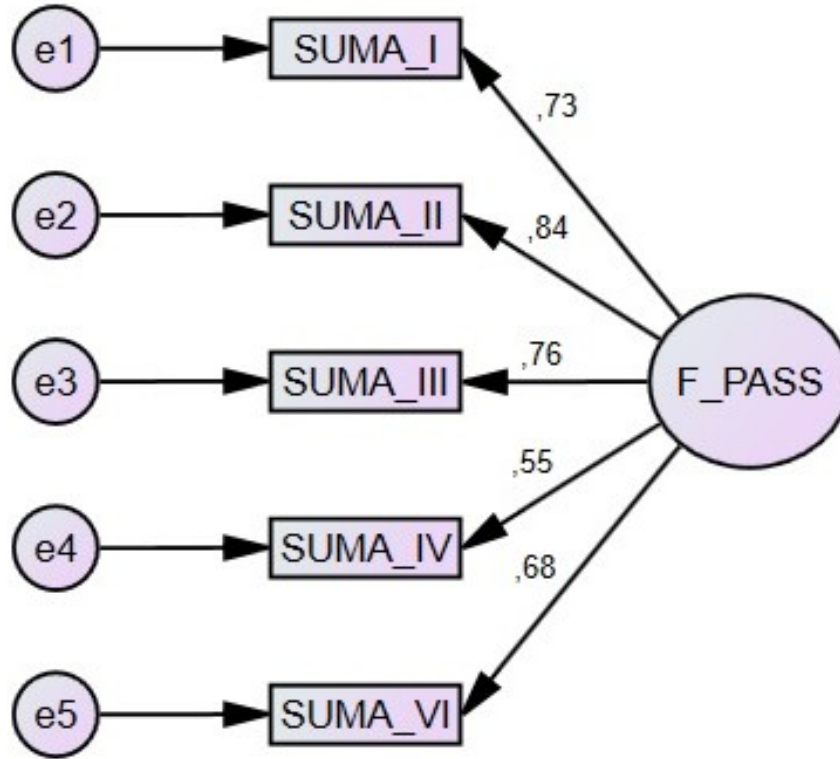


Figura 2: Modelo de análisis factorial confirmatorio prevalencia de la PASS

*Análisis Factorial Exploratorio (Exploratory Factor Analysis – EFA)
para Deseo de cambio de la PASS*

Debido a que no era posible realizar el análisis factorial del constructo deseo de cambio en conjunto con la prevalencia, ya que esta última se midió a través de sumatoria y consideró códigos de respuesta distintos al de la variable que mide deseo de cambio, se decidió realizar el análisis factorial por separado utilizando los mismos criterios para el análisis EFA.

En la solución final los *eigenvalues* superiores a 1 mostraron la existencia de un factor único para la variable deseo de cambio de la procrastinación académica y este factor representa el 54% de la varianza. Los ítems en el factor presentan cargas superiores a .56; asimismo la prueba de esfericidad de Bartlett's fue significativa (1355.66, gl = 15, Sig. = .001) y el indicador de adecuación del tamaño de muestra Kaiser-Meyer-Olkin fue adecuado (.842). Por tanto, el EFA arrojó las siguientes medidas y cargas factoriales:

Tabla 5

Ponderaciones de factores para el análisis factorial exploratorio de deseo de cambio de la PASS

	Factor
Rango	1-5
Media	3.69
Desviación estándar	1.10
Asimetría	-.637
Varianza explicada	1.232
Curtosis	-.460
Alfa de Cronbach	.87
Reactivo	Carga factorial
I.- Escribir un trabajo de final de semestre/año	.724
II.- Estudiar para los exámenes/pruebas	.866
III.- Mantenerme al día con las lecturas/trabajos/actividades	.877
IV.- Tareas académicas administrativas: rellenar impresos, matricularse para las clases, conseguir tarjeta de identificación, etc.	.619
V.- Tareas de asistencia: reunirte con tu tutor, pedir una cita con un profesor, etc.	.557
VI.- Actividades escolares en general	.707

Análisis Factorial Confirmatorio (Confirmatory Factor Analysis – CFA) para Deseo de cambio de la PASS

Según el fundamento teórico que no existen datos perdidos en la escala y que además los participantes superan las doscientas personas como un número mínimo para aplicar un CFA (N = 433) se procedió a la confección de este, mediante la hipótesis de que las seis dimensiones respondían a un solo factor. Luego del análisis, se determinó que este no ajustó según lo esperado, ya que dos elementos no se adecuaban al factor de manera parsimoniosa, por lo que siguiendo las recomendaciones de expertos (Costello y Osborne, 2005) se descartaron aquellos ítems.

En primer lugar, se eliminó el ítem asociado a la dimensión “*Tareas de asistencia: reunirte con tu tutor, pedir una cita con un profesor, etc.*” dado que se asume que esta área no es sustancialmente relevante para todos los estudiantes o no considera gran significancia al momento de procrastinar; además en el CFA de prevalencia también presentaba complicaciones y en este caso su covarianza residual estandarizada con el área “*Tareas académicas administrativas*” fue >3.0 (= 5.83). Posteriormente, se descartó el ítem relacionado al contexto “*Tareas académicas administrativas*” ya que su peso estandarizado en el factor era el más bajo en comparación con el resto de las dimensiones (.43). De esta manera el modelo ajustó (ver Tabla 6) según lo recomendado por expertos.

Tabla 6
Índice de ajuste para el análisis factorial confirmatorio del deseo de cambio de la PASS

Índice de ajuste	Esperado	Modelo obtenido
Chi-Cuadrado (x2)	>0.05	.05
Discrepancia entre x2 y grados de libertad (CMIN/DF)	1 - 3	2.877
Índice de bondad de ajuste (GFI)	0.95 – 1	.994
Índice de ajuste ponderado (AGFI)	0.95 – 1	.968
Índice residual de la raíz cuadrada media (RMR)	Cercano a 0	.029
Error cuadrático media de aproximación (RMSEA)	$< 0.05 / 0.08$.066
Índice de ajuste comparativo (CFI)	0.95 – 1	.996

Índice de ajuste normalizado (NFI)	0.95 – 1	.994
Índice no normalizado de ajuste (NNFI o TLI)	0.95 – 1	.988
Intervalo de confianza del 90% (LO90 – HI90)	Menor diferencia	0.00 – 0.13
Cercanía de ajuste (PCLOSE - <i>p</i>)	>.50	.257

El CFA del deseo de cambio de la procrastinación académica presenta un valor RMSEA hipotético de .066, con un intervalo de confianza del 90% en un rango de .000 a .013 y el valor *p* para la prueba de cercanía de ajuste es igual a .257, es decir, se puede asegurar en un 90% que el valor RMSEA en la población se encontrará en un intervalo de .000 a .013, lo que representa un buen grado de precisión y ajuste parsimonioso (Browne y Cudeck, 1993; Hu y Bentler, 1999). En conclusión, se reporta que el deseo de cambio medido, en un único factor con cuatro ítems ajusta adecuadamente a los datos obtenidos en esta investigación (Ver figura 3).

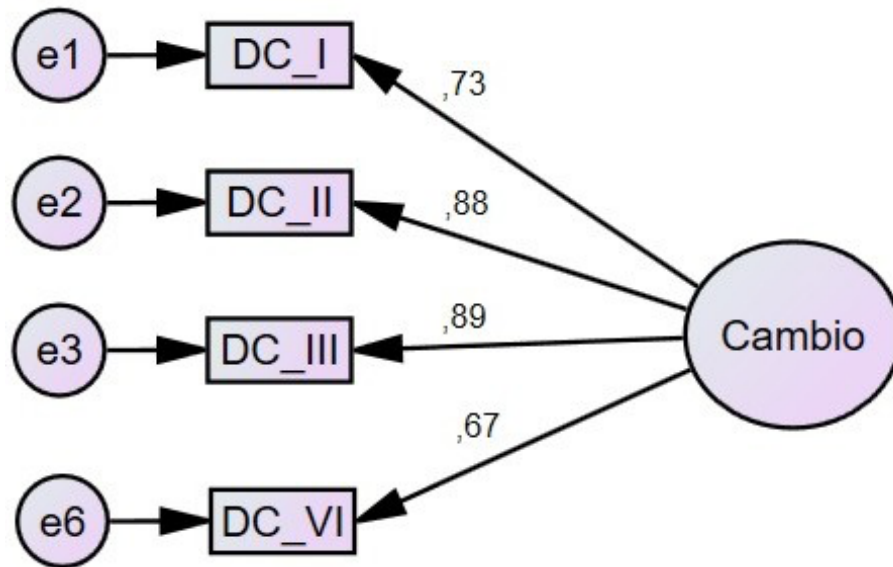


Figura 3: Modelo de análisis factorial confirmatorio frecuencia de la PASS

2. Análisis factorial confirmatorio para la autorregulación

El siguiente análisis del instrumento Spanish Short Self-Regulation Questionnaire (SSSRQ) que mide la autorregulación a través de cuatro factores: establecimiento de Metas (M), Perseverancia (P), Toma de Decisiones (TD) y Aprendizaje de los Errores (AE); tiene por objetivo entregar antecedentes de validez al instrumento, así como también recabar información descriptiva de la escala y sus factores.

Con la finalidad de replicar el análisis factorial original de la traducción de la escala (Garzón-Umerenkova et al., 2017) se elaboró el análisis factorial confirmatorio, basado en el fundamento teórico que la muestra supera el mínimo de cinco personas por reactivo y cuenta con la cantidad de participantes mínima para aplicar el análisis (N = 517). Este arrojó un ajuste no adecuado según lo recomendado; ya que aparentemente la presencia de seis ítems de la escala no funcionó de manera adecuada en esta investigación.

Por lo cual considerando la sugerencia de las autoras del instrumento (Garzón-Umerenkova et al., 2017) y siguiendo las recomendaciones de expertos (Costello y Osborne, 2005) se descartaron aquellos elementos que no funcionaron de manera adecuada, con la finalidad de obtener un modelo con un ajuste parsimonioso. Por esta razón, se eliminó el elemento del factor perseverancia, *“Soy capaz de resistir las tentaciones”* dado que su covarianza residual estandarizada con el elemento, del mismo factor, *“Tengo mucha fuerza de voluntad”* fue >3.0 ($= 3.8$). Posteriormente se descartó el ítem *“Si tomo la determinación de hacer algo, pongo mucha atención a cómo me va”* del factor establecimiento de metas, ya que su covarianza residual estandarizada con el elemento, del mismo factor, *“Una vez tengo un objetivo, normalmente, puedo planificar cómo alcanzarlo”* estuvo cercana al límite ($= 2.8$) y su carga estandarizada en el factor era $.38$. De este mismo factor, se procedió a eliminar el elemento *“Me cuesta ponerme objetivos”*, debido a su alta covarianza residual estandarizada ($= 2.7$) con el ítem *“Parece que no aprendo de mis errores”* del factor aprendizaje de errores.

Asimismo, se descartó el ítem *“Pequeños problemas o distracciones me desorientan”*, perteneciente al factor toma de decisiones, por su alta covarianza residual con

el elemento “*Me distraigo de mis planes fácilmente*” del factor perseverancia ($=2.7$). Del mismo factor, toma de decisiones, se eliminó el elemento “*Tengo tantos proyectos que me es difícil concentrarme en ninguno*” ya su carga estandarizada en el factor fue $< .50$ (.48).

