



UADY

UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE YUCATÁN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN

Facultad de Psicología

**MUEVE TU CAMPUS:
PROMOCIÓN DEL CAMBIO CONDUCTUAL HACIA
UNA VIDA ACTIVA Y SALUDABLE EN
UNIVERSITARIOS.**

TESIS

PRESENTADA POR

LIC. EN PSIC. DIANA LORENA FLORES ESCALANTE

PARA OBTENER EL GRADO DE
**MAESTRA EN PSICOLOGÍA APLICADA
EN EL ÁREA DEL DEPORTE**

DIRECTORA DE TESIS

MPAD. ROSSANA DE FÁTIMA CUEVAS FERRERA

CODIRECTOR DE TESIS

Dr. JUAN GONZÁLEZ HERNÁNDEZ

MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO

2020

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca No.928563 durante el periodo 2018-2020 para la realización de mis estudios de maestría que concluyen con esta tesis, como producto final de la Maestría en Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Declaro que esta investigación es de mi propia autoría, a excepción de las citas de los autores mencionadas a lo largo de ella. Así también declaro que este trabajo no ha sido presentado previamente para la obtención de ningún título profesional o equivalente.

CONTENIDO

Dedicatorias.....	1
Agradecimientos.	2
Resumen.....	3
Introducción	4
Planteamiento del problema.....	7
Justificación.....	11
Capítulo I. Antecedentes.	13
1.1 Salud y Enfermedad.	13
1.1.1 Beneficios de una buena salud.	14
1.1.2 Relación entre la salud física y la salud mental.	15
1.2. Panorama general del exceso de peso.	16
1.2.1. Desarrollo del exceso de peso.	17
1.2.2. Consecuencias fisiológicas del exceso de peso.....	21
1.2.3. Consecuencias psicológicas y sociales del exceso de peso.....	22
1.2.4 Prevalencia del exceso de peso en adultos.	25
1.2.5 Exceso de peso en Universitarios.....	27
1.3. Principales conductas y conceptos relacionadas con el peso corporal.....	28
1.3.1 Estilo de vida actual	29
1.3.2 Inactividad física	29
1.3.3 Sedentarismo	31

1.3.4. Malos hábitos de alimentación.....	31
1.4 Actividad física para la salud física y mental.....	33
1.5 Alimentación saludable.....	34
1.6. Factores psicológicos relacionados con el peso corporal.....	35
1.6.1 Barreras	35
1.6.2 Características de personalidad	36
1.6.3 Trastornos de la conducta alimentaria (TCA).....	36
1.6.4 Locus de control.....	36
1.6.5 Autoeficacia	37
1.6.6 Autoconcepto físico	37
1.6.7 Percepción de la propia imagen corporal.....	38
1.7. Promoción del comportamiento saludable.....	40
1.7.1 Modelos de cambio conductual en salud.	40
1.7.2. Teoría de la conducta planeada en intervenciones saludables.	42
1.7.3 Programas de intervención en salud.....	45
1.7.4 Promoción de vida activa y saludable dentro del entorno universitario	46
Capítulo II. Metodología.....	49
2.1. Objetivo general del diagnóstico.....	49
2.2 Objetivos específicos.	49
2.3. Pregunta de investigación.	50

2.4. Hipótesis nula y alterna.....	50
2.5. Diseño y tipo de estudio.....	50
2.6. Variables de estudio, definiciones conceptuales y operacionales.....	51
a) Autoeficacia para el control de peso.....	51
b) Autoconcepto físico.....	52
c) Percepción de la imagen corporal.....	52
d) Índice de Masa Corporal (IMC).....	53
2.7. Participantes.....	53
2.8. Instrumentos y técnicas de medición.....	53
Inventario de Autoeficacia Percibida para el Control de Peso (AP-CP).....	53
Cuestionario de Autoconcepto físico (CAF).....	54
Instrumento de siluetas corporales.....	55
Índice de Masa Corporal (IMC).....	56
2.9. Implicaciones bioéticas.....	58
2.10 Procedimiento.....	58
Fase 1. Búsqueda de información y diseño del formato de aplicación.....	58
Fase 2. Delimitación de la muestra.....	59
Fase 3. Gestión del escenario y material.....	59
Fase 4. Reclutamiento y capacitación del equipo de aplicación.....	60
Fase 5. Difusión y reclutamiento de participantes.....	61

Fase 6. Aplicación de las escalas de evaluación	61
Fase 7. Captura y análisis.....	62
Fase 8. Redacción de resultados.....	62
2.11. Informe de resultados de la evaluación diagnóstica.....	62
2.11.1. Análisis descriptivo.....	62
2.11.2. Análisis inferencial.....	68
2.12. Conclusiones del diagnóstico.....	74
Capitulo III. Propuesta de Intervención.....	77
3.1 Descripción general de la propuesta de intervención.....	77
3.2 Antecedentes de la propuesta.....	78
3.3 Fundamento de la propuesta de intervención.....	79
3.3.1 Teoría del Comportamiento Planeado (TCP).....	80
3.3.2. Temporalidad	80
3.3.1 Modelos de intervención integrados en la propuesta.....	81
3.4 Objetivo general de la propuesta de intervención.....	86
Objetivos específicos de la intervención.....	86
3.5 Metas e indicadores de evaluación.....	87
3.6. Propuesta de instrumentos y técnicas de medición de la intervención.....	88
3.7 Finalidad de la propuesta de intervención.....	89
3.8 Marco institucional.....	89

3.9 Planeación de la intervención.	92
3.9.1 Localización física y cobertura espacial.	92
3.9.2 Beneficiarios	92
3.9.3 Participantes activos del programa.....	93
3.9.4 Recursos Generales del proyecto.	94
3.9.5 Estructura organizativa y de gestión.	95
3.9.6 Consideraciones éticas y legales.	96
3.9.7 Diseño del plan de evaluación.....	96
3.9.8 Productos generales del proyecto.....	97
3.10 Procedimiento por fases de la propuesta de intervención.	97
3.11 Descripción detallada de la propuesta de intervención	100
Capitulo IV. Análisis y conclusiones.	103
Referencias.....	107
Anexos	126
Cronograma de actividades	126
Instrumentos de evaluación del diagnóstico.	127
Cartas descriptivas de las actividades del programa.	128
Diseños del programa.....	140

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Conmorbilidad y complicaciones de la obesidad.....	24
Tabla 2. Teorías relacionadas al cambio de conductas	41
Tabla 3. Definición de los factores de la escala AP-CP.....	54
Tabla 4. Definición de factores CAF	55
Tabla 5. Clasificación del IMC	56
Tabla 6. Elementos principales de las escalas aplicadas.....	57
Tabla 7. Características sociodemográficas de la muestra.....	63
Tabla 8. Percepción de la imagen corporal clasificado por IMC.....	64
Tabla 9. IMC y peso percibido por sexo.....	65
Tabla 10. Análisis descriptivo del AP-CP.....	67
Tabla 11. Análisis descriptivo del CAF.....	68
Tabla 12. Diferencias por sexo en los puntajes del CAF.....	69
Tabla 13. Diferencias por sexo en los puntajes del AP-CP.....	70
Tabla 14. Diferencias en el CAF entre estudiantes con normo peso y sobrepeso	71
Tabla 15. Diferencia en el AP-CP entre estudiantes con normopeso y sobrepeso	71
Tabla 16. Correlación de las dimensiones del CAF y del AP-CP.....	72
Tabla 17. Correlaciones del peso percibido y el IMC por sexo.....	72
Tabla 18. Correlación del peso percibido y el IMC por sexo	73
Tabla 19. Correlación entre el AP-CP y IMC	73
Tabla 20. Metas e indicadores de evaluación del plan.....	87
Tabla 21. Propuesta de métodos de medición en la intervención	88
Tabla 22. Recursos generales del plan “MueveTuCampusUADY”	94

Tabla 23. Diseño del plan de evaluación	96
Tabla 24. Fases de la propuesta de intervención.....	97
Tabla 25. Descripción de actividades y objetivos “MueveTuCampusUADY”	101
Tabla 26. Cronograma de actividades	126
Tabla 27. Carta descriptiva de Rincones Saludables	128
Tabla 28. Cartas descriptivas Redes Sociales	133
Tabla 29. Relación de temas de Redes Sociales	135
Tabla 30. Carta descriptiva Ranking Cuenta Pasos	136
Tabla 31. Carta descriptiva taller “Construyendo Agentes en Salud”	137

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Foresight Obesity System Map 2007.....	18
Figura 2. Porcentaje de población adulta con obesidad,	25
Figura 3. Resultados de la ENSANUT 2018.	26
Figura 4. Modelo de la TAR y TCP de Azjen (1991).....	44
Figura 5. Presentación gráfica de las variables del estudio.....	51
Figura 6. Siluetas corporales. Stunkard, A. 1990 en Soto, 2015.....	56
Figura 7. porcentaje de estudiantes de acuerdo con el IMC	64
Figura 8. Frecuencia de la muestra sobre el control de peso	66
Figura 9. Frecuencia de la muestra sobre ejercicio físico regular.....	66
Figura 10. Logotipo del programa Mueve tu Campus de la Ugr	79
Figura 11 Exceso de peso y conductas implicadas para el cambio.....	84
Figura 12. Propuesta de intervención.....	85
Figura 13. Presentación gráfica del plan #MueveTuCampusUADY	100
Figura 14. Parte del instrumento original AP-CP	127
Figura 15. Parte del instrumento original CAF.....	127
Figura 16. Cartel promocional	140
Figura 17. Tablero Twister.....	140
Figura 18. Huellas jaguar	140
Figura 19. Etiquetas escaleras	140
Figura 20. Juego Twister.....	140
Figura 21. Juego de avioncito	141

Figura 22. Letrero rígido	141
Figura 23. Juego de jeopardy	141
Figura 24. Material didáctico, etiqueta nutrimental	142
Figura 25. Infografía, Ranking cuenta pasos	143
Figura 26. Volante de presentación.....	143

Dedicatorias

A ti mamá por ser mi ejemplo de perseverancia, tenacidad, dedicación, inteligencia, fortaleza y amor en todas las cosas que te propones y haces. Gracias por tu incondicional y desmedido apoyo y por enseñarme que lo más importante de la vida está en las cosas más simples.

A ti papá por ser mi ejemplo de sencillez, nobleza y dedicación, gracias por tu incondicional complicidad para seguir mis metas y siempre enseñarme a reír de mis errores.

Gracias a ambos por ser mi principal base y soporte para poder llegar donde estoy, por alentarme a pasar mis mayores retos, apoyar mis locuras, creer en mí y guiarme de la mejor manera, siendo siempre esa compañía en los aprendizajes.

A mis hermanos Pame y Xavi por ser mis compañeros de vida cada uno apoyando mis proyectos con sus capacidades, habilidades e inteligencias.

A mis hermanas por elección Sara y Mel por siempre estar.

Por todo lo que soy y seré.

Los amo.

Agradecimientos.

A la Facultad de Psicología, al personal académico, administrativo y manual por todo el apoyo brindado durante mi formación profesional, por las atenciones, guías, amistades y la calidad humana que me han hecho sentir en mi hogar. De manera especial a la Mtra. Adda Ruth Mendoza Alcocer, directora de esta facultad, quien ha sido parte fundamental en mi formación como especialista en el área de la psicología del deporte, gracias por siempre confiar en mí y brindarme todo su apoyo.

A mis padres académicos, mentores, colegas y amigos, Ross y Juan, por todo el trabajo y tiempo dedicado a mi formación profesional y personal, compartiendo conocimientos, experiencias, anécdotas de vida, pero sobre todo el amor, respeto, ética, profesionalismo y pasión a la psicología del deporte de esa manera sencilla y divertida que los caracteriza. Les agradezco todo su apoyo para no dejarme rendir antes de los penales y por creer en mí y confiarme este proyecto tan importante.

A mi comité evaluador, Dra. Mirta, Alo y Mayu por todo su tiempo, paciencia y dedicación para resolver mis dudas, darme consejos y realizar aportes para este trabajo. A la Dra. Thelma Canto, Quím. Mirna Ballote, Dra. Leslie, Lety y Rubén por todo su apoyo en la recolección de los datos de la muestra de este estudio. A Alberto quien su compañía y guía en los análisis estadísticos fue fundamental.

A la Dra. Débora Godoy, Dr. Juan Godoy, Diana Garita, Luis Linde y al Grupo de Investigación en Psicología de la Salud y Medicina Conductual de la Universidad de Granada, España por todas sus atenciones durante mi estancia de investigación y por todos los conocimientos y momentos compartidos.

Por último, quiero agradecer a Galván, Jeanett, Karlita, Fer, Geo, Chava quienes fungieron como promotores de salud de este proyecto, por todo su tiempo, dedicación y aportes. A los estudiantes que participaron en este estudio y a las facultades que me abrieron las puertas para la recolección de datos. Y a todos los que pude no a ver mencionado, que siempre me han brindado su apoyo.

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo diseñar una propuesta de intervención en entornos educativos denominada *Mueve Tu Campus UADY* para el cambio de conductas hacia la promoción de la actividad física para la salud física y mental de jóvenes universitarios.