Finalmente, el último ítem que no ajustaba adecuadamente y se descartó fue “*Normalmente, suelo controlar mi progreso en cuanto al logro de mis objetivos en el estudio*”, del factor establecimiento de metas, ya que su valor estandarizado, o carga en su factor, era la más baja (.55) y que además la versión en inglés se refiere netamente a “objetivos” y en la traducción se incorpora el término “objetivos en el estudio” lo que posiblemente creó confusión en los estudiantes.

Para lograr que el instrumento ajustara adecuadamente (ver Figura 4), se intentó que cada uno de los factores tuviese al menos tres ítems; de manera excepcional el factor perseverancia contiene dos elementos, sin embargo, existe evidencia científica que acepta esto como estructura factorial si de manera excepcional se necesitara, con el objetivo de no perder el factor completo (Escobedo et al., 2016).

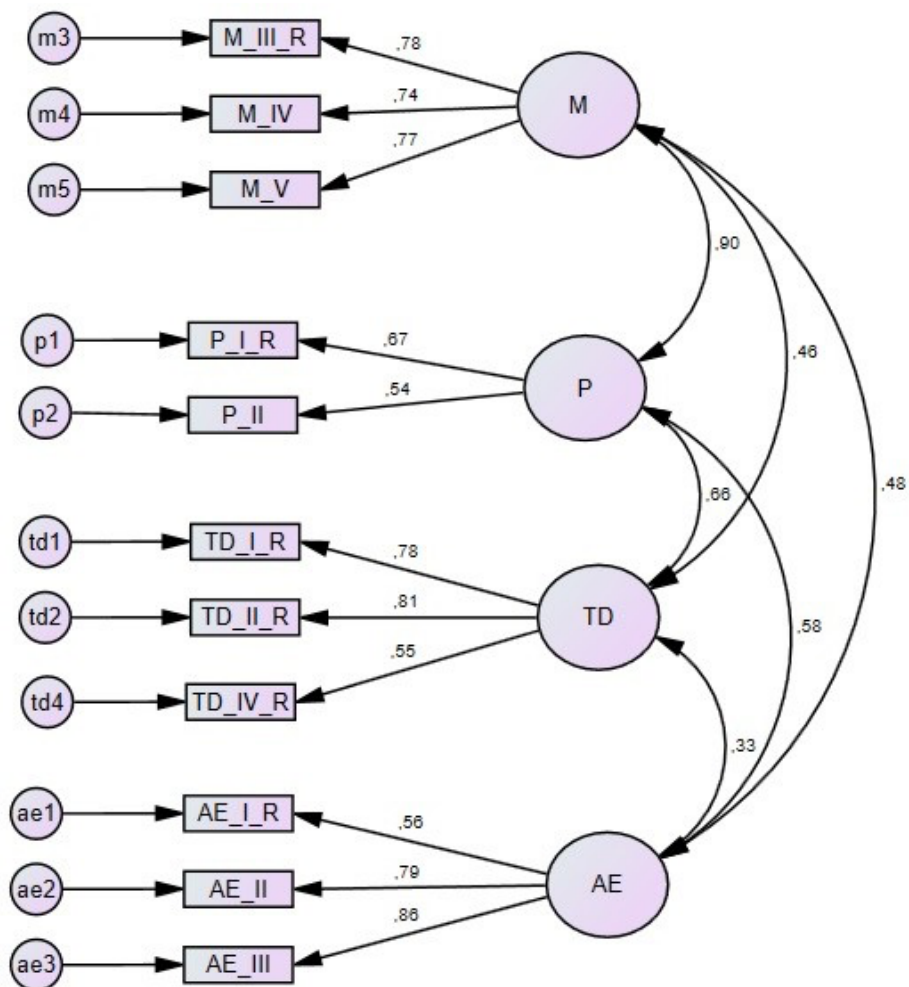


Figura 4: Modelo de análisis factorial confirmatorio del instrumento SSSRQ

Tabla 7*Índice de ajuste para el análisis factorial confirmatorio instrumento SSSRQ*

Índice de ajuste	Esperado	Modelo de Garzón- Umerenkova et al. (2017)	Modelo obtenido
Chi-Cuadrado (x2)	>0.05	.001	.001
Discrepancia entre x2 y grados de libertad (CMIN/DF)	1 - 3	4.377	2.586
Índice de bondad de ajuste (GFI)	0.95 – 1	.893	.967
Índice de ajuste ponderado (AGFI)	0.95 – 1	.855	.943
Índice residual de la raíz cuadrada media (RMR)	Cercano a 0	.065	.047
Error cuadrático media de aproximación (RMSEA)	< 0.05 / 0.08	.081	.055
Índice de ajuste comparativo (CFI)	0.95 – 1	.891	.969
Índice de ajuste normalizado (NFI)	0.95 – 1	.864	.952
Índice no normalizado de ajuste (NNFI o TLI)	0.95 – 1	.869	.956
Intervalo de confianza del 90% (LO90 – HI90)	Menor diferencia	.074-.088	.042-.069
Cercanía de ajuste (PCLOSE - p)	>.50	.000	.239

En la tabla 7, se expuso la comparación de CFA para el instrumento SSSRQ, del modelo propuesto por las autoras en su última validación (Garzón-Umerenkova et al., 2017) y a un costado el modelo propuesto en esta investigación, el cual sugiere una escala de once ítems, la cual informa un buen grado de ajuste y precisión (Browne y Cudeck, 1993; Hu y Bentler, 1999), con 90% de seguridad que el valor RMSEA (.055) se encuentre en población similar, dentro de los límites .042 y .069, reportando una significancia de $p = .298$.

Además, como la factorización del instrumento contempla más de dos factores, se aplicó un análisis de validación (“*Validity Máster*”- Gaskin, 2016) que reportó que, tres de los cuatro factores, ajusta adecuadamente en su nivel de confiabilidad (Hair et al., 2010), ya que obtienen puntajes superiores a .600 (M: CR = .809; TD: CR = .762; AE: CR = .788), mientras que el factor perseverancia indica un nivel de confiabilidad un poco por debajo de lo recomendado (CR= .536). En conclusión, el modelo propuesto de cuatro factores con once ítems que mide la autorregulación ajusta adecuadamente, en esta investigación, con los datos recabados.

3. Análisis factorial para instrumento psicométrico de Estilo de vida **Análisis de las “Prácticas del estilo de vida”**

Para el análisis de las dimensiones del estilo de vida, consideradas en el instrumento, se determinó realizar un análisis factorial a fin de garantizar resultados con mayor precisión y a su vez, aportar a la validación del instrumento. De esta forma, esta tesis doctoral contribuye a determinar validez y precisión para cada una de las seis dimensiones del estilo de vida: 1) Condición, actividad física y deporte; 2) Recreación y tiempo libre; 3) Autocuidado y cuidado médico; 4) Hábitos alimenticios; 5) Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; 6) Sueño.

Análisis factorial de la dimensión Condición, Actividad Física y Deporte (CAFD)

i. Análisis Factorial Exploratorio (Exploratory Factor Analysis – EFA)

El análisis factorial exploratorio se realizó bajo el criterio de que no existe factor dominante (Carroll, 1953) y que las correlaciones de los ítems fueron entre .1 y .5; por lo tanto, se aplicó un análisis de máxima verosimilitud con rotación ortogonal (VARIMAX) Este reportó la existencia de dos factores para la variable CAFD, representando al 43% de la varianza total; mientras que la prueba de esfericidad de Bartlett’s fue significativa (435.603, $gl= 15$, Sig. = .001) y el indicador de adecuación del tamaño de muestra Kaiser-Meyer-Olkin fue adecuado (.704). A su vez, la mayoría de los ítems presentaron cargas factoriales superiores a .60 dentro de su factor (ver Tabla 8) descartando aquellos elementos que tenían

una carga factorial inferior a .30 (“¿Mantiene el peso corporal estable? y ¿Practica ejercicios que le ayuden a estar tranquilo?”).

Tabla 8

Ponderaciones de factores para el análisis factorial exploratorio CAFD

	Factor
Rango	3.83
Media	1.87
Desviación estándar	.468
Asimetría	.867
Varianza explicada	.219
Curtosis	1.002
Alfa de Cronbach	.61

Reactivo	Carga en factor	
	I	II
2.- ¿Termina el día con vitalidad y sin cansancio?	.999	
4.- ¿Realiza ejercicios que le ayuden al funcionamiento cardíaco? (spinning, cardio-box, aeróbicos, aero- zumba)		.709
1.- ¿Hace ejercicio, camina, trota o juega algún deporte?		.701
6.- ¿Participa en algún programa o actividad de ejercicio físico bajo		.605

ii. *Análisis Factorial Confirmatorio (Confirmatory Factor Analysis – CFA)*

A partir del EFA se propone el modelo de análisis confirmatorio, sin embargo, antes de ello es preciso aclarar que, si bien es cierto, el elemento “¿Termina el día con vitalidad y sin cansancio?” tiene una carga superior al parámetro determinado (.30), este no es posible considerarlo en el CFA ya que el factor I solo cuenta con este ítem. Por lo tanto, para el CFA se descarto el factor I y se confeccionó bajo el fundamento teórico que la muestra supera el mínimo aconsejable (N = 547) y que no hay presencia de datos perdidos en la escala; lo cual reportó el siguiente ajuste estadístico:

Tabla 9*Índice de ajuste para el análisis factorial confirmatorio de dimensión CAFD*

Índice de ajuste	Esperado	Modelo obtenido
Chi-Cuadrado (x2)	>0.05	.001
Discrepancia entre x2 y grados de libertad (CMIN/DF)	1 - 3	2.223
Índice de bondad de ajuste (GFI)	0.95 – 1	1
Índice de ajuste ponderado (AGFI)	0.95 – 1	1
Índice residual de la raíz cuadrada media (RMR)	Cercano a 0	.001
Error cuadrático media de aproximación (RMSEA)	< 0.05 / 0.08	.045
Índice de ajuste comparativo (CFI)	0.95 – 1	1
Índice de ajuste normalizado (NFI)	0.95 – 1	1
Índice no normalizado de ajuste (NNFI o TLI)	0.95 – 1	1
Intervalo de confianza del 90% (LO90 – HI90)	Menor diferencia	.412 - .494
Cercanía de ajuste (PCLOSE - p)	>.50	.001

Con respecto a los resultados del CFA de la dimensión condición, actividad física y deporte, se considera a este como adecuado, ya que entrega datos en el rango de lo esperado e informa un buen grado de precisión en el criterio de ajuste del valor RMSEA (.045) y reporta una significancia distinta de cero, por lo tanto y según los expertos esto se considera

como un ajuste adecuado y parsimonioso (Browne y Cudeck, 1993; Hu y Bentler, 1999). A partir de esto, se concluye que el modelo propuesto formado por un factor con tres elementos mide la dimensión de condición, actividad física y deporte (del estilo de vida) de forma adecuada según los datos recabados en esta investigación (ver Figura 5).