Para determinar la necesidad se realizó un diagnóstico en una universidad pública del estado de Yucatán. Participaron 303 estudiantes, con edades entre los 18 y 30 años ($M=29.91$ $DE=2.40$). El diagnóstico fue de tipo cuantitativo, exploratorio no experimental, transversal con un alcance descriptivo (Hernández-Sampieri, 2014). Se evaluó la autoeficacia percibida para el control del peso (AP-CP) (Román, Díaz, Cárdenas, & Zoraide, 2007) ($\alpha=.93$), el autoconcepto físico (CAF) (Goñi, Ruiz, & Liberal, 2004) ($\alpha=.93$), y la percepción del peso a través de siluetas corporales (Stunkard, et. al, 1983; en López Sánchez, Suárez, & Smith, 2018), así como indicadores de masa corporal por medio de una báscula de bioimpedancia (*TANITA*) modelo BC-418 y prácticas saludables a través de un cuestionario creado para fines del estudio. Los resultados del diagnóstico mostraron que el 50.50% de la población contaba con exceso de peso, autoeficacia $M=114$ $DE=17.54$, autoconcepto físico $M=116$ $DE=23.43$, y no cumplir con el mínimo de actividad física para la salud determinado por la OMS (150 min a la semana).

Con base a estos resultados, se diseñó una propuesta de intervención denominado *Mueve tu Campus UADY* basado en el modelo de cambio conductual la Teoría del Comportamiento Planeado de Azjen y Fishbein (1991) que tiene como principal objetivo generar conductas saludables de alimentación y actividad física a través del cambio de creencias, actitudes y aumento de la autoeficacia e intención para el control de peso en jóvenes universitarios. La propuesta de intervención se caracteriza por actividades organizadas para promover las dos principales áreas relacionadas con la salud y el exceso de peso, que son el movimiento corporal y la ingesta alimentaria. Integra, de manera dinámica, tres metodologías de intervención para la promoción de hábitos saludables como lo son: la psicoeducación, el diseño ambiental y el uso de tecnologías de la información, permitiendo la interacción participativa de los beneficiarios con profesionales y los promotores de salud, logrando de manera creativa que los participantes desarrollen una responsabilidad sobre su propia salud convirtiéndose en agentes de su propia salud.

Introducción

“Comer bien no basta para tener salud. Además, hay que hacer ejercicio, cuyos efectos también deben conocerse. La combinación de ambos factores constituye un régimen. Si hay alguna deficiencia en la alimentación o en el ejercicio, el cuerpo enfermará”.

Hipócrates

La salud y la enfermedad son aspectos vitales del ser humano, y aunque nunca han sido totalmente ignorados, en los últimos años han tomado gran relevancia y reconocimiento debido al impacto de los aspectos cognitivo-conductuales (psicológicos) en el proceso de la salud y enfermedad (Salamanca & Giraldo, 2012).

A nivel mundial, la salud se ve amenazada desde hace ya al menos una década, debido a los índices de prevalencia del sobrepeso y la obesidad. El exceso de peso ocupa el sexto lugar entre los factores de riesgo de defunción en el mundo, y de acuerdo con cifras publicadas en el 2015, cada año fallecen alrededor de 3.4 millones de adultos, de los cuales el 44% de diabetes, 23% de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de algunos cánceres que tienen relación con el exceso de peso (Dávila-Torres, Gonzalez-Izquierdo, & Barrera-Cruz, 2015), afectando no solo las cuestiones físicas, sino también aspectos psicológicos, psicosociales, productivos y económicos (OPS, n.d.).

Los hábitos de vida no saludables, entre los que se encuentra las frecuentes conductas sedentarias y la mala alimentación, provocan que la obesidad alcance altos índices de morbilidad y mortalidad desde la adolescencia (García, López, & Cruces, 2014), es por esto que la inactividad física se encuentra entre los principales factores de riesgo a nivel mundial (OMS, 2018). El exceso de peso es una consecuencia asociada a estos comportamientos (Barrera, Molina, & Rodríguez,

2013; Dávila-Torres et al., 2015) que son permutables y modificables (Malo Serrano, Castillo M., & Pajita D., 2017).

Todo parece indicar que las cifras, lejos de reducir, han aumentado en los últimos años. De acuerdo con el informe de la OMS actualizado al 1 de abril del 2020 se reportaron 1.900 millones (39%) de adultos, a partir de los 18 años, que presentan exceso de peso, de estos 650 millones (13%) eran obesos. Entre 1975 y 2016, la prevalencia mundial de obesidad se ha visto triplicada, volviéndolo no solo un problema propio de los países de ingresos altos, ahora es un problema de todos los países. En general, hay más personas con obesidad que con bajo peso y esto se presenta en todas las regiones, exceptuando algunas partes de África y Asia.

Promover la salud y establecer acciones de cambio conductual es fundamental, para ello es necesario comprender el comportamiento y las circunstancias que influyen en él, partiendo de la complejidad y de los múltiples factores que intervienen en los procesos de sanar y de enfermar. Por lo que se debe invertir para comprender y rediseñar prácticas para promover la salud y erradicar la enfermedad.

En Yucatán, los gobiernos, las instituciones y organizaciones, han realizado acciones al respecto, sin embargo, aún es insuficiente en poblaciones como los jóvenes en etapa universitaria, que se encuentran en edades consideradas fundamentales para el desarrollo de la salud futura (Organización Panamericana de la Salud, n.d.). La importancia de promover estilos de vida saludables en jóvenes universitarios, y concretamente en el Estado de Yucatán, es alta si somos conscientes que se encuentran en una época de plena independencia (alejada ya de los entornos y normas familiares que en ocasiones son fuentes de hábitos alimentarios insanos o sedentarios), donde se consolidan los hábitos basados en la autonomía, y donde se construyen los patrones comportamentales que los acompañarán en la vida adulta (Cuevas & González, 2015).

De ahí la importancia de promover estilos de vida saludables en jóvenes en etapa universitaria, particularmente aquellos que ya presentan exceso de peso (Cuadra-Martínez, Georgudis-Mendoza, & Alfaro-Rivera, 2012), pero también prevenir en aquellos jóvenes que no lo presentan por ahora. El presente trabajo pretende, por un lado, brindar información relacionada a las variables psicosociales involucradas en el cambio conductual, y por otro, la creación de programas específicos para jóvenes que promuevan una vida activa y saludable, relacionada con los hábitos alimenticios y la actividad física.

La psicología ha propuesto, en abundancia, variables que se relacionan con el cambio comportamental hacia conductas saludables, entre ellas las incluidas en la Teoría del Comportamiento Planeado (TCP), y son las que se abordarán en este trabajo, ya que a lo largo de los años se han utilizado con éxito dentro de los programas de cambio conductual saludable.

La presente investigación se justifica desde las teorías del cambio conductual, con el control de peso como conducta objetivo, a través de variables que impacten en comportamientos saludables, como la alimentación y la actividad física, que tienen relación directa con el exceso de peso.

Este documento de tesis está estructurado en un apartado de introducción y cuatro capítulos. En el presente apartado de introducción se describe la justificación y planteamiento del problema y el objetivo de investigación. En el capítulo uno se presenta la fundamentación teórica abordando las variables principales del estudio, así como las variables que son parte del objeto de investigación, describiendo desde temáticas como sobrepeso y obesidad, conductas relacionadas con la salud, actividad física y alimentación saludable, control de peso, profundizando en la Teoría del Comportamiento planeado.

El capítulo dos se enfoca en la metodología y resultados del diagnóstico, es decir, tipo de estudio y diseño, descripción de la muestra, definición de variables implicadas e instrumentos de medida, procedimiento y análisis de los datos, así como los resultados principales del estudio. En el capítulo tres, se presenta la propuesta de intervención describiendo la fundamentación, el escenario, los métodos y técnicas de intervención, la evaluación de este y los alcances y limitaciones esperados. Por último, en el capítulo cuatro se presenta la discusión y conclusiones del análisis de la propuesta de intervención contrastados con la teoría y con las investigaciones similares realizadas.

Planteamiento del problema.

La falta de actividad física regular caracteriza a un gran número de adultos, a pesar de conocerse las ventajas de salud físicas y mentales que esta actividad conlleva (Weinberg, R. & Gould, 1996). El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y la Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte (CONADE), en el año 2014, reportaron que el 56.2 % de los adultos mexicanos no hace ningún tipo de actividad física, es más, el 18 % de ellos nunca ha practicado alguna actividad deportiva.

En Yucatán, el 19.8% de los adultos se describen como inactivos, según los resultados de la encuesta ENSANUT del 2016. Considerando que el ejercicio y la actividad física son condiciones fundamentales para la pérdida de peso, como se ha presentado en diversos estudios con el mapa del sistema de la obesidad (*Obesity system map*), sobre todo en personas con exceso de peso, es que el movimiento corporal es una parte crucial para solucionar esta problemática (López et al, 2019; Suárez-Carmona, Sánchez-Oliver, & González-Jurado, 2017).

En México, de acuerdo con datos de la ENSANUT 2018, el 75% de la población de adultos a partir de los 20 años ya presenta algún exceso de peso, siendo un 78.8% en las mujeres y en un

73.0% en los hombres, es decir, parece ser que esta condición afecta a 7 de cada 10 adultos mayores de 20 años.

Es por ello que la Secretaría de Salud, a través de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, emitió en el 2016 y ratificó en el 2018, la Declaratoria de Emergencia Epidemiológica EE-4-2016 para todo el territorio mexicano, debido a la magnitud, frecuencia y ritmo de crecimiento del sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles (ENT), particularmente la diabetes mellitus (SS, 2016), es decir, se ha reconocido al exceso de peso como un problema de salud de gran importancia. Cabe recalcar que esta declaratoria es única en su tipo, es decir, en ningún otro país se ha declarado una emergencia epidemiológica por ENT y provocadas por el comportamiento humano, por lo que es través del cambio de ese comportamiento que podemos revertir la amenaza de salud.

Además del daño en la salud física, el exceso de peso también acarrea consecuencias perjudiciales en la economía. En México, en el 2008 se estimó que el costo de la atención de enfermedades causadas por el exceso de peso representó el 13% del gasto total en salud (42,000 millones de pesos), en 2012, el Instituto Mexicano para la Competitividad (IMCO) estimó que el costo del sobrepeso y obesidad oscila entre 82 y 98 mil millones de pesos (Antonio-Anderson, Félix-Verduzco, & Gutiérrez-Flores, 2020).

Como se puede ver la prevalencia de esta condición ha ido en aumento, y genera consecuencias negativas en la salud y economía de los países, en especial en México, y aunque se han implementado varias propuestas de intervención, a nivel social hay que comenzar por comprender que la salud y la enfermedad son procesos y estados multifactoriales y multideterminados, resultado de la interacción entre aspectos cognitivo-afectivo-emotivo-actitud-motivacionales, psicofisiológicos, conductuales y psicosociales. Es por esto, que el

principal foco de educación para la salud debe de estar encaminado al cambio de las conductas individuales, o los factores intrapersonales (Suárez-Carmona et al., 2017; Godoy-Izquierdo et al., 2020).

Desde la psicología, se han examinado diversas variables que parecen explicar o incidir en las conductas relacionadas a la salud y la modificación de los comportamientos no saludables. Para ello se han estudiado: las principales barreras hacia el cambio de comportamiento en adultos con exceso de peso (Burgess, et. al, 2017), el trastorno por atracones caracterizado por episodios recurrentes durante los cuales una persona siente una pérdida de control sobre su alimentación (American Psychiatric Association, 2013), el *locus* de control relacionado con el pronóstico del tratamiento y la impulsividad como el predictor más fuerte del sobrepeso (Sutin, Ferrucci, Zonderman, & Terracciano, 2011) y; finalmente, la imagen corporal como uno de los factores psicosociales altamente relacionados con las enfermedades que involucran un excedente de peso como es el caso de la obesidad (Abad et al., 2012; López Sánchez, Suárez, & Smith, 2018; Uribe-Carvajal, et. al., 2018).

Desde los modelos teóricos de la Psicología, se destacan dos modelos cognitivos y conductuales que explican las conductas relacionadas a la salud. La Teoría de la Acción Razonada y, posteriormente, la Teoría de la Conducta Planeada, sostienen que una conducta es producto de intenciones y que están determinadas por la actitud hacia la conducta, las normas sociales y el grado de control que el individuo posee sobre la ejecución de esa conducta.

Por su parte, la Teoría Social Cognitiva plantea como “los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, con base en las cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado” (Bandura, 1986, p. 373 en Bandura, 1999). Y de esta teoría el concepto de Autoeficacia es considerada, dentro de la psicología y las ciencias de la salud, como

un significativo predictor de conducta (Burgues et al, 2017), en especial relacionada con la salud (Reyes Jarquín & Hernández Pozo, 2012).

Desde los estudios empíricos, se han identificado estrategias efectivas. En un metaanálisis publicado en el 2014, se analizaron estudios empíricos sobre el control de peso, donde encontraron que las intervenciones enfocadas hacia la dieta son más efectivas que intervenciones que sólo utilizan a la actividad física como método de control. Y que las intervenciones que incluyen a la dieta y otros componentes, como los psicológicos, son más efectivas que sólo las enfocadas a la actividad física (Stephens, Cobiac, & Veerman, 2014).

Implementar intervenciones de promoción de la salud en jóvenes es fundamental ya que, de acuerdo con una declaratoria de la OMS en el 2014, estimo que el 70% de las muertes prematuras del adulto son ocasionadas por hábitos nocivos para su salud, establecidos en etapas anteriores de su vida dentro, de los que se encuentra la falta de actividad física y la alimentación no saludable. De aquí la importancia de promover estilos de vida saludables en los universitarios, ya que se considera una etapa de transición importante hacia la edad adulta (Campos-Uscanga, 2012; Carissimi et al., 2017a; Dávila-Torres et al., 2015).

Es por esto por lo que el objetivo general del presente trabajo de investigación es diseñar una propuesta de intervención dentro de los entornos universitarios que promueva el cambio de conductas saludables y actividad física en la juventud.

Justificación.

Este documento presenta una propuesta de intervención centrada en la salud ya que, de acuerdo con lo anteriormente presentado, se puede entender que la salud es y será, a lo largo de los años, un tema de alta relevancia social; y es por ello por lo que las ciencias a nivel mundial están tras esa búsqueda del obtener o mantener el bienestar y salud del ser humano. Sobre todo, hoy en día en donde la sociedad se encuentra en momentos críticos entorno a este tema.