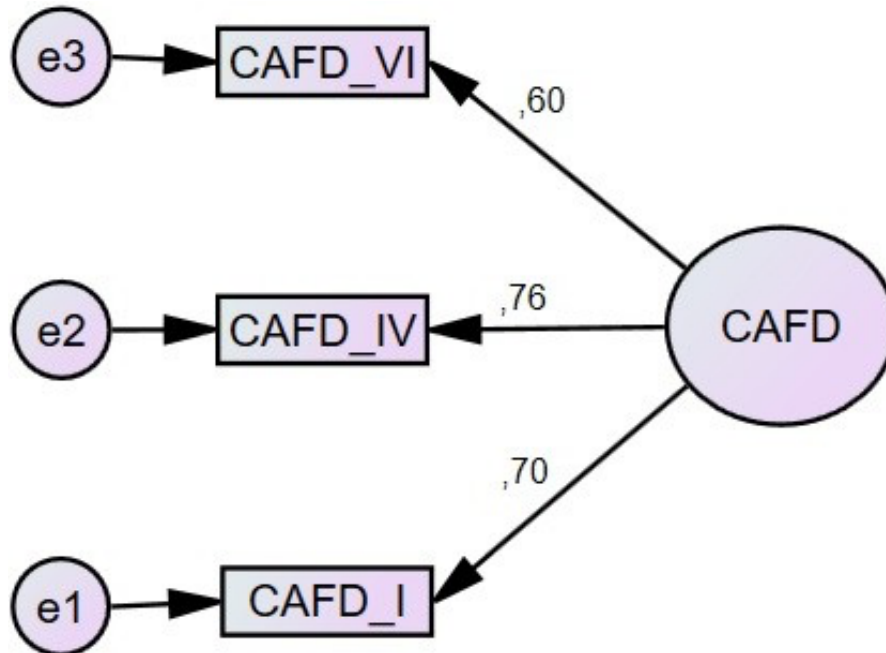


Figura 5: Modelo de análisis factorial confirmatorio Condición, actividad física y deporte

Análisis factorial de la dimensión Recreación y Tiempo Libre (RTL)

El análisis factorial de la presente dimensión, no se pudo ejecutar ya que no cumplió con los requerimientos básicos para su realización; La prueba de correlaciones arrojó valores entre -.022 y .405 y los cinco ítems analizados, pertenecientes a esta dimensión, reportaron 39% de la varianza acumulada. El análisis factorial exploratorio, informó la presencia de dos factores, de los cuales, uno tenía un ítem y el otro factor contemplaba dos elementos, mientras que, los tres ítems restantes, no eran considerados en el análisis porque sus cargas factoriales eran $< .30$.

Finalmente, esta dimensión tampoco alcanzó un alpha de Cronbach suficiente (.40) y además reportó que el indicador de adecuación del tamaño de muestra Kaiser-Meyer-Olkin fue $<.70$ (.605). Por lo tanto, esta dimensión solo se considerará en el análisis descriptivo, pero teniendo en cuenta que su análisis factorial no ajustó según lo recomendado.

Análisis factorial de la dimensión Autocuidado y Cuidado Médico (ACM)

i. Análisis Factorial Exploratorio (Exploratory Factor Analysis – EFA)

El análisis factorial exploratorio de la dimensión ACM se realizó a través de los criterios de máxima verosimilitud con rotación ortogonal (VARIMAX), ya que las correlaciones de los ítems fueron entre .10 y .62 (Carroll, 1953); y este reportó que los *eigenvalues*, superiores a 1, explicaron la dimensión ACM, a través de seis factores (ver Tabla 10), los cuales representan el 41% de la varianza total. Además, los ítems correspondientes a cada factor presentaron cargas factoriales superiores a .26; la prueba de esfericidad de Bartlett's fue significativa (1350.182, $gl= 120$, Sig. = .001) y el indicador de adecuación del tamaño de muestra Kaiser-Meyer-Olkin fue adecuado (.737).

Tabla 10

Ponderaciones de factores para el análisis factorial exploratorio dimensión ACM

	Factor
Rango	1.31 – 3.38
Media	2.27
Desviación estándar	.391
Asimetría	.174
Varianza explicada	.153
Curtosis	-.357
Alfa de Cronbach	.72

Reactivo	Carga en el factor:					
	I	II	III	IV	V	VI
7.- ¿Realiza exámenes de colesterol, triglicéridos y glicemia una vez al año?	.818					
5.- ¿Chequea al menos una vez al año su presión arterial?	.732					
2.- ¿Va al médico por lo menos una vez al año?	.564					
4.- ¿Evita exposiciones prolongadas al sol?		.984				
3.- Cuando se expone al sol, ¿Usa protectores solares?		.490				
19.- ¿Atiende las señales de seguridad (extinguidores, cintas amarillas, letreros como "zona de seguridad", etc.) que hay en la Universidad?			.598			
17.- ¿Obedece las leyes de tránsito, sea peatón o conductor?			.542			
18.- Como peatón o pasajero ¿Usa cinturón de seguridad?			.533			
1.- ¿Va al odontólogo o dentista por lo menos una vez al año?				.963		
10.- ¿Observa su cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos?					.693	
6.- ¿Lee y sigue las instrucciones cuando utiliza algún medicamento?					.278	
14.- Cuando realiza una actividad física (levanta pesas, monta/anda en bicicleta, bucea, nada, etc) ¿Utiliza las medidas de protección respectivas?					.269	
9.- ¿Consume medicinas sin prescripción médica? (Anfetaminas, antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos) (R)						.394
15.- ¿Maneja bajo efectos de licor (alcohol) u otras drogas? (R)						.300

8.- ¿Se automedica y/o acude al farmaceuta en caso de dolores musculares, de cabeza o estados gripales?	.280
16.- ¿Aborda un vehículo manejado por algún conductor bajo efectos del licor (alcohol) u otras drogas?	.276

ii. *Análisis Factorial Confirmatorio (Confirmatory Factor Analysis – CFA)*

Según lo que sugiere el EFA se realiza el análisis factorial confirmatorio, basado en que la muestra supera las doscientas personas como un número mínimo para aplicar el análisis (N =547). Además, con el objetivo de aportar validez a la escala y considerando lo propuesto en el EFA, antes de confeccionar el modelo confirmatorio, se determinó eliminar el factor IV, ya que solo estaba asociado a un elemento (“¿Va al odontólogo o dentista por lo menos una vez al año?”); asimismo se descartó el factor II, dado que solo contaba con dos ítems, lo cual no se ajusta a lo recomendado por expertos.

Además, se eliminó el elemento “¿Aborda un vehículo manejado por algún conductor bajo efectos del licor (alcohol) u otras drogas?” del factor VI del EFA, ya que su covarianza residual estandarizada con los demás elementos del factor era >3.0; y finalmente, de este último factor se descartaron dos elementos, dado que su carga estandarizada en el factor era inferior a lo esperado (.40) (“¿Consume medicinas sin prescripción médica?” = .27; y “¿Maneja bajo efectos de licor (alcohol) u otras drogas?” = .13); de esta forma el factor VI queda compuesto por un elemento, por lo tanto, se descarta por razones mínimas de ajuste teórico.

Posterior a estas modificaciones de ajuste, el modelo confirmatorio propuesto contempló tres factores con tres elementos cada uno (ver Figura 6), el cual ajusta según lo recomendado por expertos (ver Tabla 11) El ajuste para el CFA de la dimensión autocuidado y cuidado médico entrega datos en el rango de los esperado, informa un buen grado de precisión, dado que aparentemente existe un 90% de seguridad que el valor RMSEA (.021) se encuentre en otra muestra con población similar, dentro de los límites .000 y .042; reportando una significancia de $p = .990$, esto se considerado por expertos como un ajuste parsimonioso y adecuado (Browne y Cudeck, 1993; Hu y Bentler, 1999). Por lo tanto, se concluye que el modelo propuesto de tres factores para la dimensión autocuidado y cuidado médico ajusta adecuadamente con los datos obtenidos, denominando a los factores, según el contenido de sus elementos, como: cuidado médico, autocuidado vial y autocuidado personal.

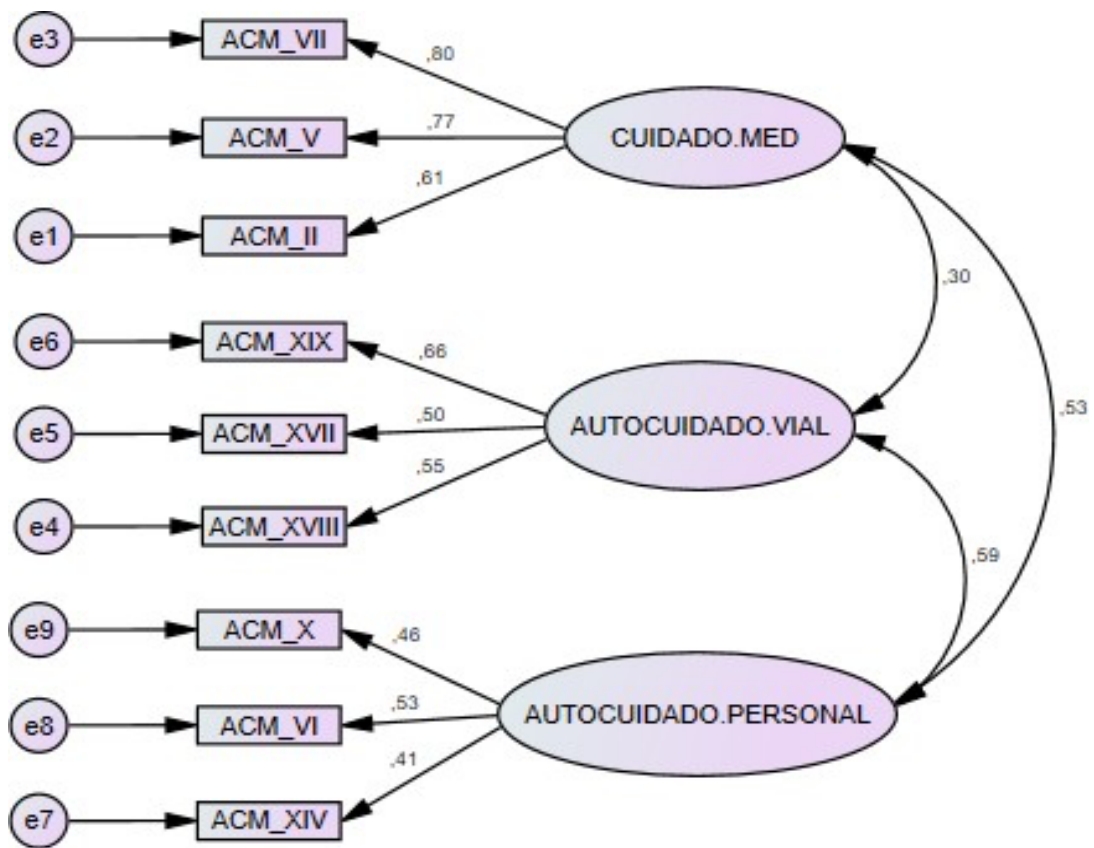


Figura 6: Modelo factorial de autocuidado y cuidado médico

Tabla 11

Índice de ajuste para el análisis factorial confirmatorio dimensión Autocuidado y cuidado médico