Este trabajo, enmarcado desde la psicología, resulta importante ya que estudia las variables inmersas en los proceso de cambio de conducta que lo lleva a tener una mejor salud y calidad de vida, y si bien este cambio es de carácter urgente en población del estado de Yucatán, también es una problemática común en otros estados y países que han ido abandonando el movimiento natural y necesario del cuerpo humano, por lo que los resultados de este estudio pueden ampliar la comprensión de esas variables y aportar una metodología que sea aplicable en otros contextos.

A su vez, el énfasis de este trabajo en intervenir en cogniciones relacionadas al concepto de salud y enfermedad, tratando de buscar no solo la ausencia de enfermedad, sino de aumentar los recursos psicológicos para aumentar la calidad de vida y que puedan garantizar efectos más perdurables en el tiempo, proporciona un enfoque novedoso y alternativo a los que, tradicionalmente, se han incorporado desde otras disciplinas, como lo es la sola prescripción de la dieta y el ejercicio.

Afortunadamente se cuenta con mucha información teórica-científica que nos explique esta problemática del sedentarismo, y su relación directa con las enfermedades no transmisibles y daños a la salud, tanto en México como en el mundo. Sin embargo, aún no se cuenta con los estudios suficientes que giren en torno a intervenciones efectivas, que den solución a esta problemática, y mucho menos en la población universitaria, a pesar de que se considera una etapa fundamental

para el desarrollo de la salud futura. Es por ello por lo que esta propuesta busca aportar modelos de intervención en los entornos educativos de los jóvenes adultos.

Considerando que actualmente realizan sus estudios más de 26 mil jóvenes en programas educativos de bachillerato, licenciatura y posgrado de la máxima casa de estudios de Yucatán, esta propuesta de intervención podría servir de base para generar un impacto y considerar incluir el programa dentro de la currícula del plan de estudios en la cual podrían beneficiarse. Así mismo pudiera dar pie a que otras universidades del Estado, públicas y privadas, implementen el programa y beneficien a sus estudiantes, con la idea de ir generando cambios e impacto en la forma de pensar y actuar de la sociedad aportando a la mejora del rendimiento vital de las personas.

También puede servir de base para estimular mayores investigaciones en esta problemática, buscando incluso la estandarización y adaptación de los instrumentos propuestos en el programa, ya que actualmente se cuenta con instrumentos que evalúen las variables implicadas en el estudio, pero sin la adaptación cultural pertinente.

De la misma manera, si la propuesta de intervención se inserta dentro de la Universidad Autónoma de Yucatán, esta podría en un futuro incluir no sólo a los estudiantes, si no, igual considerar a los trabajadores docentes, administrativos y manuales, y ampliar el tema de salud no sólo considerando a la actividad física y la alimentación, si no también otras variables relacionadas como la sexualidad, higiene del sueño, relaciones interpersonales, entre otras; con vistas a que la Universidad sea considerada dentro de las Universidades Saludables, que ya se encuentran trabajando de manera aplicada en pro de la salud para una mejor calidad de vida.

Se lidera así el desarrollo de una cultura de la salud, al potenciar habilidades, competencias y conocimientos que promueven estilos de vida saludables e impacten no solo a los escenarios universitarios, también a todos aquellos entornos con quienes se interactúa; desde esta perspectiva,

se desarrolla una labor sinérgica con otros sistemas, además del educativo, como es el sistema de salud, el laboral y el sistema social en general. Permitiendo con esto mejorar la salud integral de las personas, y, por ende, al óptimo desarrollo del país.

Capítulo I. Antecedentes.

1.1 Salud y Enfermedad.

La salud y la enfermedad son aspectos vitales del ser humano, por lo que se ha intentado darle una definición conceptual y operacional desde el inicio de la humanidad, sin embargo, esto parece ser una tarea casi imposible, ya que, es un término multifactorial y multideterminado volviéndolos fenómenos complejos. No obstante, para fines de este estudio se considerará a la salud y a la enfermedad de la siguiente manera.

Salud.

La organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como: “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2006). Esta definición entró en vigor en 1948, sin embargo, a pesar de las críticas es la más conocida y aceptada globalmente (Herrero, 2016). Esta definición es difícil de operacionalizar, y por lo tanto medirla de manera objetiva, debido a su amplitud. Es por esto que Alcántara (2008) plantea que la salud dependerá de la capacidad del individuo para equilibrar su interacción con el entorno.

Enfermedad.

La OMS define enfermedad como “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible” (En Herrero, 2016). Siguiendo con perspectiva de Alcántara, podríamos decir que la enfermedad tendrá lugar siempre y cuando el

individuo no logre ese equilibrio con el entorno (de manera momentánea o duradera), considerando aspectos físicos, espirituales, bilógicos, económicos y sociales.

Así pues, se pudiera entender que la salud es un recurso fundamental para la vida diaria y no el propósito de la vida. En tal sentido, la salud y la enfermedad dejan de ser un fenómeno exclusivamente médico, es un tema que incluye a las ciencias sociales y del comportamiento (Alcántara, 2008; Herrero, 2016).

1.1.1 Beneficios de una buena salud.

Al hablar de salud física y mental van inmerso como resultado de estas contar con calidad de vida.

Calidad de vida

El término de calidad de vida hoy en día es un término relacionado con diversos contextos y disciplinas que afectan al ser humano, como son el político, económico, médico, educación, psicológico, social, entre muchos otros (García-Viniegras, 2005) es por esto, por lo que se le ha considerado un constructo multifactorial (Pineda, Zapata & Donado, 2013), ya que no existe una sola definición para este concepto, se considera una combinación de aspectos que van de lo objetivo hacia lo subjetivo (Ardila, 2003; Schwartzmann, 2003; González, et. al., 2014).

Sin embargo, la calidad de vida, tanto objetiva como subjetiva, tienen amplia relación con la salud, por lo que esta no debe ser vista como un componente más, sino como resultado de la interacción de los diversos factores, que pueden aumentar la calidad de vida y por ende la salud, o pueden disminuir la calidad de vida y generar la aparición de enfermedades (Pacheco, et. al., 2014; Lodoño & Velasco, 2015). Esto va de acuerdo con la definición propuesta por Schwartzamann quien define a la calidad de vida como “la propia valoración del individuo de acuerdo con su

condición física, emocional, y social, que manifiestan y reflejan el grado de satisfacción con su actual situación personal” (En Alpi y Quiceno, 2012).

Aunado a la condición física, emocional y social, diversos estudios han encontrado una asociación entre la obesidad y una menor calidad de vida percibida, estos individuos con un índice de masa corporal (IMC) más alta, tienden a reportar puntuaciones bajas en las medias relacionadas con la calidad de vida (Salazar-Estrada, et. al., 2016). De la misma manera, se ha demostrado que estar saludable te permite tener un mejor rendimiento académico, laboral y social, ya que ayuda a mantener y mejorar las funciones ejecutivas, las cuales son los procesos cognitivos que permiten al individuo desenvolverse de una manera independiente con ciertos comportamientos que lo dirigen a sus objetivos (Buccodos & Zubiaur-González, 2013; Bausela, 2014; Campos, et.al., 2016), ayuda a reforzar el sistema inmune para retrasar o prevenir la aparición de otras enfermedades y *per se* alargar los años de vida (Cantón Chirivella, 2001; Rosa & Olea, 2006).

1.1.2 Relación entre la salud física y la salud mental.

Siguiendo la definición de salud de la OMS, anteriormente presentada, es entendida como un estado saludable de bienestar, para esto se debe tener en cuenta la totalidad de la persona, o lo que es lo mismo, el estado general del cuerpo y la mente. El bienestar mental no puede separarse del bienestar físico. La salud y la enfermedad física y mental representan partes esenciales de la vida que están profundamente interrelacionadas.

Salud mental

La Organización Mundial de la Salud (2020), define a la salud mental como “un estado de total bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer contribución a su comunidad”.

Diferentes investigaciones han puesto de manifiesto la interrelación entre salud física y salud mental (Cantón, 2001; García, 2018; Bisquert et.al., 2020), habiéndose comprobado que la existencia de graves enfermedades físicas influye en el estado mental del afectado y su familia; al mismo tiempo, también se ha puesto de manifiesto la importancia que tienen la salud mental y la salud física en el bienestar global del sujeto y la sociedad.

1.2. Panorama general del exceso de peso.

Es por esto por lo que resulta sumamente importante prestar principal atención a la enfermedad del siglo XXI, la obesidad, la cual se encuentra afectando varias áreas del desarrollo óptimo del ser humano como son la física, psicológica y social, y, por ende, el óptimo desarrollo de los países.

El exceso de peso, es decir el sobrepeso y la obesidad en su conjunto, se ha incrementado sustancialmente volviéndolo hoy en día una pandemia a nivel mundial declarada por la OMS y la ONU. En el pasado y a lo largo de la historia, el aumento de peso y la conservación de este, era considerado símbolo de prosperidad y salud, no obstante esta misma condición hoy en día se ha vuelto una amenaza para la salud (Díaz & Gordón, 2017) es por esto por lo que la Clasificación Internacional de Enfermedades, clasificó el sobrepeso y la obesidad dentro de las Enfermedades No Transmisibles (ENT).

Este tipo de enfermedades se consideran de tipo patológicas de larga duración, relacionadas con los estilos de vida no saludables, siendo consideradas las principales causas de muerte, morbilidad, discapacidad y deterioro de la calidad de vida (Peña & Bacallao, 2001 en Díaz & Gordón, 2017). Los principales factores de riesgo a las ENT son: el tabaquismo, la inadecuada alimentación y la actividad física insuficiente (Chiesa & Gaspio, 2013).

El rápido crecimiento estadístico de la obesidad en la mayoría de los países del mundo representa una verdadera amenaza para el desarrollo de estos, afectando la calidad de vida de las personas que lo padecen y a sus familias (Barrera et al., 2013).

Tal como lo presenta Diaz (2017, p.91) “el obeso tiene una discapacidad. Este binomio: Discapacidad/obesidad, cada vez es más frecuente, y a edades más tempranas, lo que disminuye la calidad y cantidad de vida de la población”.

Tanto el sobrepeso como la obesidad son enfermedades caracterizadas por el aumento de grasa corporal y de una etiología multidimensional, en la cual se encuentran factores como: culturales, ambientales, de metabolismo y genética. Varios estudios que han demostrado una relación entre el aumento del Índice de Masa Corporal (IMC) y la presencia de complicaciones tanto físicas como psicológicas (Abad et al., 2012; Rosado et al., 2017; Salinas et al, 2018; OCDE, 2019)

A pesar de que existen muchos estudios que han expuesto el tema de la obesidad desde el punto de vista biológico, se ha visto que para completar su comprensión es necesario incluir el componente psicológico, el cual nos permite entender los principales comportamientos que se encuentran inmersos en esta condición como son: la alta ingesta calórica y el sedentarismo.

1.2.1. Desarrollo del exceso de peso.

El incremento de peso corporal es una secuencia gradual la cual suele iniciarse en las primeras etapas de vida, infancia y adolescencia (Barrera et al., 2013). La tendencia de la obesidad tiene una clara relación con la familia, en su mayoría los niños obesos son hijos de padres obesos, y ellos continúan con esos hábitos hasta a llegar a la vida adulta siendo obesos. Siendo un riesgo del 27.5% en varones y 21.2% en mujeres de presentar obesidad cuando los demás miembros de la familia son obesos (Ortiz et al, 2010).

La obesidad, como ya se ha mencionado, tiene un origen multifactorial en el que se involucran la susceptibilidad genética, los estilos de vida, la disminución del movimiento natural del cuerpo (sedentarismo) y las características del entorno, con influencia de diversos determinantes subyacentes, como la globalización, la cultura, la condición económica, la educación, la urbanización y el entorno político y social, como se ha presentado en diversos estudios con el mapa del sistema de la obesidad (*Obesity system map*) (ver figura 1). En este fenómeno, tiene un papel predominante tanto el comportamiento individual, como el entorno familiar, comunitario y el ambiente social (Dávila-Torres et al., 2015)

Los aspectos tanto físicos como sociales pertenecientes al ambiente, juegan un papel importante en el origen de la obesidad (Ortiz et al, 2010) Inclusive, anteriormente la obesidad se consideraba como un problema exclusivo de países de ingresos altos (Alcaraz, Ferrer & Parrón, 2015), sin embargo, el sobrepeso y la obesidad se encuentran en aumento en países en vías de desarrollo (Antonio-Anderson, Félix-Verduzco & Gutiérrez-Flores, 2020; OCDE, 2019) particularmente en zonas urbanas; ambos trastornos son un gran factor de mortalidad, presentándose alrededor de 3 millones de casos de muerte de adultos al año (OMS, 2020).

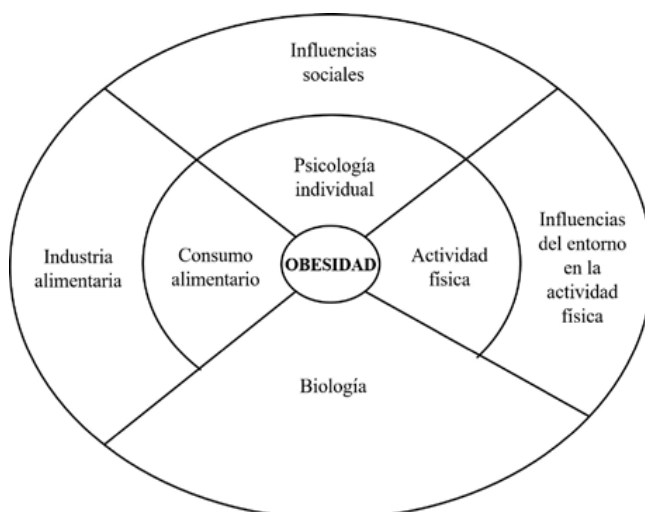


Figura 1. Foresight Obesity System Map 2007, modificado por Sánchez-Oliver 2017

Influencia del contexto.