Índice de ajuste	Esperado	Modelo obtenido
Chi-Cuadrado (x2)	>0.05	.052
Discrepancia entre x2 y grados de libertad (CMIN/DF)	1 - 3	1.234
Índice de bondad de ajuste (GFI)	0.95 – 1	.988
Índice de ajuste ponderado (AGFI)	0.95 – 1	.978
Índice residual de la raíz cuadrada media (RMR)	Cercano a 0	.026
Error cuadrático media de aproximación (RMSEA)	< 0.05 / 0.08	.021
Índice de ajuste comparativo (CFI)	0.95 – 1	.993
Índice de ajuste normalizado (NFI)	0.95 – 1	.964
Índice no normalizado de ajuste (NNFI o TLI)	0.95 – 1	.989
Intervalo de confianza del 90% (LO90 – HI90)	Menor diferencia	.000 - .042
Cercanía de ajuste (PCLOSE - p)	>.50	.990

Análisis factorial de la dimensión Hábitos Alimenticios (HA)

i. Análisis Factorial Exploratorio (Exploratory Factor Analysis – EFA)

El análisis factorial exploratorio reportó que los *eigenvalues* superiores a 1 mostraron la existencia de cinco factores representando el 38% de la varianza total, además estos presentaron cargas factoriales superiores a .40. Con respecto a su adecuación, la prueba de esfericidad de Bartlett's fue significativa (1325.755, $gl= 120$, Sig. = .001) y el indicador de adecuación del tamaño de muestra Kaiser-Meyer-Olkin fue adecuado (.774). Esto entregó valores de carga de cada ítem en su factor, como se reporta en la tabla 12:

Tabla 12

Ponderaciones de factores para el análisis factorial exploratorio HA

	Factor
Rango	1.44 – 3.63
Media	2.70
Desviación estándar	.360
Asimetría	-.170
Varianza explicada	.130
Curtosis	-.070
Alfa de Cronbach	.66

Reactivo	Carga en el factor:				
	I	II	III	IV	V
4.- ¿Consume dulces, pasteles o helados más de dos veces en la semana?	.691				
8.-¿Come alimentos de paquete (papas fritas, snacks)?	.513				
3.-¿Consume más de cuatro gaseosas en la semana?	.462				
15.-¿Consume comidas que contienen ingredientes artificiales o químicos (colorantes y preservantes)?	.440				
10.-¿Consume carnes frías (jamón, mortadela, salchichas, tocineta)?		.696			
11.-¿Consume productos ahumados?		.568			
9.-¿Come carne más de cuatro veces a la semana?		.541			
2.-¿Añade sal a las comidas en la mesa?		-			
14.-¿Desayuna antes de iniciar su actividad diaria?			.995		
13.-¿Evita las dietas y los métodos que le prometen una rápida y fácil pérdida de peso?			-		
5.-¿Su alimentación incluye vegetales, frutas, panes, cereales, productos lácteos, granos enteros y fuentes adecuadas de proteína?				.527	
6.-¿Limita su consumo de grasas (mantequilla, queso, crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas en general)?				.470	
1.- ¿Consume entre cuatro y ocho vasos de agua al día?				.425	
7.-¿Come pescado y pollo, más que carnes rojas?				.369	
12.-¿Mantiene un horario regular en las comidas?				.360	
16.-¿Consume comidas rápidas (pizzas, hamburguesas, perro caliente/completos)?					.858

ii. *Análisis Factorial Confirmatorio (Confirmatory Factor Analysis – CFA)*

A partir del EFA que propone la presencia de cinco factores, se realiza el análisis confirmatorio según el fundamento teórico que la muestra (N = 547) supera el mínimo aconsejable para realizar el análisis y que no hay presencia de datos perdidos en la escala.

Para la confección del CFA se consideraron cuatro factores con sus respectivos ítems (no se consideró el factor V del EFA, ya que solo un elemento cargaba en él); sin embargo, este modelo no ajustó y se realizaron modificaciones según lo recomendado por expertos (Costello y Osborne, 2005) que aseguran descartar aquellos elementos que en esta muestra no funcionaron de la manera esperada. Por lo tanto, se eliminó el ítem “*Añade sal a las comidas en la mesa*” ya que su covarianza residual estandarizada con el elemento “*Consume más de cuatro gaseosas en la semana*” fue > 3.0 ($= 3.544$) y su valor estimado estandarizado en el factor II fue de .26. Posteriormente se eliminó el ítem “*Desayuna antes de iniciar su actividad diaria*” ya que su covarianza residual estandarizada con el elemento “*Consume comidas que contienen ingredientes artificiales o químicos*” fue > 3.0 ($= -3.123$). Asimismo, se eliminó el ítem “*Come pescado y pollo, más que carnes rojas*” ya que su valor estimado estandarizado en el factor IV era .15.

Finalmente, se agruparon los ítems que no fueron descartados, pertenecientes al factor III y IV del EFA, obteniendo así un factor con cuatro elementos que teóricamente respondían el mismo constructo denominado “alimentación saludable” o conductas de alimentación saludable, aunque en este último ajuste, se optó por descartar el ítem “*Evita las dietas y los métodos que le prometen una rápida y fácil pérdida de peso*” porque su carga estandarizada

estimada en el constructo de alimentación saludable fue .13. En conclusión, el modelo final de ajuste propone una estructura de tres factores con al menos tres ítems cada uno (ver Figura 7), los factores fueron denominados, según el contenido de los ítems como: alimentación no saludable, consumo de carne y alimentación saludable.

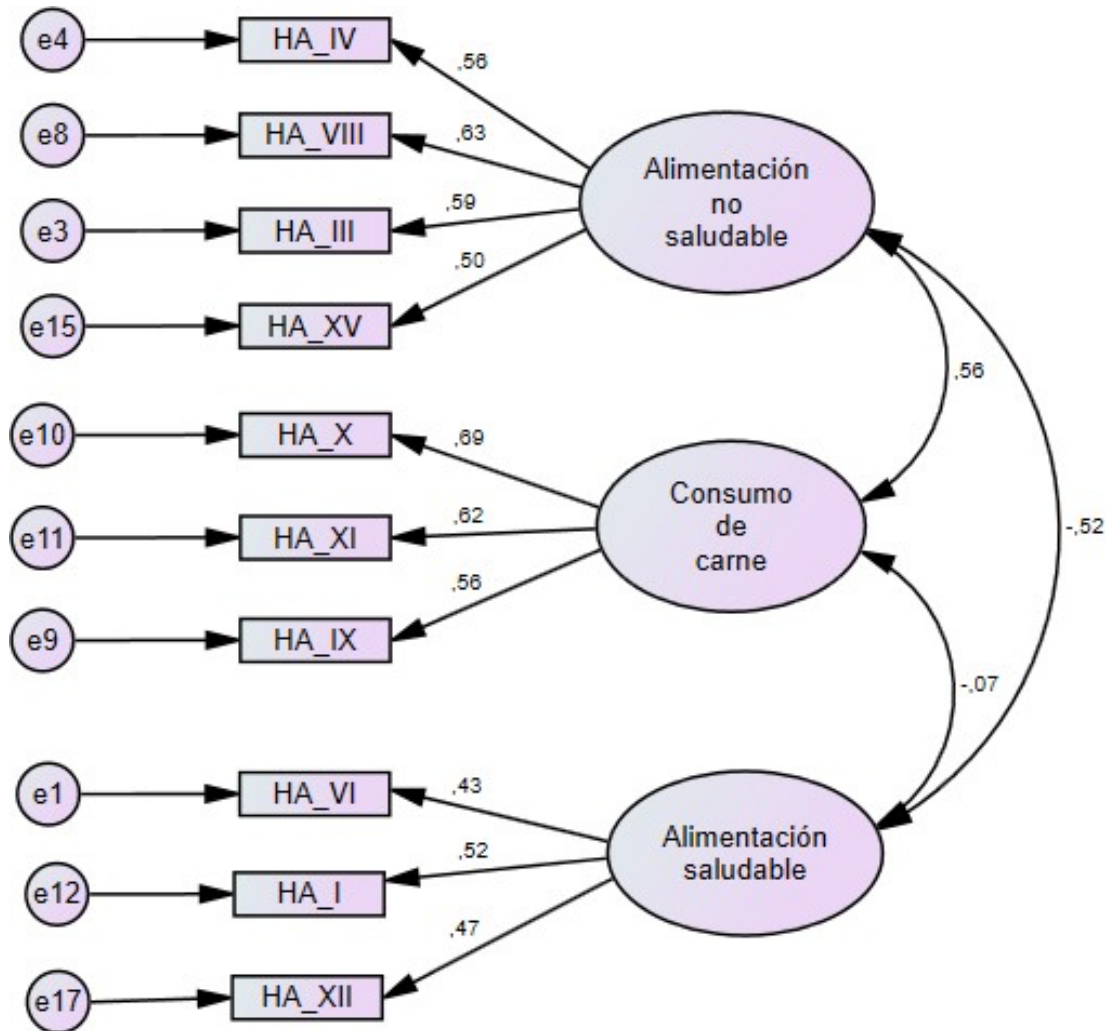


Figura 7: Modelo factorial para dimensión hábitos alimenticios

Finalmente, en lo que respecta al ajuste estadístico de la dimensión hábitos alimenticios (ver Tabla 13), se reportó un buen grado de precisión, dado que este modelo asegura en un 90% que el valor RMSEA (.043) se encontrará en la población dentro de los límites .028 y .059 siendo significativo ($p = .686$); Por lo tanto, se concluye que el modelo propuesto ajusta de manera parsimoniosa y adecuada a los datos recabados (Browne y Cudeck, 1993; Hu y Bentler, 1999).

Tabla 13
Índice de ajuste para el análisis factorial confirmatorio de HA

Índice de ajuste	Esperado	Modelo obtenido
Chi-Cuadrado (x2)	>0.05	.001
Discrepancia entre x2 y grados de libertad (CMIN/DF)	1 - 3	2.033
Índice de bondad de ajuste (GFI)	0.95 – 1	.977
Índice de ajuste ponderado (AGFI)	0.95 – 1	.960
Índice residual de la raíz cuadrada media (RMR)	Cercano a 0	.030
Error cuadrático media de aproximación (RMSEA)	< 0.05 / 0.08	.043
Índice de ajuste comparativo (CFI)	0.95 – 1	.955
Índice de ajuste normalizado (NFI)	0.95 – 1	.916
Índice no normalizado de ajuste (NNFI o TLI)	0.95 – 1	.936
Intervalo de confianza del 90% (LO90 – HI90)	Menor diferencia	.028 - .059
Cercanía de ajuste (PCLOSE - p)	>.50	.745

Análisis factorial de la dimensión consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas (ATD)

i. Análisis Factorial Exploratorio (Exploratory Factor Analysis – EFA)

Al igual que las dimensiones anteriores, el EFA se realizó mediante el criterio de no existencia de factor dominante (Carroll, 1953) y máxima verosimilitud con rotación ortogonal (VARIMAX), esto reportó que la solución final los *eigenvalues* superiores a 1, contemplaba tres factores con ítems con cargas factoriales superiores a .30 y que responden al 40% de la varianza total (ver Tabla 14). Además, el ajuste de la prueba de esfericidad de

Bartlett's fue significativa (822,565 gl= 36, Sig. = .001) y el indicador de adecuación del tamaño de muestra Kaiser-Meyer-Olkin adecuado (.803).