La única manera de revertir el sobrepeso y la obesidad es cambiando conductas y hábitos a las personas, por lo que es importante entender y considerar el ambiente en el que los hábitos se desarrollan y en el cual pretenden modificarse.

Como lo dio a conocer Malo-Serrano y sus colaboradores (2017), en diversos foros y organismos internacionales se ha descartado el hecho de que los cambios de hábitos alimentarios y de actividad física pueden ser atribuidos solamente a una opción individual, meramente de las personas, sino que es algo que depende de diversas circunstancias que generan todo lo que es un ambiente obesogénico, y por esto se necesitan intervenciones que evolucionen de lo ya tradicional en educación en salud, y se lleve hacia un abordaje integral que modifique diversas aristas que producen este ambiente obesogénico.

Ambiente obesogénico

Se puede definir como la suma de las influencias que el ambiente, las oportunidades o las condiciones de vida, tienen en la promoción de la obesidad de los individuos o de las poblaciones (Lake & Townshend, 2006).

Un entorno obesogénico juega un papel fundamental a la hora de entender cómo se generalizan ciertos hábitos alimenticios y de actividad física en grandes grupos de gente. La evidencia más clara para detectar si un entorno es obesogénico o no, tiene que ver con la oportunidad de ingesta y de actividad física que ofrece a la población. Dicho de otra manera, se define a un ambiente como obesogénico cuando el ambiente construido y alimentario repercute en patrones que conducen a la acumulación de grasa corporal (Swinburn et al., 2011). El ambiente obesogénico puede abarcar una serie amplia de aspectos que incluyen la configuración física, las reglas socioculturales y el estatus socioeconómico (Lake & Townshend, 2006).

En México se ha estimado que el 85% de la publicidad en televisión es destinada a alimentos (Díaz et al., 2011; Pérez et al., 2010). Se caracterizan por el uso de celebridades y presentaciones llamativas y el uso del factor emocional para presentar la publicidad en programas, películas o videojuegos, incluso en internet; la promoción de alimentos y bebidas hipercalóricos se encuentra presente en prácticamente todos los ámbitos de la vida de las personas desde la televisión, la escuela, el trabajo, los diversos puntos de venta y en el transporte público (El Poder del Consumidor, 2014; INSP, 2014).

La cultura mexicana y la obesidad.

Una característica de la población mexicana es la propensión a la acumulación de grasa corporal (Román et al., 2013), esta característica aunada a los insumos alimenticios típicos de la región, predispone a los mexicanos a ganar peso, así como diversos desordenes metabólicos considerando que el genoma de la población mestiza mexicana contemporánea predomina el componente amerindio (Villa et al, 2008; Ojeda et al 2013 en Martínez-Espinosa, 2017).

Después del Tratado de Libre Comercio, gracias a la expansión de las vías de comunicación, se da la homogeneización de la oferta alimentaria y sin problemas de distribución; sin embargo, no se consideró el impacto a la salud que podría generar el ingreso de una nueva dieta. Esto colocaba a los individuos ante una oferta alimentaria a la que sus cuerpos no estaban acostumbrados. Individuos adaptados a una dieta cuyos componentes principales son el frijol, el maíz y el chile, tienen un organismo más susceptible a la acumulación de energía, lo cual puede conducir a una ganancia elevada de peso, sobre todo en las edades adultas (Martines-Espinosa, 2017).

Esto aunado a que la población urbanizada le atribuyó significados al consumo, que iban más allá de la mera necesidad alimentaria. El hecho de que los alimentos industrializados eran

consumidos primordialmente por las clases acomodadas dio pie a que dichos productos fueran asociados con bienestar, estatus y movilidad social (Bertrán, 2010).

Esto se vincula y da paso a nuestras creencias, las cuales facilitan, dificultan o prohíben el consumo de determinados productos, así como influyen en nuestros gustos y aversiones (Vargas, 2010). Por lo que la elección del alimento es más compleja que las simples preferencias innatas. En este sentido, el mejor predictor de las preferencias, hábitos y actitudes alimenticios de cualquier ser humano es la información acerca de su grupo cultural o étnico (Martínez-Munguía & Navarro-Contreras, 2015)

1.2.2. Consecuencias fisiológicas del exceso de peso.

La obesidad y el exceso de peso están asociadas con numerosos riesgos para la salud, la principal consecuencia relacionada al exceso de peso es que es considerada un alto factor de riesgo para diversas ENT, como lo son: enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus tipo 2, los trastornos del aparato locomotor, hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedades osteoarticulares y algunos tipos de cáncer -endometrio, mama, próstata y colon (García-García et al., 2008; López-Alarcón & Rodríguez-Cruz, 2008; Barquera- Cervera et al., 2010; Salazar-Estrada et al., 2016).

En consecuencia, se ha argumentado que la obesidad es ahora la segunda causa modificable de muerte prevenible (OMS, 2020), ya que se les atribuye 44% de la carga de diabetes, 23% de cardiopatías isquémicas y entre 7 y 14% de algunos cánceres que, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2012), son tres de las causas principales de mortalidad en el país. Posicionándolo en el sexto lugar entre los factores de riesgo de defunción en el mundo, cada año fallecen alrededor de 3.4 millones de adultos, el 44% de diabetes, 23% de

cardiopatías isquemias y entre el 7% y el 41% de algunos cánceres que tienen relación con el exceso de peso (OMS, 2014; Dávila-Torres et al., 2015)

Dependiendo de la edad y la etnia, la obesidad se asocia con una disminución de la esperanza de vida de entre 6 a 20 años, e incluso las personas con obesidad grave mueren 8 a 10 años antes que las de peso normal, al igual que los fumadores. Se estima que cada 15 kilogramos extras aumentan el riesgo de muerte temprana aproximadamente 30 % (Fanco, 2010 & Moyer 2012 en Dávila-Torres et al., 2015).

1.2.3. Consecuencias psicológicas y sociales del exceso de peso.

En los ámbitos psicológicos y sociales se pueden observar también consecuencias, pues la obesidad influye de manera negativa en la calidad de vida de los pacientes con obesidad (Gálvez et al., 2015; Alcaraz, Ferrer & Parrón, 2015; Prieto et al., 2015) y a pesar de que no es considerada como un trastorno mental, la relación que existe entre sobrepeso u obesidad y posibles alteraciones psicológicas, como depresión y ansiedad, han sido objeto de interés científico (Gálvez et al., 2015). De igual manera, el sobrepeso como la obesidad generan una alta insatisfacción corporal, la cual puede generar conductas no saludables de control de peso que puede desencadenarse en trastornos alimentarios (Alcaraz, Ferrer & Parrón, 2015; Cruz-Sáenz et al., 2016).

Las personas con sobrepeso y obesidad afrontan aquellos estigmas relacionados con la figura y el peso corporal, proveniente de las creencias de que las personas con obesidad son diferentes en términos conductuales y de personalidad, considerándolos con poca fuerza de voluntad y poco atractivos, todos aquellos comentarios negativos llegan a afectar la autoestima y de igual forma pueden llegar adoptar conductas alimentarias de riesgo (Santoncini, De León Vázquez, & Márquez, 2016).

A si mismo, a nivel psicosocial, se ha encontrado que las personas con esta condición tienen mayor probabilidad a presentar descontrol alimentario, ansiedad, manifestaciones depresivas, imagen corporal distorsionada, miedo a la vida social, a mantener relaciones sexuales, a la intimidad psicológica y afectiva de la vida en pareja (Silvestri & Stavile, 2005). Sin embargo, también hay evidencia de que las personas que tienen estos problemas muestran un punto ciego en relación con su problema de peso. Esta falta de conciencia podría ser mortal, ya que al no percibirse como obesas no prestan atención a las publicaciones sanitarias sobre esta condición y sus consecuencias (Charlotte, 2007 en Malo Serrano et al., 2017)

De la misma manera contar con un Índice de Masa Corporal (IMC) más alto se asoció con niveles más bajos de autoeficacia para la actividad física (Carissimi et al., 2017). Con respecto al IMC y la depresión, en un metaanálisis sobre depresión y obesidad se encontró que existe asociación bidireccional entre ambas: el 58% de los sujetos con depresión están en riesgo de presentar obesidad y el 55% de los sujetos con obesidad podrían desarrollar depresión (Luppino et. al., 2010).

Según lo reportado por Salinas y sus colaboradores (2018) el cortisol tiene una relación con el estrés que provoca hiperfagia, que es cuando la ingesta de alimentos no se relaciona con las sensación de hambre si no por algún componente psicológico. El exceso de cortisol durante el estrés estimula la ingesta de alimentos altos en grasa y en azúcares que inhiben el sistema límbico, aumenta la grasa abdominal y pudiera ser la causa de depresión en forma simultánea con alteraciones metabólicas (Morselli, et al., 2010; Shlisky et al., 2012; Bennett, Greene, & Schwartz-Barcott, 2013). De la misma manera el estrés se relaciona con la perdida de sueño, reducción en la actividad física, y aumento en la ingesta alcohólica, lo cual de la misma manera contribuye a la ganancia de peso (Harvard Health Publications, 2012; Sinha & Jastreboff, 2013).

Debido a estas consecuencias tanto físicas como psicológicas es importante conocer cuál es la prevalencia de la población que presenta esta condición.

Tabla 1.

Comorbilidad y complicaciones de la obesidad

Cardiovascular	Neurológico
Enfermedad cardiovascular aterosclerótica	Enfermedad vascular cerebral
Dislipidemia	Hipertensión intracraneal idiopática
Hipertensión	Demencia
Insuficiencia cardiaca congestiva	
Insuficiencia venosa	
TVP / embolia pulmonar	
Pulmonar	Trastornos musculo esqueléticos
Apnea del sueño	Osteoartrosis
Síndrome de hipoventilación	Limitación de la movilidad
Asma	Lumbalgia
Hipertensión pulmonar	
Disnea.	
Psicológico	Genitourinario
Depresión	Síndrome de ovario poliquístico
Baja autoestima	Alteraciones de la menstruación
Inadecuada calidad de vida	Esterilidad
Trastornos de la alimentación	Incontinencia urinaria de esfuerzo
	Enfermedad renal terminal
	Hipogonadismo / impotencia
	Glomerulopatía
	Cáncer
Gastrointestinal	Metabólico
Colelitiasis	Diabetes tipo II
Enfermedad por reflujo gastroesofágico	Intolerancia a la glucosa
Enfermedad de hígado graso no alcohólico	Hiperuricemia / gota
Hernias	Resistencia a la insulina
	Síndrome metabólico
	Deficiencia de vitamina D
Dermatológico	Cáncer
Acantosis nigricans	Mama
Estrías de distensión	Colon
Hirsutismo	Próstata
Estasis venosa	Uterino
Celulitis	
Intertrigo	

Fuente: Catenacci VA, HILL JO, Wyatt HR. *The Obesity Epidemic. Ciin Chest Med* 2009; 30:415-444.

1.2.4 Prevalencia del exceso de peso en adultos.

Estudios de la Organización Mundial de la Salud señalan que para el 2030 más de tres cuartas partes de las muertes serán a causa de las ENT, lo que representará el 66% de la carga de enfermedad mundial. En el continente americano el 77% de las muertes y el 69% de la carga de enfermedad se le atribuyen a las ENT (OMS, 2016, 2020).

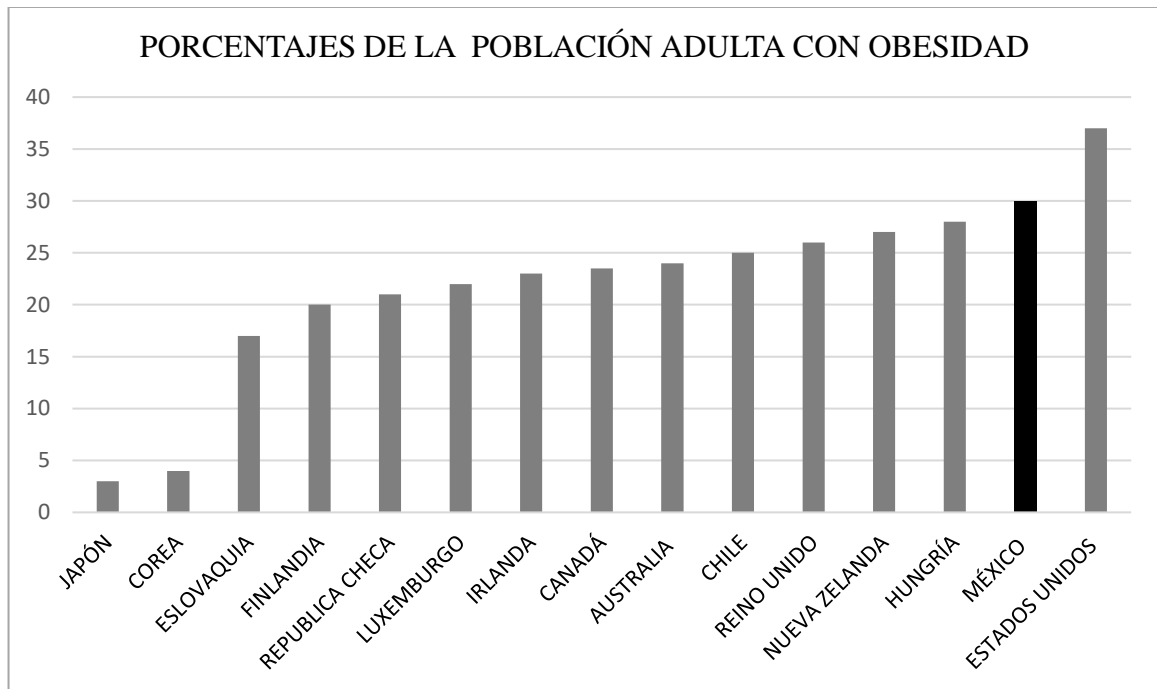


Figura 2. Porcentaje de población adulta con obesidad, países OCDE 2010 en Dávila-Torres et. al, 2015.

La OMS en el 2016, reporta que más de 1900 millones (39%) de adultos a partir de los 18 años ya presentaban sobrepeso, de los cuales más de 650 millones (13%) eran obesos. Entre 1975 y 2016, la prevalencia mundial de obesidad se ha visto triplicada, volviéndolo no solo un problema propio de los países de ingresos altos, ahora es un problema de todos los países. En general, hay más personas con obesidad que con bajo peso y esto se presenta en todas las regiones, exceptuando algunas partes de África y Asia (OMS, 2020).

Es por esto por lo que es alarmante el problema en México, ya que se posiciona de manera desfavorable dentro de los principales países con mayor porcentaje de población obesa, ocupando el segundo lugar (*ver figura 2.*) de prevalencia a nivel mundial en población adulta (Dávila-Torres et al., 2015). Siendo la prevalencia de sobrepeso más alta en hombres que en mujeres, mientras que la prevalencia de obesidad es mayor en las mujeres que en los hombres (*ver figura.3*).

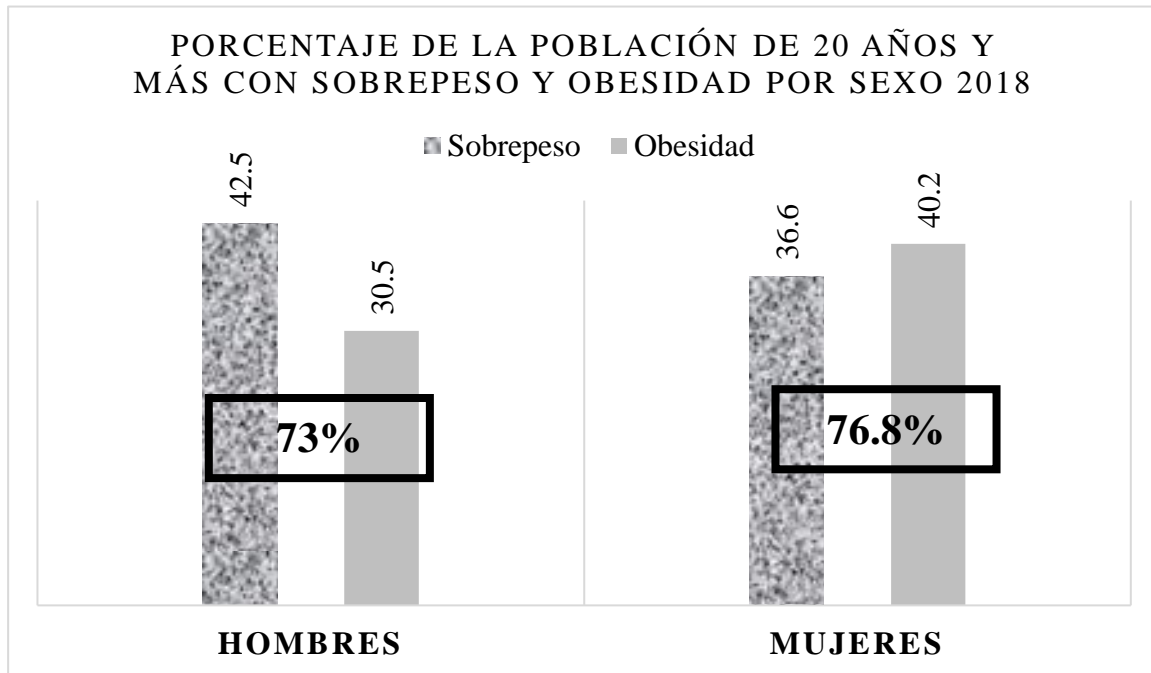


Figura 3. Resultados de la ENSANUT 2018.

Es por esta razón que en noviembre de ese mismo año la Secretaría de Salud, a través de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, emitió como emergencia sanitaria para México la Declaratoria de Emergencia Epidemiológica EE-4-2016 para todo el territorio nacional, debido a la magnitud, frecuencia y ritmo de crecimiento del sobrepeso, la obesidad y las ENT, particularmente la diabetes mellitus (SS, 2016). Cabe recalcar que esta declaratoria es única en su tipo, es decir, en ningún país se ha declarado una emergencia epidemiológica por ENT y provocadas por el comportamiento humano.

La misma declaración menciona que los costos en salud y productividad de este padecimiento asociado al sobrepeso y obesidad asciende a más de 85 mil millones de pesos anuales, cada año se pierden más de 400 millones de horas laborales asociados a estos padecimientos, lo que equivale a 184,851 empleos de tiempo completo.

Con respecto a los costos de la atención médica, se estima que el exceso de peso es responsable del 1 al 3% del total de atención médica en la mayoría de los países y que los costos aumentarán en los próximos años debido a las enfermedades relacionadas con la obesidad.

En México, se estima que el costo de la atención de estas enfermedades causadas por el exceso de peso tienen un coste anual de 240 mil millones de pesos (MDP) en 2017, sin embargo, aumentarán hasta alcanzar los 272 mil MDP en 2023 (Barrera et al., 2013; Dávila-Torres et al., 2015; Rivera et al., 2015). De igual forma, la diabetes mellitus genera costos financieros al sector salud público equivalente al 5.3% del PIB (OCDE, 2019).

En Mérida, la proporción de exceso de peso en adultos es de 77.9%, es decir 8 de cada 10 adultos padecen sobrepeso y obesidad (DIF Municipal 2018; OECD, 2020). Es por esto que ante la magnitud de los datos anteriores la declaratoria de emergencia menciona aplicar acciones que incluyen la promoción de la salud, educación en salud, atención, manejo clínico y control (SS, 2016).

1.2.5 Exceso de peso en Universitarios.

Los jóvenes representan el punto de inicio de la adultez, y en la búsqueda de su identidad, reciben constantemente poderosas influencias a través de su entorno social, que lo ayudarán a tomar decisiones respecto a su estilo de vida.

La vida universitaria se caracteriza por ser una etapa inmersa en cambios importantes, llegando a ser considerada un periodo de adaptación estresante, ya que, los jóvenes adultos se

suelen enfrentar a problemas con los que anteriormente nunca se habían topado; es una etapa de abandono parcial de los hábitos familiares. Con respecto al comportamiento, la etapa universitaria se identifica como un momento especialmente crítico ya que se dirigen hábitos nuevos y reforzar otros, ya sean buenos o malos, que de alguna manera van a repercutir en su vida futura (Moreno-Arrebola, et.al., 2019).

Es por esto que debemos considerar esta etapa como idónea para la adquisición de estilos de vida saludable (Chacón-Cuberos, et. al., 2018). En un estudio sobre estilos de vida y salud en estudiantes de psicología publicado en el 2010, concluyen que para esta población universitaria los mayores riesgos para la salud detectados se relacionan con la salud sexual y reproductiva, el sedentarismo, hábitos alimenticios, consumo de tabaco y alcohol (Castaño & Páez, 2010). Siendo los comportamientos poco saludables son la principal causa de morbilidad y mortalidad prematura en este grupo (Laura González, Cerreño-Aguirre, Monsalve-Alvarez, & Stella, 2017)

De acuerdo con el desarrollo humano, la etapa universitaria se liga con una fase de gran complejidad como es la adultez emergente. Según Arnett (2014 en Chacón-Cuberos, 2018) es una etapa que, si bien se han producido todos los cambios biológicos y madurativos correspondientes a esta etapa, aun no se han instalado por completo las características socio-afectivas y culturales propias de la adultez. Por esto resulta esencial el estudio y promoción de los hábitos físico-saludables en esta etapa, ya que esto podrá ayudar no solo a la mejora del estado en general, si no en el establecimiento de hábitos saludables que se repetirán en las etapas de desarrollo posteriores (López, Ahmed & Díaz, 2017; Chacón-Cuberos et al., 2018).

1.3. Principales conductas y conceptos relacionadas con el peso corporal.

Como se puede observar, el exceso de peso es un problema complejo que involucra principalmente dos comportamientos básicos que son: la sobreingesta alimentaria y el

sedentarismo (Gómez-Landeros, et.al., 2019). Estos pueden ser debido al acelerado ritmo de vida que hoy en día está existiendo, en el que bajo las frases “el tiempo es dinero” o “mientras más rápido mejor”, la sociedad invita a cubrir las necesidades alimenticias con un bajo tiempo para su consumo, por lo que las empresas de comida rápida han tenido cabida. Asimismo, los avances tecnológicos son una variable causal de la obesidad, ya que se encuentra altamente relacionado con el sedentarismo (Tamayo & Restrepo, 2014).

1.3.1 Estilo de vida actual

A menudo los cambios en los hábitos de alimentación y actividad física son consecuencia de cambios ambientales y sociales al desarrollo, y de la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud, agricultura, transporte, planeamiento urbano, medio ambiente, procesamiento, distribución y comercialización de alimentos y educación (Barrera-Cruz et al., 2013).

En este sentido, es importante identificar los factores que mejoran o disminuyen los esfuerzos individuales para que las personas controlen y/o manejen su peso. Dentro de los determinantes de salud definidos por Lalonde (1974) en su modelo de Laframbiose, entendiéndose como los factores que condicionan la salud de las personas la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y los sistemas sanitarios. Siendo los más influyentes en el estado de salud de las personas, los estilos de vida (Herrero, 2016).

1.3.2 Inactividad física

El no realizar lo mínimo requerido por el cuerpo de actividad física puede generar un alto porcentaje a padecer enfermedades cardiovasculares (Neville et al., 2010; Leiva et al., 2014; Barbosa, et.al, 2016) produciendo no solo un malestar físico, sino también, biológico, psicológico y social de la persona que lo padece (Eijsvogels & Thompson, 2015). A pesar de conocerse estas anomalías que trae la inactividad física, muchas personas todavía prefieren no realizarla aludiendo

razones como falta de tiempo, poca información sobre todo lo referente a la forma física, instalaciones insuficientes y fatiga.

Globalmente, el 23% de los adultos y el 81% de los jóvenes no son lo suficiente activos. En el 2010, casi un tercio de la población mundial fue categorizada como inactiva físicamente (Hallal et al., 2012). Cada año 3.2 millones de personas mueren por causas relacionadas a la inactividad física, siendo éste, el cuarto factor de riesgo de mortalidad a nivel mundial y la quinta causa de mortalidad solamente en adultos. En México, en el 2016, el Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico (MOPRADEF) del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), reveló que el 56% de la población mexicana mayor de 17 años era físicamente inactiva, en mayor medida aquellos que viven en áreas urbanas, siendo esta cifra más alta que la de noviembre de 2014 que era del 54.6% (INEGI, 2016; INSP, 2012; OMS, 2016).

Dada la prevalencia de la inactividad física y los costos de salud y sociales, la Asamblea Mundial de Salud recientemente ha adoptado combatir la inactividad física como un objetivo prioritario como una acción global para ayudar a controlar la creciente tasa de ENT (Lobelo, Stoutenberg, & Hutber, 2014).

En México este factor afecta al 56% de la población mexicana. La proporción de adultos que no cumplen con la recomendación de actividad física de la OMS <150 minutos de actividad moderada-vigorosa, aumentó de 56.7% a 60.5% de 2012 a 2016, siendo en esta última encuesta, mayor en hombres que en mujeres (69.9% a comparación del 51.2%) (Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud, 2016).

Sin embargo, estos conocimientos no son nuevos, ya que a principios de los 80's se detectó en Estados Unidos, que la falta de ejercicio estaba involucrada en la génesis de siete de las diez principales causas de muerte en ese país (Barrera, Molina & Rodriguez, 2013; Blasco, s.f, En

Sánchez & Góngora, 2009), a partir de ese momento, comienzan a estudiarse sistemáticamente las relaciones del ejercicio, no solamente en los trastornos médicos, sino también en las enfermedades de carácter psicológico, como la ansiedad, el estrés o la depresión.

Una comprensión clara de dichas razones por las que las personas a pesar de conocer las consecuencias de no realizar actividad física de manera regular siguen sin realizarla, pueden permitirnos a los profesionales en el área, desarrollar estrategias que contrarresten estos impedimentos

1.3.3 Sedentarismo

El sedentarismo es la falta de actividad física que el ser humano ha ido adoptando a su estilo de vida actual, esto podría ser debido a los cambios tecnológicos, sociales y culturales, lo que ha provocado un gran aumento en la adquisición de ENT (Varela et al., 2011; Lavielle-Sotomayor et al., 2014; SS, 2016; OMS, 2016; Romero, 2009). El sedentarismo es responsable de ganancia reciente de peso. *La American College of Sports Medicine* y la Asociación Americana del Corazón (ACSM / AHA) establece claramente que la cantidad recomendada de actividad aeróbica (ya sea de intensidad moderada o vigorosa) se suma a las actividades rutinarias de la vida diaria, tales como cuidados personales, caminatas casuales, o ir de compras, con menos de 10 minutos de duración, como caminar al estacionamiento o sacar la basura (Neville et al., 2010), haciendo este tipo de actividades diarias de manera diferente podría implicar reducciones en el tiempo sentado.