Tabla 14

Ponderaciones de factores para el análisis factorial exploratorio ATD

	Factor		
Rango	1.67 - 4		
Media	3.15		
Desviación estándar	.457		
Asimetría	-.627		
Varianza explicada	.209		
Curtosis	.065		
Alfa de Cronbach	.64		
	Carga en factor		
Reactivo	I	II	III
6.- ¿Consume drogas (marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, hachís, entre otras)?	.773		
7.- ¿Dice "no" a todo tipo de droga?	.742		
5.- ¿Consume licor (alcohol) o alguna otra droga cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas en su vida?	.605		
1.-¿Fuma cigarrillo o Tabaco?	.543		
3.-¿Consume licor (alcohol) al menos dos veces en la semana?	.512		
4.- ¿Cuando empieza a beber puede reconocer en qué momento debe parar?	-	-	-
2.- ¿Prohíbe que fumen en su presencia?		.982	
8.- ¿Consume más de dos tazas de café al día?			.330
9.- ¿Consume más de tres coca-cola (bebidas) en la semana?	-	-	-

ii. *Análisis Factorial Confirmatorio (Confirmatory Factor Analysis – CFA)*

El EFA propone un modelo basado en tres factores y según las recomendaciones de expertos que proponen realizar el análisis confirmatorio, cuando la muestra supera los doscientos participantes y no existen datos perdidos en la escala. Se ajustó el CFA según lo propuesto por Costello y Osborne (2005) que aconsejan descartar aquellos elementos que no funcionan adecuadamente en el modelo.

Según lo anterior, se eliminó el factor III ya que solo un ítem cargaba en este; asimismo se eliminó el factor I, ya que también tenía solo un elemento como parte de este. En cuanto a los elementos que no alcanzaron la carga estandarizada mínima se decidió eliminarlos, ya que se desconocía a qué factor respondían. Finalmente, una vez realizado el CFA se descartó el elemento “¿Dice “no” a todo tipo de droga?”, debido a que teóricamente respondía a una doble negación ya que el factor se presenta con elementos negativos, y de esta forma el modelo propuesto ajusta según lo esperado (ver Tabla 15).

Tabla 25
Índice de ajuste para el análisis factorial confirmatorio del ATD

Índice de ajuste	Esperado	Modelo obtenido
Chi-Cuadrado (x2)	>0.05	.286
Discrepancia entre x2 y grados de libertad (CMIN/DF)	1 - 3	1.251
Índice de bondad de ajuste (GFI)	0.95 – 1	.998
Índice de ajuste ponderado (AGFI)	0.95 – 1	.989
Índice residual de la raíz cuadrada media (RMR)	Cercano a 0	.008
Error cuadrático media de aproximación (RMSEA)	< 0.05 / 0.08	.021
Índice de ajuste comparativo (CFI)	0.95 – 1	.999
Índice de ajuste normalizado (NFI)	0.95 – 1	.994
Índice no normalizado de ajuste (NNFI o TLI)	0.95 – 1	.996
Intervalo de confianza del 90% (LO90 – HI90)	Menor diferencia	.000 - .091
Cercanía de ajuste (PCLOSE - p)	>.50	.658

En conclusión, el ajuste del modelo para la dimensión consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entrega datos en el rango de los esperado, informa un buen grado de precisión y un ajuste parsimonioso (Browne y Cudeck, 1993; Hu y Bentler, 1999), dado que se puede estar 90% seguros que el valor RMSEA (.021) se encontrará en la población dentro de los límites .000 y .091, teniendo una significancia de $p = .658$. A partir de esto, se concluye que el modelo propuesto (ver Figura 8) de un factor con cuatro elementos para la dimensión consumo de alcohol, tabaco y otras drogas ajusta adecuadamente con los datos obtenidos en esta investigación.

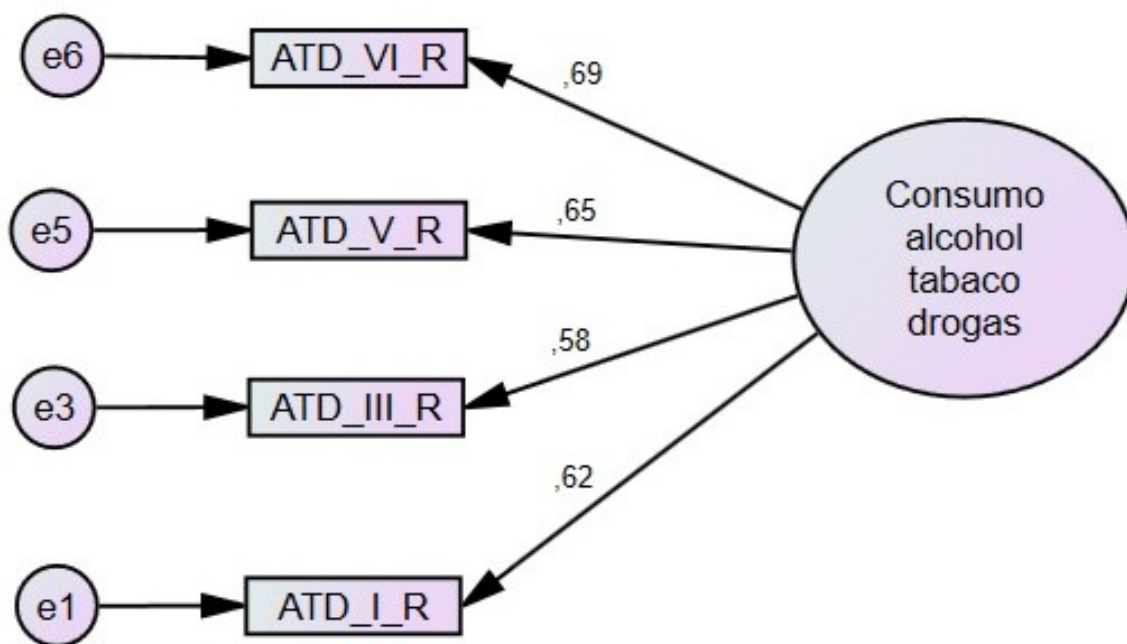


Figura 8: Modelo factorial de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas

Análisis factorial de la dimensión Sueño (S)

i. Análisis Factorial Exploratorio (Exploratory Factor Analysis – EFA)

El EFA se realizó a través del criterio de máxima verosimilitud con rotación ortogonal (VARIMAX) postulando que no existe un factor dominante (Carroll, 1953). A partir de esto, se reportó que la solución final de los *eigenvalues* superiores a 1 postulan la existencia de

dos factores para la dimensión sueño del estilo de vida y estos factores responden al 35% de la varianza total. Además, los elementos en cada factor presentan cargas superiores a .35 (ver Tabla 16). Asimismo, el ajuste estadístico informa que la prueba de esfericidad de Bartlett's fue significativa ($\chi^2 = 833.016$, $gl = 45$, $Sig. = .001$) al igual que el indicador de adecuación del tamaño de muestra Kaiser-Meyer-Olkin que fue adecuado (.764).

Tabla 16

Índice de ajuste para el análisis factorial confirmatorio de la dimensión sueño

	Factor		
Rango	1.20 – 3.70		
Media	2.61		
Desviación estándar	.388		
Asimetría	-.297		
Varianza explicada	.150		
Curtosis	.505		
Alfa de Cronbach	.66		
	Carga en factor		
Reactivo	I	II	III
1.- ¿Duerme al menos 7 horas diarias?	.650		
2.- ¿Trasnocha? (R)	.643		
10.- ¿Respetas tus horarios de sueño, teniendo en cuenta la planeación de tus actividades?	.617		
3.- ¿Duerme bien y se levanta descansando?	.464		
5.- ¿Se despierta en varias ocasiones durante la noche?		.682	
6.- ¿Se levanta en la mañana con la sensación de una noche mal dormida?		.543	
4.- ¿Le cuesta trabajo quedarse dormido?		.428	
9.- ¿Utiliza pastillas para dormir?		.351	
8.- ¿Se mantiene con sueño durante el día?			.640
7.- ¿Hace (duerme) siesta?	-	-	-

ii. *Análisis Factorial Confirmatorio (Confirmatory Factor Analysis – CFA)*

Basado en el fundamento teórico que la muestra supera las doscientas personas como el número mínimo para aplicar un CFA ($N = 547$), contemplando el análisis preliminar de fiabilidad (EFA) y utilizando los factores allí considerados se procede a la realización del modelo confirmatorio. Para ello se modelaron dos factores, ya que el factor III (del EFA) solo estaba formado por un elemento, lo cual no es suficiente para constituir un factor.

Los resultados preliminares del CFA reportaron que este no ajustaba según lo esperado, por tanto, se procedió a descartar aquellos elementos que en esta investigación no funcionaron adecuadamente (Costello y Osborne, 2005). Por lo tanto, se eliminó el ítem “¿Se despierta en varias ocasiones durante la noche?” dado que el valor absoluto de su covarianza residual estandarizada con el elemento “¿Respetas sus horarios de sueño, teniendo en cuenta la planeación de sus actividades?” fue > 3.0 ($= -3.911$). Asimismo, se eliminó el elemento “¿Utiliza pastillas para dormir?” ya que su valor estimado estandarizado en el factor fue de .22. Finalmente se descartó el ítem “¿Duerme bien y se levanta descansando?” ya que su covarianza residual estandarizada con el elemento “¿Se levanta en la mañana con la sensación de una noche mal dormida?” fue > 3.0 ($= 3.159$).

A partir de estas modificaciones el modelo quedó formado por dos factores con tres y dos ítems respectivamente (ver Figura 9), cabe destacar que el factor denominado “sueño de mala calidad” con dos elementos, se considera como una excepción al ideal que un factor tenga al menos tres ítems, para no descartar el factor por completo (Escobedo et al., 2016).

De esta forma se obtuvo que el modelo ajustara según lo esperado (ver Tabla 17), informando un buen grado de precisión, dado que se asegura en un 90% que el valor RMSEA (.050) se encontrará en otra muestra dentro de los límites .000 y .092, teniendo una significancia de $p = .432$. Esto se considera por los expertos como un ajuste parsimonioso (Browne y Cudeck, 1993; Hu y Bentler, 1999). Por tanto, concluyó que el modelo propuesto de dos factores con cinco elementos que miden la dimensión sueño ajusta adecuadamente con los datos obtenidos en esta investigación.