1.3.4. Malos hábitos de alimentación.

En el mundo, se ha producido un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos, que son ricos en grasa, sal y azúcares, pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes (OMS, 2017).

Esto podría ser explicado dado que a principio de los ochenta el refresco de cola había sido considerado como parte de la canasta básica de los mexicanos, debido al aporte calórico que representaba para la población con menos recursos (Contreras, 2016). Aunado a la extensa propaganda y homogeneización de la oferta hicieron de la comida industrializada un sector sumamente dinámico en este país entre 1960 y 1980 impactando en los comportamientos alimentarios, con notables diferencias por estratos sociales (Contreras, 2016)

Este comportamiento relacionado con la alimentación ha ido en aumento puesto que en el 2010 se estimó que el gasto en alimentos de escaso valor nutricional alcanzaba los 240 mil millones, en claro contraste con los 10 mil millones que se destinaban a los alimentos básicos (García, 2011). México llegó a ser uno de los mayores consumidores de alimentos y bebidas azucaradas altamente procesados del mundo y el primero en Latinoamérica, con una ingesta de 214 kg per cápita al año, en 2013. Cabe señalar que, entre 2000 y 2013, fluctuó entre el primero y el segundo lugar (OPS, 2015), específicamente hablando del consumo de bebidas carbonatadas, para 2014 el país ocupaba el cuarto lugar en la región, sólo después de Estados Unidos, Chile y Argentina, en cuanto al volumen de calorías que provenían de bebidas azucaradas (CSPI, 2016).

Si bien, con anterioridad se ha comentado la atribución de significados, la imitación o la imposición de patrones con respecto a la cultura y su relación social; la industria alimentaria ha hecho varias aportaciones que encajan con los cambios en la dinámica social derivados del acelerado ritmo del desarrollo del país, por ejemplo, un mejoramiento sensorial de los alimentos y los métodos de conservación de estos. Sin embargo, con el tiempo se verificaría que estas ventajas tenían su propia carga de riesgos. Si bien la prolongación de la vida de anaquel de los alimentos los hace más disponibles, el hecho de que sean altos en su contenido calórico redundaba en que se aporten grasas y azúcares y pocos nutrientes, además de que los aditivos para conservar o hacer

más atractivos los productos, están asociados en algunos casos con la presencia de cáncer o déficit de atención en los niños (Nicole, 2013).

Sin embargo, las emociones también son un factor que puede determinar la ingesta alimentaria, *la ingesta emocional*, se caracteriza porque la persona ingiere alimentos con el fin de disminuir emociones como el miedo, el aburrimiento, la tristeza, la ansiedad y la soledad (Schneider et al, 2010; Bennett et al., 2013; Mayo Clinic, 2012)

1.4 Actividad física para la salud física y mental.

La OMS (2017) define a la actividad física (AF) como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que requiere un gasto energético. La actividad física moderada realizada de manera regular como caminar, andar en bicicleta y subir las escaleras tiene beneficios significativos para la salud (Carlos & Li, 2010). La AF está presente en todo lo que las personas hacen durante las 24 horas del día, salvo dormir o reposar (Gómez, Jurado, Viana, Da silva & Hernández en Escalante, 2014), el grado en el que se realiza es objeto de estudio para las distintas profesiones de la salud ya que un menor o mayor grado de actividad física tienen efectos en la salud. Por lo que múltiples estudios, como el de Varo y sus colaboradores (2003), han puesto de manifiesto la estrecha relación entre los niveles bajos de AF y el desarrollo y mantenimiento de la obesidad.

Por su parte el ejercicio físico es una actividad física planificada, estructurada, repetitiva y con un objetivo, que puede servir como una herramienta preventiva e incluso curativa de las enfermedades no transmisibles y como un factor protector de la salud física y mental (Bisquert-Bover et. al., 2020). Ya que permite mejorar o mantener uno o más componentes de la condición física.

La OMS (2017) ha descrito los beneficios de la actividad física regular como los siguientes: mejora la condición física y la capacidad cardio-respiratoria, mejora la salud funcional y esquelética, disminuye la probabilidad de ataques al corazón, la presión arterial alta para prevenir accidentes cardiovasculares, diabetes, cáncer (incluyendo de colon y cáncer de mama), depresión y ansiedad; disminuye el riesgo de caídas y fracturas de cadera o fracturas vertebrales, mantenimiento o logro del peso corporal ideal, tener un índice y composición de masa corporal saludable.

A pesar del gran número de ventajas que ha demostrado tener la práctica de ejercicio, solo un reducido número de adultos que comienza un programa de actividad física mantienen su asistencia regular al mismo, es por ello por lo que existe hoy en día un gran número de población sedentaria. Algunas de las motivaciones para iniciar la práctica de la actividad física más relevantes son: a) el control de peso, b) reducción del riesgo de hipertensión, c) reducción de estrés y depresión, d) disfrute y e) socialización (Weinberg & Gould, 1996).

Cabe destacar algunos estudios que, bajo el marco de la promoción y mantenimiento de la salud a través de la actividad física, han demostrado importantes descubrimientos, entre los que se encuentra Morrow y colaboradores (2004) que demostraron que el simple conocimiento de los beneficios de la actividad física no facilita la realización de este. Por lo tanto, es necesaria la creación de programas psicoeducativos- prácticos de promoción de la actividad física que consideren todos los aspectos físicos, sociales, culturales y psicológicos ya mencionados.

1.5 Alimentación saludable

La alimentación es un concepto mucho más amplio que los conceptos de nutrición y de dieta, ya que engloba por una parte los procesos nutritivos y, por otra, la regulación y el control

dietético. Al mismo tiempo, involucra al marco social y cultural que tiene que ver con los comportamientos alimenticios y los estilos de vida (López-Espinosa & Magaña, 2014).

La alimentación saludable puede ser definida de acuerdo con la percepción de las personas. En tanto, hace referencia a consumir vegetales y frutas, carnes magras, bajos niveles de grasa, bajo consumo de sal y azúcar, aspectos de calidad como la frescura de los alimentos, que no sean procesados y que preferentemente sean caseros, así como el balance, variedad y moderación de los alimentos (Paquette, 2005).

Asimismo, se ha definido la alimentación saludable en cuanto al consumo de nutrientes necesarios, menos carnes rojas y productos procesados, mayor consumo de fibras y un balance de mayores vegetales y menos grasas (Margetts et al., 1997). La alimentación saludable está relacionada directamente con el objetivo de la pérdida o control de peso mediante la moderación y el balance de los alimentos.

1.6. Factores psicológicos relacionados con el peso corporal.

A continuación, se describirán algunos factores relacionados con el peso corporal que han sido estudiados desde la Psicología.

1.6.1 Barreras

Según el metaanálisis presentado por Burgess, et. al (2017) en el que incluyeron 24 artículos, encontraron que dentro de las principales barreras hacia el cambio de comportamiento en adultos con exceso de peso se encuentran los pensamientos negativos, las creencias y /o expectativas de peso, la insatisfacción corporal, la ansiedad del físico social, poca motivación, falta de tiempo, limitaciones físicas y de salud, falta de conciencia y falta de disfrute del ejercicio. Así mismo, contar con un IMC elevado fue identificado como un predictor de deserción al cambio comportamental de personas obesas.

1.6.2 Características de personalidad

Según un estudio publicado por la Asociación Americana de Psicología (APA) menciona que uno de los factores etiológicos de la obesidad podrían estar relacionados con la personalidad, las personas obesas con alto neuroticismo y baja conciencia tienen alta probabilidad de pasar por ciclos de pérdida y ganancia de peso durante toda su vida (Tamayo & Restrepo, 2014).

1.6.3 Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

El DSM-V proporciona los criterios de diagnóstico para diversos Trastornos entre la sección de Conducta Alimentaria se encuentran: pica, trastorno de rumiación, trastorno de la ingesta de alimentos por evitación/restricción, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracones (American Psychiatric Association, 2013). Este último es caracterizado por episodios recurrentes durante los cuales una persona siente una pérdida de control sobre su alimentación lo que la obliga a consumir compulsivamente cantidades inusualmente grandes de alimentos, con la percepción de no poder resistir la urgencia de hacerlo, sin que haya una conducta compensatoria después de los atracones por lo que, con el tiempo, la persona acaba sufriendo un problema de sobrepeso u obesidad (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2013).

1.6.4 Locus de control

Se refiere a la medida en que los individuos creen que pueden controlar los acontecimientos que les afectan; este locus puede ser interno o externo, si bien según lo reportado por Kellogg (2010), el locus de control no está relacionado con el tamaño corporal, si está relacionado con el pronóstico del tratamiento. Algunos estudios hallaron que el comportamiento de los individuos de peso normal y de individuos que perdieron y mantienen su peso normal, está determinado principalmente por factores internos, en tanto que el comportamiento de las personas obesas está principalmente controlado por señales externas o ambientales. Es por esto por lo que la

impulsividad es considerada el predictor más fuerte del sobrepeso (Sutin, Ferrucci, Zonderman, & Terracciano, 2011).

1.6.5 Autoeficacia

La autoeficacia es un constructo ampliamente estudiado dentro de la psicología, fue introducido por Bandura en 1977 dentro de la Teoría Social Cognitiva y definida como “los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, con base en las cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado” (Bandura, 1986, p. 373 en Bandura, 1999). Es considerada dentro de la psicología y las ciencias de la salud como un significativo predictor de conducta (Burgues et al, 2017), en especial relacionada con la salud (Reyes Jarquín & Hernández Pozo, 2012) y el rendimiento (académico, deportivo y laboral) (Nalda & Trens, 2016) en diversas poblaciones, incluso en la edad universitaria (Aguar, et. al., 2017;).

Se ha encontrado que aquellas personas con mayores niveles de autoeficacia se comprometen con mayor frecuencia en un programa regular de actividad física que aquellos con más bajos niveles de autoeficacia (Bray, et. al., 2001; Marcus, et.al., 1994 en Olivari & Urra, 2007; Burgess, 2017). Así mismo, ha sido estudiada como factor mediador en el éxito de los tratamientos para el mantenimiento de la pérdida de peso, como predictor de la intención de comer alimentos bajos en caloría, frutas y vegetales, y como variable a intervenir para lograr mayor pérdida de peso (Astudillo-García & Rojas-Russell, 2006; Martin, Dutton, & Brantley, 2004; Olivari Medina & Urra Medina, 2007).

1.6.6 Autoconcepto físico

El autoconcepto, es definido por De la Torre y colaboradores en el 2015 (p.58), como el “conocimiento o representación cognitiva que cada individuo posee con relación a sus características personales, atributos y limitaciones, se corresponde con la imagen que cada uno

tiene de sí mismo, sin la necesidad de someterse a comparación con otras personas”; mantiene importantes vínculos con la relación social que las personas establecen con sus contextos de referencia (Álvarez, Cuevas, Lara & González, 2015; Martínez & González-Hernández, 2018).

Una de esas esferas en las que la persona configura imagen de sí misma, es condición e imagen física (Casas et al., 2015; Goñi et al., 2004). Existen diversos modelos teóricos que explican el Autoconcepto Físico (AF), pero una de las más reconocidas y utilizadas es la propuesta por Fox y Corbien en 1989, donde es entendida como las creencias o percepciones que se tienen en el ámbito físico sobre la propia habilidad, la fuerza, el atractivo, la condición física, la competencia deportiva, entre otros (Esnaola y Revuelta, 2009 en Álvarez et al., 2015).

En relación con la actividad física y las conductas saludables el AF juega un papel muy importante ya que tiene una estrecha relación con el comportamiento humano, incluyendo las participaciones en actividades de promoción de la salud y prácticas deportivas (Álvarez Rivera et al., 2015; Reigal et al., 2012; Videra-García & Reigal-Garrido, 2013)

1.6.7 Percepción de la propia imagen corporal.

La imagen corporal fue descrita como "la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta" (Schilder 1935, p.46 citado en Vaquero-Cristóbal et al., 2013). Esto quiere decir, que está relacionada con las actitudes y valoraciones que el individuo hace de su propio cuerpo, las autopercepciones emiten autojuicios al evaluar sus dimensiones corporales pudiendo coincidir o no con las dimensiones reales.

En la consideración más distorsionada de la autopercepciones de la imagen física de sí mismas, las personas se perciben con alteraciones en la imagen corporal tanto por exceso-, la persona se observa con una imagen física mucho mayor de la que realmente tiene (e.g., anorexia, bulimia) como por defecto- la persona se observa con una imagen física de sí misma no peligrosa

o por debajo de los estándares de salud (e.g., IMC)- (e.g., obesidad, vigorexia) (Gardner et al, 1988 en Tamayo & Restrepo, 2014), incluso por complejo- la persona de no acepta la imagen que ve de sí misma (e.g., amputados, trastorno dismórfico corporal).

Es posible considerar por tanto, que la imagen corporal está compuesta por componentes tanto perceptuales, cognitivos, afectivos y conductuales (Vaquero-Cristóbal et al., 2013). Consecuentemente se vuelve uno de los factores psicosociales altamente relacionados con las enfermedades que involucran un excedente de peso como es el caso de la obesidad (Abad et al., 2012; López Sánchez, Suárez, & Smith, 2018; Uribe-Carvajal, et. al., 2018)

A partir del término de distorsión de la imagen corporal introducido por Brush en 1962, muchos investigadores se han visto interesados por fenómenos relacionados a los trastornos alimenticios. Desde entonces el concepto de imagen corporal se ha ido avanzado al punto de relacionarse como una experiencia psicológica de la corporalidad basada en múltiples aspectos, especialmente, pero no exclusiva, por la apariencia corporal propia; es un término que engloba autopercepciones y autoactitudes relacionadas con el cuerpo, incluyendo creencias, sentimientos y conductas (Sturman, et al., 2017).

En una revisión sistemática realizada por Weinberge y sus colaboradores (2016), reportan que la imagen corporal es un concepto clave que se ve afectado de manera negativa en la obesidad a través de la angustia psicológica subjetiva, fenómeno que está determinado por las experiencias sociales; que tienen influencia en la manera en que las personas se autoevalúan y experimentan su apariencia física. Estos ideales se suelen relacionar con ser decidido y tener autocontrol. Por tal motivo se hace frecuente identificar la insatisfacción corporal en personas con sobrepeso u obesidad.

Sin embargo, no todas las personas con esta condición son igualmente vulnerables a este problema. En este mismo metaanálisis y revisión sistemática los 17 estudios mostraron una insatisfacción corporal en el grupo con obesidad que en los grupos con normopeso, siendo las mujeres quienes presentan mayor insatisfacción con su imagen corporal, ya que los hombres suelen percibirse como grandes y fuertes en lugar de gordos. El tamaño del efecto vario de pequeño a grande en las muestras masculinas ($d=0.22-0.89$) y de mediano a grande en las muestras femeninas ($d=0.77-1.37$).

Se considera que, al tener una adecuada percepción del peso corporal, existe una mayor probabilidad de identificar potenciales riesgos a la salud y, por consiguiente, se logran acciones para su prevención o tratamiento, uno de los aportes importantes de este estudio es que se determina una relación favorable entre tener una adecuada percepción del peso corporal con la percepción de la probabilidad de desarrollar obesidad a corto plazo. De igual manera, tener obesidad (aunque no se la perciba así) pone en alerta a los individuos sobre la percepción de la probabilidad de desarrollarla, al igual que la percepción de no llevar una alimentación adecuada (Uribe-Carvajal et al., 2018).

1.7. Promoción del comportamiento saludable

1.7.1 Modelos de cambio conductual en salud.

Las teorías psicológicas han contribuido significativamente al conocimiento básico para guiar el desarrollo de nuevas intervenciones para la promoción, adopción y mantenimiento del ejercicio. A lo largo del tiempo los investigadores han examinado modelos cognitivos y conductuales que expliquen las conductas relacionadas a la salud. Por lo que a continuación se presentan algunas posturas que buscan explicar este fenómeno.

Tabla 2.

Teorías relacionadas al cambio conductual.

Nombre del modelo	Autores y fecha	Características generales	Asociación a la conducta del ejercicio
Modelo de creencias en la salud	Becker y Mainman, 1975; Rosenstock, Strecher y Becker, 1988	Establece que la conducta relacionada con la salud de una persona depende de la percepción que la persona tenga de cuatro áreas críticas: la gravedad de una posible enfermedad, la susceptibilidad personal a la enfermedad, los beneficios de tomar una acción preventiva y las barreras para tomar esa acción.	
Teoría de la Motivación por protección	Rogers, 1975	Esta teoría incorpora cuatro componentes: severidad de la amenaza, la probabilidad percibida de ocurrencia, la eficacia de la conducta preventiva prescrita y la autoeficacia percibida para realizar las conductas prescritas.	Sostiene que la auto-protección es un poderoso desencadenante de la conducta activa. En el ámbito de las motivaciones personales para la práctica de AF sería más complejo y la pretendida adherencia a la práctica de AF también se ve mediatizada por factores psico-sociales
Modelo de la participación en la actividad física	Sonstroem, 1978; Sonstroem y Morgan, 1989	Esta teoría sostiene que el aumento de la autoestima puede reforzar la atracción hacia la práctica de AF, lo cual a su vez está mediado por el aumento de la habilidad y de la aptitud física percibidas	
Modelo Transteórico	Prochaska y DiClemente, 1992; Prochaska y Marcus, 1994	Este modelo postula que la modificación de conductas saludables implica la progresión de los individuos a través de seis etapas dominadas precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento, las cuales suelen retomarse en varias ocasiones antes de lograr definitivamente el cambio conductual o terminar con el problema.	

Teoría de la Autoeficacia	Bandura, 1977 y 1982; Bandura y Adams, 1977	Según la teoría, la autoeficacia percibida influye en la intención de modificar la conducta de riesgo, en la cantidad de esfuerzo invertido para alcanzar esa meta y en la persistencia para continuar luchando a pesar de las barreras y los reveses que podrían debilitar la motivación (Albert Bandura, 1999). La autoeficacia es un constructo que alude a la confianza de la persona en su propia capacidad para llevar a cabo un comportamiento o conducta específica (p. ej., una conducta activa), y en la percepción de un incentivo para llevarla a cabo que resulte más poderoso que las expectativas negativas.
Teoría de la acción razonada	Ajzen, 1991; Ajzen y Fishbein, 1973; Fishbein y Ajzen, 1975	La Teoría de la Acción Razonada es propuesta por Fishbein y Ajzen (1980), ha sido utilizada para la explicación de la conducta del ejercicio físico y se funda bajo la premisa que la gente generalmente realiza conductas de manera intencional; de acuerdo con este modelo, las intenciones son el producto de las actitudes de las personas sobre una conducta en particular y la percepción de una norma subjetiva; esta norma subjetiva es producto de las creencias acerca de la opinión de los otros. Esta teoría es particularmente usada cuando la predicción de la conducta está relacionada con el control volitivo de la misma

Nota: Autoría propia basada en información bibliográfica

1.7.2. Teoría de la conducta planeada en intervenciones saludables.

La Teoría de la Acción Razonada es propuesta por Fishbein y Ajzen (1980), ha sido utilizada para la explicación de la conducta del ejercicio físico y se funda bajo la premisa que la gente generalmente realiza conductas de manera intencional; de acuerdo con este modelo, las intenciones son el producto de las actitudes de las personas sobre una conducta en particular y la percepción de una norma subjetiva; esta norma subjetiva es producto de las creencias acerca de la opinión de los otros.

Esta teoría es particularmente usada cuando la predicción de la conducta está relacionada con el control volitivo de la misma (Van Raalte & Brewer, 1996). En otras palabras, bajo la postura de la acción razonada, la conducta se nutre de la intención, la cual a su vez se deja influenciar por dos fuentes: las actitudes definidas por las expectativas de resultado y los valores asignados a los resultados; y las normas sociales donde se consideran las creencias normativas de los otros significativos y la motivación para cumplir (Rejnski, 1995).

Posteriormente, Azjen propone que la intención pudiera no ser el único predictor de la conducta en situaciones en las cuales el control de las personas sobre la conducta podría ser insuficiente, por lo que da pie al Modelo de la Conducta Planeada, en este modelo se incorporan las nociones de normas subjetivas y actitudes, sin embargo, también se considera la percepción de control del sujeto sobre la conducta (Van Raalte & Brewer, 1996).

De acuerdo con Blasco (s. f) la teoría de la acción razonada y posteriormente la teoría de la conducta planeada, sostienen que una conducta es producto de intenciones y que están determinadas por la actitud hacia la conducta, las normas sociales y el grado de control que el individuo posee sobre la ejecución de esa conducta. En un estudio de Downs y Hausenblas (2005) se demostró la efectividad de ambas teorías como dos modelos que explican la adherencia y mantenimiento del ejercicio.

Este modelo de la TCP se ha utilizado en diferentes ámbitos para explicar, predecir y comprender el comportamiento en temas como la planificación familiar, el alcoholismo, la pérdida de peso, el voto, etc. (Reyes Rodríguez, 2007; Smith y Biddle, 1999; Godin, 1993), debido a que nos permite tener mayor seguridad en la medición de los factores determinantes de la conducta, ya que, se toman en cuenta tanto factores endógenos como exógenos, tal como se requiere que se consideren para las intervenciones en el control del peso.

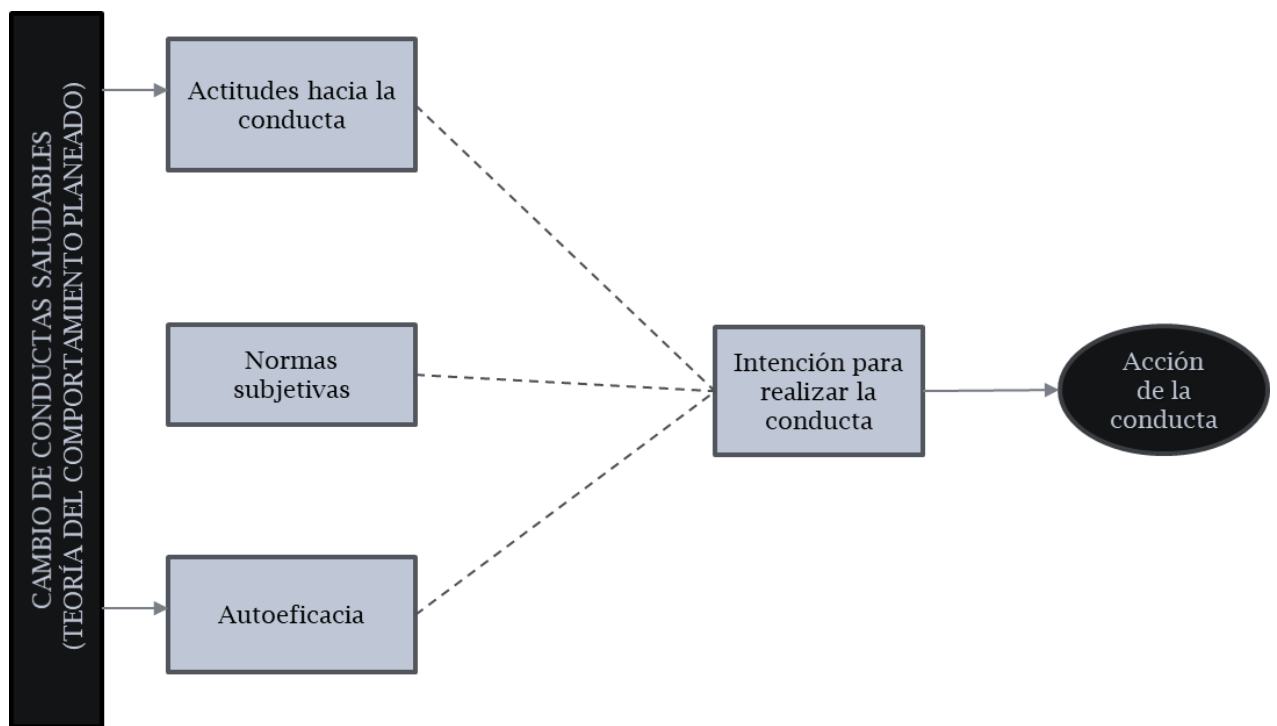


Figura 4. Modelo de la TAR y TCP de Azjen (1991)

El modelo de la TCP en este apartado se presenta de forma esquemática en la figura 4 (ver figura 4). Muestra como la TCP a través de una serie de constructos de intervención, encuentra el origen de la conducta detrás de las creencias del individuo. Cada paso sucesivo en esta secuencia desde la conducta hasta las creencias proporciona una explicación más comprensiva de las causas determinantes de la conducta (Reyes Rodríguez, 2007). La teoría del Comportamiento Planeado

se extiende a través de la teoría de Acción Razonada incluyendo el concepto de percepción del control comportamental. Tomada para esta investigación como el factor de autoeficacia.

Por tales motivos, esta es una teoría que se ha considerado bastante completa para explicar las razones hacia determinadas conductas de los seres humanos, a diferencia de las anteriores que consideran los factores internos y externos de manera aislada.

1.7.3 Programas de intervención en salud.

Relacionado con lo anterior, Stephens et al. (2014) realizaron una revisión sistemática y metaanálisis de la efectividad de las intervenciones en el período del 2004 al 2012 para reducir o prevenir el sobrepeso y la obesidad y mejorar la dieta y la actividad física, sugiriendo que la dieta y la actividad física fueron los componentes más comunes para varias intervenciones en distintos escenarios.

Intervenciones enfocadas solo en la dieta aparentan tener un efecto importante en la pérdida de peso, mientras que las intervenciones enfocadas solamente a la actividad física fueron consistentemente menos efectivas que las de la dieta o las intervenciones multicomponente. Además, la adición de algún componente psicológico mejoró la efectividad de las intervenciones en dieta y actividad física, es decir, las aproximaciones hacia la pérdida de peso que combinan dieta, actividad física y factores psicológicos son comúnmente referidas como el programa más conveniente de modificación del estilo de vida.

Se han realizado una variedad importante de tipos de intervenciones como programas hacia el cambio de dieta, tipo de actividad física en distintas duraciones e intensidades, así como el desarrollo de políticas de salud hacia las escuelas o lugares de trabajo. Además, se han enfocado en cambios en la comunidad (parques activos, concursos que implican alguna recompensa si se pierde peso), en el contexto escolar (desayunos saludables, etc.) o en el área laboral (programas de

activación, etc.) (Stephens et al., 2014). Sin embargo, aún hay muy pocos que logran presentar datos importantes con respecto al cambio de conducta sostenida en el tiempo, es decir, la adherencia al cambio de hábitos saludables.

Uno de los programas más conocidos en el territorio nacional mexicano es el programa *Ponte al 100*, propuesto en el 2013 por la CONADE en alianza con la industria refresquera Coca-Cola; reconociendo la falta de resultados de los Planes Nacionales de Activación Física de los tres sexenios precedentes. En noviembre de 2015, el programa llega a su fin, ante las dificultades implícitas en la logística del programa, que derivaban en un escaso interés de la población, además de las sospechas respecto a sus resultados, sin mencionar la imagen pública presentada de que el mismo gobierno estuviera condescendiente en hacer propaganda a los productos de la marca, en eventos encaminados a promover la salud, cuando se sabe que este producto es de los principales relacionados con el exceso de peso (Ochoa, 2016).