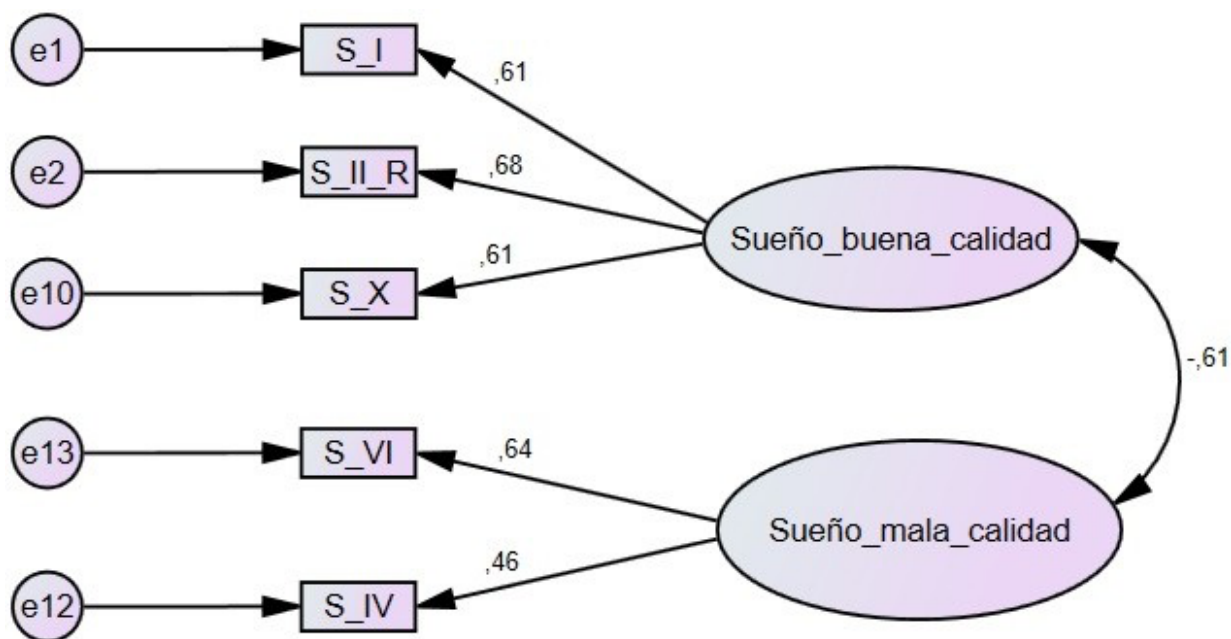


Figura 9: Modelo factorial dimensión sueño

Tabla 17

Índice de ajuste para el análisis factorial confirmatorio dimensión sueño

Índice de ajuste	Esperado	Modelo obtenido
Chi-Cuadrado (x2)	>0.05	.050
Discrepancia entre x2 y grados de libertad (CMIN/DF)	1 - 3	2.368
Índice de bondad de ajuste (GFI)	0.95 – 1	.993
Índice de ajuste ponderado (AGFI)	0.95 – 1	.975
Índice residual de la raíz cuadrada media (RMR)	Cercano a 0	.019
Error cuadrático media de aproximación (RMSEA)	< 0.05 / 0.08	.050
Índice de ajuste comparativo (CFI)	0.95 – 1	.985
Índice de ajuste normalizado (NFI)	0.95 – 1	.974
Índice no normalizado de ajuste (NNFI o TLI)	0.95 – 1	.962
Intervalo de confianza del 90% (LO90 – HI90)	Menor diferencia	.000 - .092
Cercanía de ajuste (PCLOSE - p)	>.50	.432

4. Otros resultados derivados de la investigación

4.1. Cuestionario de variables sobre práctica de ejercicio físico-deportivo

Como la investigación necesita recabar información sobre los aspectos relacionados con el estilo de vida saludable, se complementó la información recogida a través del instrumento psicométrico presentado (*“Cuestionario de prácticas sobre estilo de vida”*), agregando cuatro preguntas que formaron el cuestionario sobre práctica de ejercicio físico-deportivo (ver Anexo II). Cabe destacar que estas preguntas se elaboraron en conjunto con los directores de la tesis doctoral, teniendo en cuenta investigaciones preliminares que recogen información del área atingente.

Las preguntas fueron claras en contenido y estructura, por lo cual, se decidió incorporar, al comienzo de estas cuatro preguntas, un enunciado que definiera explícitamente lo que se entendía por ejercicio físico-deportivo, como también diferenciar lo que es una actividad de intensidad moderada y alta (Ejemplo: *Ejercicio moderado es cuando se acelera el corazón y hace respirar con mayor intensidad de lo normal; El ejercicio intenso es el que hace sudar, jadear y quedarse sin aliento*), esto dejó en claro que las preguntas no incluían aquellos ejercicios con intensidad ligera como pasear o conversar mientras se camina.

Para responder las preguntas, se le solicitó que consideraran como periodo de tiempo los últimos 12 meses; a partir de esto la primera pregunta tenía como finalidad conocer si practicaban alguna actividad físico-deportiva, lo cual reportó (ver Tabla 18) que el 58% de los estudiantes si práctica o practicó en los últimos doce meses alguna actividad físico-deportiva, mientras que el 42% declaró no practicar ninguna actividad. En lo que respecta al sexo, la mitad de las mujeres (34%) aseguró practicar actividad físico-deportiva y la otra mitad no lo realiza; en cuanto a los hombres, la mayoría de estos (23%) informa practicar alguna actividad.

Tabla 18*Frecuencias y porcentajes variables práctica de actividad físico-deportiva (N = 415)*

				Mujeres		Hombres	
		<i>Frec.</i>	<i>%</i>	<i>Frec.</i>	<i>%</i>	<i>Frec.</i>	<i>%</i>
Realiza actividad	Sí	240	58%	144	35%	96	23%
físico-deportiva	No	175	42%	147	35%	28	7%
	<i>Total</i>	<i>415</i>	<i>100%</i>	<i>291</i>	<i>70%</i>	<i>124</i>	<i>30%</i>

En lo que respecta a las siguientes preguntas, estas solo se realizaron a aquellos estudiantes que indicaron que si practicaban actividad físico-deportiva (N = 240). En la primera pregunta se les solicitó que indicaran qué actividad practica o practicaban, otorgándole la opción de poder marcar más de una actividad y recordando además que debían considerarse los últimos doce meses. Luego se les preguntó cuántos días a la semana practicaban la/s actividad/es seleccionadas, para finalmente conocer qué tipo de día solían practicar la/s actividad/es (*laboral, no laborable, ambos, no tenía un día fijo*).

Para realizar el análisis se desestimaron cuatro casos que declararon practicar actividad físico-deportiva pero al momento de contestar qué actividades, marcaron más de nueve, lo cual se estableció como un exceso y que claramente elevaba el cálculo del promedio, siendo esto no representativo. También se desestimaron seis casos por indicar qué actividad practicaban pero no indicaron cuántos días a la semana y/o qué tipo de día preferían practicar. Por lo tanto, para el siguiente análisis se establece un total (N) de 230 estudiantes (60% mujeres y 39% hombres) quienes reportan una edad promedio de 20.67 años (DT = 2.410), mientras que la cantidad de actividades practicadas en promedio son dos, en relación a la frecuencia declaran practicar actividad físico-deportiva tres días a la semana (ver Tabla 19).

Tabla 19*Descriptivos Edad, cantidad y frecuencia de actividades físico-deportiva (N = 230)*

	<i>Media</i>	<i>Desv. Típica</i>	<i>Moda</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>
Edad	20.67	2.410	21	17	40
Cantidad de actividades practicadas	2.19	1.652	1	1	9
Frecuencia de práctica de actividades	3.1	1.307	3	1	7

Para conocer el detalle de la cantidad de actividades físico-deportiva que practicaron, se realizó un análisis diferenciado por sexo que consideró el mínimo (1) y el máximo (9) de actividades; esto reportó (ver Tabla 20) que la mayoría de los universitarios (48%) practica una actividad, y de manera excepcional el 4% (solo hombres) aseguran practicar nueve actividades. En lo que respecta a diferencias de sexo, tanto mujeres (35%) y hombres (13%) informan practicar una actividad, sin embargo el 15% de las mujeres asegura practicar dos actividades y solo el 6% de los hombres lo hace. Cuando se les preguntó por cuántos días a la semana practicaban actividad físico-deportiva, especificando que aquellos que debían responder esta pregunta en más de una actividad, se les consideró el promedio de práctica para incorporarlo en el análisis total; se reportó que la mayoría practica actividad dos (25%) o tres (24%) días a la semana; este resultado total coincide con lo informado por las mujeres que en su mayoría también practican dos (16%) o tres (17%) días a la semana. Mientras que al tipo de día de la semana que solían practicar actividad físico-deportiva se obtuvo que del total (N = 230) el 32% prefiere practicar un día laborable y el 26% prefiere ambos (laborable y no laborable), en particular las mujeres prefieren practicar en días laborables (23%) mientras que los hombres prefieren ambos (13%).

Tabla 20

Frecuencias y porcentajes cantidad, frecuencia y día de práctica de actividad físico-deportiva (N = 230)

				Mujeres		Hombres	
		<i>Frec.</i>	<i>%</i>	<i>Frec.</i>	<i>%</i>	<i>Frec.</i>	<i>%</i>
Cuántas actividades practica	1	111	48%	81	35%	30	13%
	2	49	21%	34	15%	15	6%
	3	35	15%	18	8%	17	7%
	4	11	5%	5	2%	6	3%
	5	13	6%	1	.5%	12	5%
	6	5	2%	0	0	5	2%
	7	2	1%	1	.5%	1	.5
	8	0	0	0	0	0	0
	9	4	2%	0	0	4	2%
	Total	230	100%	140	61%	90	39%
Cuántos días a la semana practica actividad física	1	36	16%	27	12%	9	4%
	2	57	25%	36	16%	21	9%
	3	56	24%	39	17%	17	7%
	4	43	19%	21	9%	22	10%
	5	30	13%	14	6%	16	7%
	6	7	3%	2	1%	5	2%
	7	1	0%	1	0%	0	0
	Total	230	100%	140	61%	90	39%
Qué día a la semana prefiere practicar actividad física	Laborables	74	32%	53	23%	21	9%
	No laborables	56	24%	29	13%	27	12%
	Ambos	59	26%	30	13%	29	13%
	No tiene día fijo	41	18%	28	12%	13	5%
	Total	230	100%	140	61%	90	39%

Del mismo modo, una vez conocida la cantidad de actividades físico-deportivas seleccionadas por los universitarios, se analizó qué actividades eran las más practicadas (ver Figura 10); lo cual reportó que las actividades preferidas fueron: baloncesto (18%), fútbol 11 y 7 (15%), ciclismo (15%), otra actividad física con música (15%), atletismo (14%), voleibol (14%) y otro (13%) en donde se dio espacio libre para que indicaran actividades que no estaban dentro de las opciones (las respuestas informaron práctica de: cheerleaders, gimnasia en casa, yoga, pilates, danza árabe y ballet).

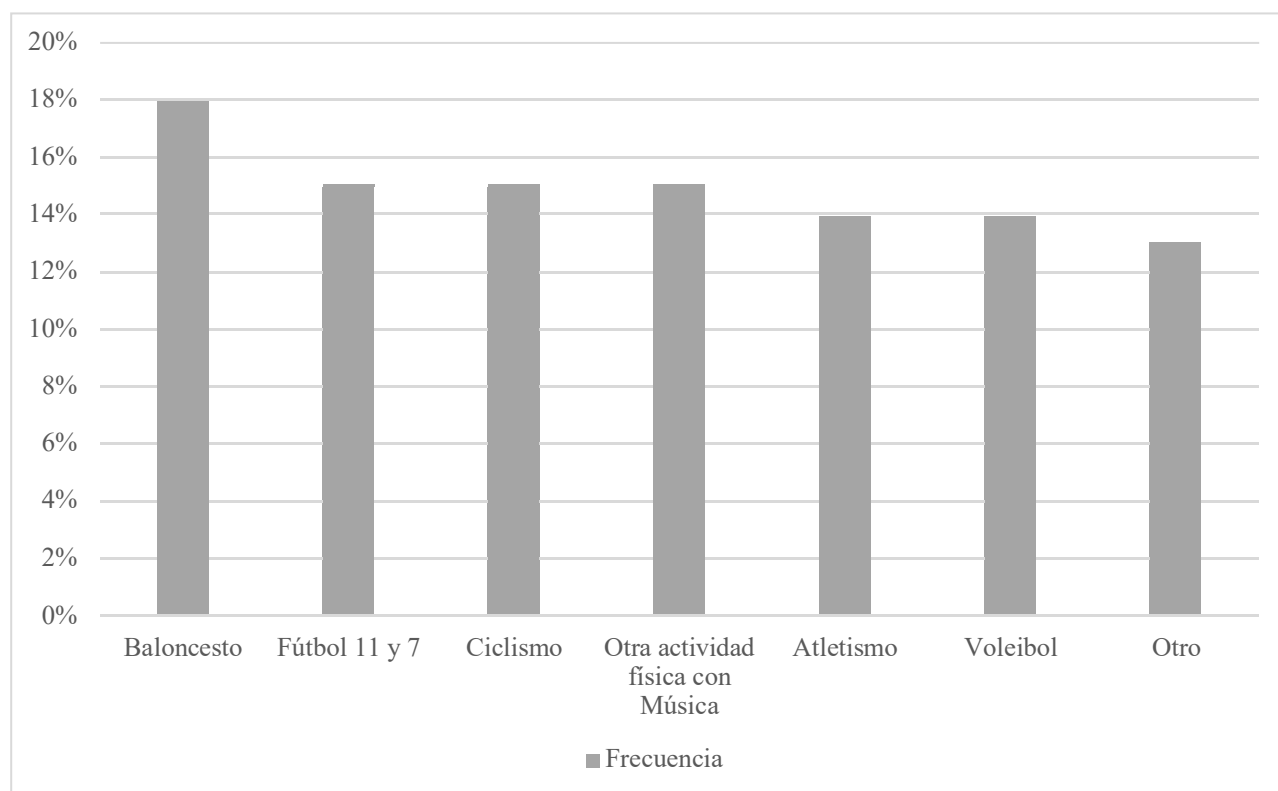


Figura 10: Actividades físico-deportivas más practicadas

A partir de las actividades más practicadas, se analizó en detalle cada una de ellas para conocer con qué frecuencia la realizaban y que día preferían practicarla (ver Tabla 21), lo cual reportó que, del total de estudiantes que practican baloncesto ($N = 42$), el 38% son mujeres y el 62% son hombres, la práctica promedio de los hombres es de tres días a la semana mientras que las mujeres informan practicarlo dos días a la semana, prefiriendo, ambos sexos, realizar su práctica en días laborables ($M = 38\%$; $H = 46\%$). En cuanto al fútbol ($N = 35$) la mayoría son hombres (80%) quienes aseguran practicar en promedio casi cuatro días a la semana, declarando que lo realizan en un día laboral o no laboral (43%). El ciclismo ($N = 34$) es practicado por hombres (53%) y mujeres (47%) casi con la misma preferencia, con un promedio de tres días a la semana y de preferencia lo ejecutan en días no laborables. En relación a otra actividades con música ($N = 34$) es preferida por las mujeres (82%) que en promedio la practican casi cuatro días a la semana y la mayoría declara realizarla en días laborales y no laborales (36%). El atletismo por su parte, tiene preferencia masculina (61%)

y su práctica promedio en hombres es de tres días a la semana, mientras que las mujeres que practican atletismo (39%) lo practican, en promedio, dos días a la semana informando que no tienen un día fijo para realizarlo (31%), al igual que los hombres (30%) aunque también agregan la preferencia hacia la práctica en un día laboral en la misma medida (30%). El último ejercicio seleccionado con alta preferencia es el voleibol (N = 29) el cual es practicado en su mayoría por mujeres (76%) y estas aseguran practicarlo en promedio dos días a la semana y el 60% prefiere realizarlo en día laboral. Finalmente, en relación a otras actividades mencionadas por los estudiantes (ej: cheerleaders, gimnasia en casa, yoga, pilates, danza árabe, ballet) en su mayoría son practicadas por mujeres (79%) quienes realizan la actividad tres días a la semana y prefieren hacerlo en un día laboral (52%).

Finalmente, estos resultados permiten concluir que la mayoría de los universitarios practica actividad físico-deportiva y que su práctica está considerada como adecuada según lo recomendado, ya que de preferencia se practica dos o tres veces a la semana; en específico los hallazgos indican que los hombres practican más actividades físico-deportivas, pero las mujeres lo realizan con mayor frecuencia. Estos hallazgos coinciden, hasta cierto punto, con lo recopilado en la última encuesta nacional de hábitos de actividad física y deportes en población mayor de 18 años en Chile (Ministerio del Deporte, 2016), ya que asegura que la mayoría de los participantes (68.1%) no practica actividad física-deportiva; sin embargo coincide con que el 62.4% de personas practica tres o más veces a la semana actividad físico-deportiva y que la mayoría de los hombres (41.4%) practican más actividades físico-deportivas que las mujeres (23.6%) En conclusión, la información recabada a través del cuestionario de práctica de ejercicio físico-deportivo permite complementar la información recabada en el instrumento psicométrico y con ello tener un perfil más detallado de los participantes de esta investigación.

Tabla 21

Frecuencias y porcentajes actividades físico-deportiva más practicadas (N = 230)

	Cuántos días a la semana practicas								Qué días a la semana prefieres				
	Total	Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres	
		Frec.	%	Frec.	%	Media	DT	Media	DT	Frec.	%	Frec.	%
Baloncesto	42	16	38%	26	62%	2.63	1.360	3.46	1.772	<i>Laborables</i>		<i>Laborables</i>	
Fútbol 11 y 7	35	7	20%	28	80%	4	1.291	3.75	1.624	<i>Laborables</i>		<i>Ambos</i>	
Ciclismo	34	16	47%	18	53%	3.06	1.731	3.11	1.605	<i>No Laborables</i>		<i>No Laborables</i>	
Otra act. con música	34	28	82%	6	18%	3.57	1.620	3.33	1.862	<i>Ambos</i>		<i>Ambos</i>	
Atletismo	33	13	39%	20	61%	2.46	1.330	3.25	1.618	<i>No hay día fijo</i>		<i>Laborable/No tiene día fijo</i>	
Voleibol	33	25	76%	8	24%	2.28	1.173	2.88	1.246	<i>Laborable</i>		<i>Laborable</i>	
Otra act.	29	23	79%	6	21%	2.96	1.551	3	.632	<i>Laborable</i>		<i>Ambos</i>	

4.2. Análisis de los motivos de la procrastinación académica

El análisis de los motivos para la procrastinación académica corresponde a la segunda parte de la prueba PASS (Solomon y Rothblum, 1986) que comprende 26 ítems, teniendo en cuenta una situación académica en particular (se debe cumplir con la entrega de un trabajo de final de curso). Con este análisis factorial y descriptivo, se aportará validez y precisión a los motivos de la procrastinación académica en contexto universitario.

Análisis factorial de los motivos para la procrastinación académica

i. Análisis Factorial Exploratorio (Exploratory Factor Analysis – EFA)

El análisis se realizó mediante el criterio de máxima verosimilitud con rotación ortogonal varimax, sin presencia de un factor dominante (Carroll, 1953); determinando que la solución final, con *eigenvalues* superiores a uno (ver Tabla 22) reportó la existencia de cinco factores para la variable motivos de la procrastinación académica, lo cual representa al 48% de la varianza. Los ítems presentaron cargas factoriales superiores a .41 dentro de su factor y comunalidades mayores a .30. Asimismo, la prueba de esfericidad de Bartlett's fue significativa (4756.87, $gl = 325$, Sig. = .001) y el indicador de adecuación del tamaño de muestra Kaiser-Meyer-Olkin fue adecuado (.922).

Tabla 22

Ponderaciones de factores para el análisis factorial exploratorio motivos PASS

	Factor
Rango	1-5
Media	2.43
Desviación estándar	.747
Asimetría	.153
Varianza explicada	.557
Curtosis	-.388
Alfa de Cronbach	.93

Reactivo	Carga en el factor:				
	I	II	III	IV	V
24. Estabas preocupado de recibir una mala calificación	.691				
19. Estabas preocupado de que al profesor no le gustara tu trabajo	.625				
20. Tenías dificultades en saber qué incluir y qué no incluir en tu trabajo	.613				
23. Necesitabas pedir información al profesor pero no te sentías cómodo acercándote a el/ella	.556				
26. Pensabas que no sabías lo suficiente para escribir el trabajo	.544				
29. Tenías problemas en pedir información a otros	.531				
21. Esperaste hasta que un compañero hizo el suyo para que te pudiera aconsejar	.478				
25. No te gustó tener que hacer trabajos “mandados” por otros	.457				
33. No tenías confianza en ti mismo para hacer un buen trabajo	.447				
27. No te gusta nada escribir trabajos extensos	.426				
34. No tenías bastante energía para empezar la tarea		.708			
43. Te sentías demasiado perezoso para escribir un trabajo de final de curso		.616			
22. Tenías muchas otras cosas que hacer		.485			
28. Te sentías desbordado por la tarea		.438			
35. Pensabas que cuesta demasiado tiempo escribir un trabajo de final de curso		.424			
31. No podías elegir entre todos los posibles temas		.415			

36. Te gustó el reto de esperar hasta la fecha de entrega	.722
30. Tenías ganas de sentir la emoción de hacer esta tarea en el último momento	.682
38. No te gustó que te pusieran plazos (fechas límites)	.574
37. Sabías que tus compañeros tampoco habían empezado el trabajo	.409
44. Tus amigos te presionaban para hacer otras cosas	.617
40. Estabas preocupado de que si recibías una buena nota la gente esperaba mucho de ti en el futuro	.526
32. Estabas preocupado de que si lo hacías bien, tus compañeros te rechazaran	.480
41. Esperaste a ver si el profesor te ofrecía más información sobre el trabajo	.448
39. Estabas preocupado de no alcanzar tus propias expectativas	.795
42. Te pusiste metas muy altas y te preocupaba no poder alcanzarlas	.457

ii. *Análisis Factorial Confirmatorio (Confirmatory Factor Analysis – CFA)*

A partir del EFA que sugiere la existencia de cinco factores, se confecciona el análisis factorial confirmatorio; siguiendo el fundamento teórico que la muestra (N = 433) está por sobre el mínimo aconsejable para realizar el análisis y que no hay presencia de datos perdidos en la escala. Por tanto, este análisis factorial confirmatorio consideró cinco factores con sus respectivos ítems (propuesto en el EFA); teniendo como objetivo que el instrumento ajustara según lo recomendado por los expertos. En una primera instancia el modelo no tuvo una adecuación parsimoniosa, por lo tanto, se realizaron las modificaciones estadísticas que sugieren descartar aquellos ítems que no presentan un buen desempeño en esta investigación en particular (Costello y Osborne, 2005).

A partir de esto se eliminó: en primer lugar el ítem *“No te gustó tener que hacer trabajos mandados por otros”*, ya que su covarianza residual estandarizada con el ítem *“No te gustó que los demás te pusiesen plazos”* fue >3.0 ($= 5.74$). Posteriormente se descartó el ítem *“No te gusta nada escribir trabajos extensos”*, debido a que su covarianza residual estandarizada con el ítem *“Pensabas que cuesta demasiado tiempo escribir un trabajo de final de curso”* fue >3.0 ($= 4.39$).

Lo siguiente fue prescindir del elemento *“Sabías que tus compañeros no habían empezado el trabajo tampoco”*, puesto que su covarianza residual estandarizada con el ítem *“Te sentías demasiado perezoso para escribir un trabajo de final de curso”* fue >3.0 ($= 3.61$). Luego se descartó el ítem *“No te gustó que los demás te pusiesen plazos”*, ya que su covarianza residual estandarizada con los ítems *“Estabas preocupado de no alcanzar tus propias expectativas”* y *“Te pusiste metas muy altas y te preocupaba no poder alcanzarlas”* fue >3.0 ($= 3.61$; $= 3.3$).

Asimismo, se eliminó el elemento *“No tenías bastante energía para empezar la tarea”*, dado que su covarianza residual estandarizada con los elementos *“Estabas preocupado de recibir una mala calificación”* y *“Estabas preocupado de que al profesor no le gustara tu trabajo”* fue >3.0 ($= -3.6$; $= -3.59$). Este último ítem también fue descartado ya que luego su covarianza residual estandarizada con el elemento *“Te sentías demasiado perezoso para escribir un trabajo de final de curso”* fue de -3 .

El siguiente elemento descartado fue *“Tenías ganas de sentir la emoción de hacer esta tarea en el último momento”*, ya que su covarianza residual estandarizada con los ítems *“Tenías problemas en pedir información a otros”* y *“No podías elegir entre todos los posibles temas”* fue superior a lo considerado adecuado ($= 3.514$; $= 2.711$). Al eliminar este elemento el factor 3 (propuesto por el EFA) queda solo con un ítem (*“Te gustó el reto de esperar hasta la fecha de entrega”*) el cual, por razones de criterio, que al menos un factor debe tener tres elementos, se descartó.

Posterior a ello se observó que el factor 5 tenía solo dos ítems (*“Estabas preocupado de no alcanzar tus propias expectativas”* y *“Te pusiste metas muy altas y te preocupaba no poder alcanzarlas”*) que presentaban una covarianza residual estandarizada muy alta con diferentes elementos (ítem 44 = -2.89 ; ítem 33 = 2.42 ; ítem 21 = -2.34 ; ítem 23 = 2.23 ; ítem 22 = -2.37). Desde aquí en adelante el modelo de ajuste del instrumento, está formado por tres factores, de los cuales se decidió descartar cinco ítems que presentaban covarianzas residuales estandarizadas altas y además teóricamente medían constructos similares con otros ítems, prefiriendo el elemento que tuviese una mayor carga estandarizada en el factor. Los elementos descartados fueron:

5. *“Tenías dificultades en saber que incluir y que no incluir en tu trabajo”*
6. *“No tenías confianza en ti mismo para hacer un buen trabajo”*
7. *“Te sentías demasiado perezoso para escribir un trabajo de final de curso”*
8. *“Estabas preocupado de recibir una mala calificación”*
9. *“Esperaste a ver si el profesor te ofrecía más información sobre el trabajo”*

Con estas modificaciones el CFA y su ajuste estadístico/teórico, propone una estructura de tres factores con al menos tres ítems cada uno, como se puede observar a continuación en la tabla 23:

Tabla 23*Índice de ajuste para el análisis factorial confirmatorio de los motivos de la PASS*

Índice de ajuste	Esperado	Modelo obtenido
Chi-Cuadrado (x2)	>0.05	.001
Discrepancia entre x2 y grados de libertad (CMIN/DF)	1 - 3	1.861
Índice de bondad de ajuste (GFI)	0.95 – 1	.969
Índice de ajuste ponderado (AGFI)	0.95 – 1	.951
Índice residual de la raíz cuadrada media (RMR)	Cercano a 0	.054
Error cuadrático media de aproximación (RMSEA)	< 0.05 / 0.08	.045
Índice de ajuste comparativo (CFI)	0.95 – 1	.973
Índice de ajuste normalizado (NFI)	0.95 – 1	.944
Índice no normalizado de ajuste (NNFI o TLI)	0.95 – 1	.964
Intervalo de confianza del 90% (LO90 – HI90)	Menor diferencia	.029 – .060
Cercanía de ajuste (PCLOSE - p)	>.50	.698

Se infiere que el ajuste para el CFA de la segunda parte de la PASS (motivos) entrega datos en el rango de lo esperado, informa un buen grado de precisión, ya que se puede asegurar en un 90% que el valor RMSEA (.045) se encontrará en otra muestra con población similar, dentro de los límites .029 y .060, teniendo una significancia de $p = .698$; considerado, por los expertos, como un ajuste adecuado y parsimonioso (Browne y Cudeck, 1993; Hu y Bentler, 1999).

Además, se aplicó la prueba de validez “*Validity Máster*” (Gaskin, 2016) al tratarse de un análisis factorial con más de dos factores. Este análisis concluye que los tres factores arrojaron un puntaje de confiabilidad adecuado para cada uno de los factores (I: CR = .78; II: CR = .67; III: CR = .74), según el criterio $> .60$ (Hair et al., 2010).

A partir de este análisis factorial se puede concluir que el modelo propuesto de tres factores con once ítems (ver figura 11), que mide los motivos de la procrastinación académica, ajusta adecuadamente con los datos obtenidos en esta investigación. Además, para materia de análisis descriptivo posterior, se le otorgó nombre a cada uno de los factores como: inseguridad, gestión e influencia externa.

- II. **Factor Gestión:** Este factor considera los elementos asociados a una procrastinación por falta de buena gestión en la toma de decisiones; como por ejemplo la tendencia a sentirse desbordado y pobre gestión del tiempo (“*Tenías muchas otras cosas que hacer*” y “*Te sentías desbordado por la tarea*”), la aversión a la tarea (“*Pensabas que cuesta demasiado tiempo escribir un trabajo de final de curso*”) y la dificultad para tomar decisiones (“*No podías elegir entre todos los temas posibles*”).
- III. **Factor Influencia externa:** Este tercer factor se concentra en aquellos ítems que incluyen a una tercera persona (elemento) que sirve de razón para justificar o motivar la procrastinación, como el miedo al éxito (“*Estabas preocupado de que si lo hacías bien, tus compañeros te rechazarían*” y “*Estabas preocupado de que si recibías una buena nota, la gente esperaría mucho de ti en el futuro*”) e influencia de pares (“*Tus amigos te presionaban para hacer otras cosas*”).

Respecto a las medidas de tendencia central de los factores (ver Tabla 24), sus medias fueron: Inseguridad de 2.44 (DT = .982), Gestión de 2.74 (DT = .888) e Influencia externa de 1.90 (DT = .980). Cada factor varía en un rango de 1 (“No refleja mis motivos en absoluto”) a 5 (“Los refleja perfectamente”). Se reporta que la media menor corresponde al ítem “*Estabas preocupado de que, si lo hacías bien, tus compañeros te rechazarán*” (M=1.79 – DT = 1.213) del factor influencia externa y las dos medias mayores informan que el motivo de procrastinación es “*Tenías muchas otras cosas que hacer*” (M = 2.99 – DT = 1.269) y “*Te sentías desbordado por la tarea*” (M = 2.83 – DT = 1.290) ambos pertenecientes al factor gestión.

En cuanto al promedio de respuestas, se decidió agrupar a los estudiantes en tres preferencias 1 y 2 = No refleja mis motivos en absoluto, 3 = Los refleja hasta cierto punto y 4 y 5 = Los refleja perfectamente. A partir de esto se observa que, en relación con el motivo de inseguridad, la mayoría de los estudiantes (49%) informa no sentirse reflejado con esos motivos, sin embargo, el 38% (166 participantes) creen que los refleja hasta cierto punto. En cuanto al motivo de gestión gran parte de los universitarios (248 – 57%) cree que este factor los refleja hasta cierto punto, destacando que el 30% del total de participantes indicaron que este no era el motivo por el cual procrastinaban. Finalmente,

el motivo de influencia externa reporta que la mayoría de ellos (72%) aseguran no procrastinar por ese motivo.

Finalmente, los hallazgos permiten concluir que la mayoría de los estudiantes no se sienten reflejados con los motivos de procrastinación presentados en el instrumento. Lo cual, aparentemente se debe a que la procrastinación se genera por diversos motivos y resulta complejo determinar uno en específico. Asimismo, estos hallazgos coinciden con los motivos que la comunidad científica determina como los principales en ocasionar la procrastinación académica, como por ejemplo la aversión a la tarea, la deficiente gestión del tiempo, una baja autoconfianza, entre otras (Steel, 2007; Garzón-Umerenkova y Gil-Flores, 2017b; Schouwenburg, 2016).

Tabla 24

Medidas de tendencia central motivos para la procrastinación académica

	M	DT	Asimetría	Curtosis
Inseguridad	2.44	.982	.400	-.513
Gestión	2.74	.888	-.069	-.228
Influencia externa	1.90	.980	.973	.338
Media respuestas			Frec.	%
<i>Inseguridad:</i>				
No refleja mis motivos en absoluto			212	49%
Los refleja hasta cierto punto			166	38%
Los refleja perfectamente			55	13%
<i>Gestión:</i>				
No refleja mis motivos en absoluto			128	30%
Los refleja hasta cierto punto			248	57%
Los refleja perfectamente			57	13%
<i>Influencia externa:</i>				
No refleja mis motivos en absoluto			314	72%
Los refleja hasta cierto punto			90	21%
Los refleja perfectamente			29	7%

Relación entre los motivos para procrastinar en el área académica y variables sociodemográficas

Prueba U Mann-Whitney para sexo a través de los motivos para la procrastinación académica

Con el fin de conocer la relación entre los motivos de la procrastinación académica y si existe diferencia significativa entre hombres y mujeres, se llevó a cabo una prueba de U Mann-Whitney de muestras independientes. Para este análisis se consideró como variable independiente el sexo (femenino / masculino) y como variable dependiente el promedio de cada uno de los motivos de la procrastinación (Inseguridad, Gestión e Influencia externa). Los resultados muestran que en los motivos inseguridad ($p = .67$) y gestión ($p = .66$) no existe una diferencia significativa entre hombres y mujeres (ver Tabla 25). Sin embargo, el motivo de influencia externa presenta una diferencia significativa ($p = .02$); Por ende, los hombres declaran procrastinar en mayor medida por una influencia externa, que las mujeres; es decir, a preguntas tales como “*si frente a la presión de los amigos por realizar otras actividades y no lo programado*” procrastinaban; fueron los hombres quienes se inclinaron por sentirse más reflejados con este motivo.

Finalmente, estos resultados coinciden con investigaciones previas que no han encontrado diferencia entre hombres y mujeres, para cualquier motivo que mencionen los estudiantes para procrastinar (Ferrari, 1989), específicamente motivos vinculados al miedo al fracaso (Alexander y Onwuegbuzie, 2007). Aunque sí se reporta diferencia entre sexo, sobre motivos como la influencia de pares y asunción de riesgo en hombres (Grunschel y Schopenhauer, 2015; Natividad 2014).

Tabla 25

Prueba U Mann-Whitney entre sexo y motivos de la procrastinación académica

	Sexo		Z	U	p
	Femenino n =304	Masculino n = 129			
Inseguridad	Rango promedio 215.33	Rango promedio 220.95	-0.430	19099	.67
Gestión	218.71	212.98	-0.438	19089	.66
Influencia externa	207.94	238.34	-2.39	16854	.02