1.7.4 Promoción de vida activa y saludable dentro del entorno universitario

La promoción de la salud se lleva a cabo en muchos espacios diferentes y se parte de la base que “la salud es construida y vivida por las personas en su ambiente cotidiano, donde ellas trabajan, aprenden, juegan y aman” (Carta de Ottawa, 1986).

Por lo que las formas en que se produce difunden e intercambia el conocimiento en una sociedad están íntimamente ligadas a las instituciones universitarias que genera esa misma sociedad, quienes no sólo actúan como vehículos de ese conocimiento, sino que conforman y determinan la naturaleza de los saberes socialmente válidos y las instituciones sociales que los gestionan. La fuerte vinculación que guarda la educación con la salud se pone de manifiesto con el doble compromiso que tienen las universidades hoy en día, pues no se trata solamente de contar con lo más avanzado de la ciencia y la tecnología, o de tener un profesorado altamente competente

en su disciplina, sino de fomentar en los alumnos una serie de habilidades sociales que les permitan tomar las mejores decisiones respecto a su propio desarrollo (Pimentel y Busto, 2013).

Es en 1996 cuando se formalizan las primeras redes académicas-profesionales que impulsan acciones de formación de recursos humanos en promoción de la salud y educación para la salud (CIUEPS, 1996, en Pimentel y Basulto, 2013). De igual forma es también en los noventa que se dan los primeros pasos para formalizar el enfoque de Universidades Promotoras de la Salud, pasos que llevaron a la formación de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud en 2009.

En el Reino Unido hay 161 instituciones de educación superior (IES), la extensa fuerza de trabajo dentro de las universidades comprende 382.000 empleados y la población estudiantil es de 2,3 millones (HESA, 2014 en Newton, Dooris & Wills, 2016). Es importante destacar que los estudiantes que asisten a la universidad pueden estar en un punto de transición clave en sus vidas: vivir lejos de casa por primera vez y pasar de la infancia a la edad adulta sin el apoyo cercano de la familia, o tener que equilibrar las demandas competitivas del trabajo y la vida familiar con el estudio y la práctica académica. La universidad brinda la oportunidad de explorar y experimentar nuevas experiencias, desarrollar habilidades para la vida y desarrollar potencial. También es un lugar donde los estudiantes pueden aclarar sus valores, desarrollarse como ciudadanos globales y prepararse para sus futuros roles dentro de las comunidades, los lugares de trabajo y la sociedad en general (Newton, Dooris & Wills, 2016)

El Proyecto de Universidades Promotoras de Salud se construye desde sus inicios con la participación de la comunidad universitaria con el objetivo de mejorar las condiciones para la salud, la calidad de vida y el bienestar de todos los miembros de la comunidad. Las universidades son escenarios idóneos para implementar estrategias de mejora de los estilos de vida de sus

miembros, que además trasciendan a los espacios universitarios y afecten positivamente a la vida de las personas dentro y fuera de los campus.

Las redes de Universidades Promotoras de la Salud en América Latina se institucionalizaron en el año 2003, y tomaron forma de Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud en 2007, en el marco del III Congreso de Universidades Promotoras de la Salud desarrollado en Ciudad Juárez, México. En España se creó en 2008 la Red Española de Universidades Saludables con el objetivo de reforzar el papel de las universidades como entornos promotores de la salud y el bienestar tanto de sus estudiantes como de su personal y de la sociedad, liderando y apoyando procesos de cambio social (Martínez-Riera et al., 2018).

La presente revisión de antecedentes realza la importancia acerca de lo que se ha denominado Universidades Saludables (Zaborskis et al, 2007), que consiste en centros de educación superior que lideran procesos de promoción de la salud y prevención de factores de riesgo. Las universidades son escenarios muy sinérgicos para esta labor, dado el liderazgo que ejercen y propician, al cumplir su triple labor: como entornos laborales, centros educativos que forman a las nuevas generaciones y, adicional a ello, el liderazgo en el desarrollo del conocimiento mediante procesos investigativos que impactan a todo el grupo social (Muño & Cabieses, 2008).

Se lidera así el desarrollo de una cultura de la salud, al potenciar habilidades competencias y conocimientos que promueven estilos de vida saludables e impacten no solo a los escenarios universitarios, también a todos aquellos entornos con quienes se interactúa; desde esta perspectiva, se desarrolla una labor sinérgica con otros sistemas, además del educativo, como es el sistema de salud, el laboral y el sistema social en general.

Capítulo II. Metodología

El presente trabajo tuvo como propósito diseñar una propuesta de intervención para la promoción de conductas saludables y actividad física para la salud, a través del cambio de creencias, actitudes y el aumento de la autoeficacia e intención para el control de peso, en jóvenes universitarios. Por lo que se llevó a cabo un diagnóstico en población universitaria para conocer el estado de los factores psicológicos principalmente relacionados con el cambio conductual y adherencia a los hábitos saludables.

2.1. Objetivo general del diagnóstico

Identificar la relación del el IMC y el sexo en el nivel de autoeficacia para el control de peso, la percepción de la imagen corporal y el autoconcepto físico en una muestra de universitarios de la Ciudad de Mérida, Yucatán.

2.2 Objetivos específicos.

1. Identificar el nivel de autoeficacia para el control de peso en una muestra de universitarios.
2. Identificar el nivel de Autoconcepto físico en una muestra de universitarios.
3. Identificar la percepción de peso y de imagen corporal en una muestra de universitarios.
4. Contrastar la percepción de peso, percepción de imagen corporal y el IMC en una muestra de universitarios.
5. Identificar si existen diferencias en los puntajes medios en cada factor de las escalas de Autoeficacia y Autoconcepto físico por el sexo de los universitarios.

6. Identificar si existen diferencias entre los universitarios con normopeso y los universitarios con exceso de peso en los puntajes medios en cada factor de las escalas de Autoeficacia y Autoconcepto físico.
7. Conocer el grado de relación entre la Autoeficacia para el control de peso, el Autoconcepto físico y la percepción de la imagen corporal de acuerdo con el sexo y el IMC de una muestra de universitarios.

2.3. Pregunta de investigación.

¿Cuál es la relación entre el nivel de autoeficacia para el control de peso, la percepción de la imagen corporal, el autoconcepto físico y el IMC en población universitaria de la Ciudad de Mérida, Yucatán?

2.4. Hipótesis nula y alterna

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas entre la percepción corporal, autoconcepto y autoeficacia en relación con el sexo de una muestra de universitarios.

H1: Existen diferencias estadísticamente significativas entre la percepción corporal, autoconcepto y autoeficacia en relación con el sexo de una muestra de universitarios

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas entre la percepción corporal, autoconcepto y autoeficacia en relación con el IMC en una muestra de universitarios.

H2: Existen diferencias estadísticamente significativas entre la percepción corporal, autoconcepto y autoeficacia en relación con el IMC en una muestra de universitarios.

2.5. Diseño y tipo de estudio

Estudio de tipo cuantitativo exploratorio, no experimental transversal con un alcance descriptivo (Hernández-Sampieri, Fernández & Baptista, 2014).

2.6. Variables de estudio, definiciones conceptuales y operacionales

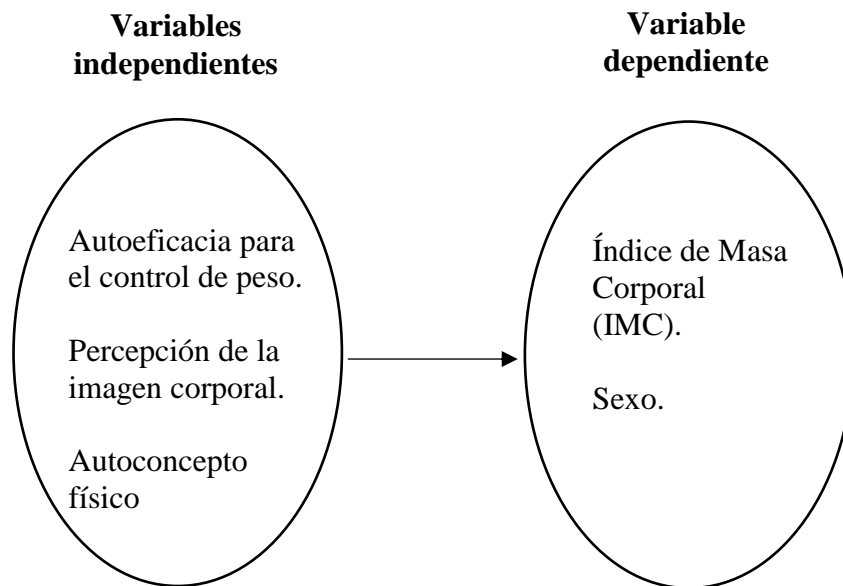


Figura 5. Presentación gráfica de las variables del estudio.

a) *Autoeficacia para el control de peso.*

Definición conceptual

La autoeficacia es definida como “los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, con base en las cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado” (Bandura, 1986, p. 373 en Bandura, 1999). En relación a esta definición, Bandura instituye tres aspectos, la fortaleza que se refiere a la disposición de la persona para iniciar una acción y mantenerla hasta alcanzar la meta deseada, el nivel que se refiere a que tan dispuesta está la persona a perseverar con sus esfuerzos dependiendo de la dificultad y exigencia de la tarea y la generalidad que se refiere a la medida en que las experiencias de éxito o de fracaso al realizar una actividad pueden ampliarse a otros dominios (Román et al., 2007).

Definición operacional

Puntuación obtenida de las respuestas brindadas por los participantes al instrumento de Autoeficacia para el Control de Peso (AP-CP) de Román y sus colaboradores (2007).

b) *Autoconcepto físico.***Definición conceptual**

El autoconcepto físico es entendido como las creencias o percepciones que se tienen sobre la propia habilidad, la fuerza, el atractivo, la condición física, la competencia deportiva, entre otros (Esnaola y Revuelta, 2009 en Álvarez Rivera, et. al, 2015).

Definición operacional

Puntuación obtenida de las respuestas brindadas por los participantes al Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF) de Goñi y sus colaboradores (2004).

c) *Percepción de la imagen corporal***Definición conceptual**

La imagen corporal descrita por Schilder (1935) como "la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta" (p.46) (citado en Vaquero-Cristóbal, et al, 2013). Esto quiere decir que está relacionada con las actitudes y valoraciones que el individuo hace de su propio cuerpo, las autopercepciones emiten autojuicios al evaluar sus dimensiones corporales pudiendo coincidir o no con las dimensiones reales.

Definición operacional

Figura indicada por el participante en las siluetas corporales diseñado de Stunkard y colaboradores (1983 en Bulik et al., 2001).

d) ***Índice de Masa Corporal (IMC).***

Definición conceptual

El índice de masa corporal (IMC) es el indicador internacional para evaluar estado nutricional en adultos cuando la población es muy grande, se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad (OMS, 2020)

Definición operacional

División del peso en kilogramos sobre la estatura del individuo en metros cuadrados

$$(IMC = kg/m^2)$$

2.7. Participantes

La muestra estuvo conformada por 303 universitarios, entre los 18 y 30 años, con una media de edad de 29.91 y una DE=2.40; donde 145 (47.9%) son mujeres y 158 (52.1%) hombres. Todos alumnos regulares actualmente matriculados en nivel licenciatura, pertenecientes a una universidad pública de la Ciudad de Mérida del estado de Yucatán, México.

2.8. Instrumentos y técnicas de medición

Para poder cumplir con los objetivos, preguntas e hipótesis de la investigación se utilizaron los siguientes instrumentos y métodos de evaluación.

Inventario de Autoeficacia Percibida para el Control de Peso (AP-CP)

Elaborado por Román, Díaz, Cárdenas, y Zoraide (2007). Consta de 37 ítems tipo Likert, con cuatro opciones de respuesta que oscilan del 1 “incapaz de poder hacerlo” al 4 “seguro de poder hacerlo”. El inventario se integra en tres factores los cuales se definen como se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 3.

Definición de los factores de la escala AP-CP

Factor	Significado conceptual
Estilo de Alimentación y Externalidad (EAYE)	Percepción de la capacidad para manejar aquellas conductas que caracterizan un estilo de alimentación, tales como el ritmo de ingesta, la elección de alimentos y la cantidad diaria de alimentos consumidos y por estímulos externos se consideran factores ambientales que pudieran controlar la ingesta, tales como la hora del día, el aspecto, el sabor y olor de la comida.
Autoeficacia para la Actividad Física Programada (AFP)	Percepción de la capacidad para realizar movimientos planificados y diseñados específicamente para estar en forma y gozar de buena salud. Incluye actividades como andar a paso ligero, montar bicicleta, ir al gimnasio, el aeróbic y practicar deporte.
Autoeficacia para la Actividad Física Cotidiana (AFC)	Percepción de la capacidad para realizar acciones de la vida diaria tales como andar, subir escaleras, hacer las tareas del hogar, ir de compras y trabajar

FueRomán, Y., Díaz, B., Cárdenas, M., & Zoraide, L. (2007). Construcción y validación del Inventario

Autoeficacia Percibida para el Control de Peso. Clín. Salud, 18(1), 45–56.

Cuestionario de Autoconcepto físico (CAF)

Elaborado por Goñi et al., (2009). Consta de 36 ítems tipo Likert, con cinco opciones de respuesta del 1 al 5 (“Falso”, “Casi siempre falso”, “a veces falso”, “Casi siempre verdadero” “Verdadero”). El inventario se integra en cuatro factores lo cuales se definen como se presentan en la tabla siguiente.

Tabla 4.

Definición de factores CAF

Factor	Significado conceptual
Habilidad física (F)	Percepción de cualidades para la práctica de los deportes, capacidad de aprender deportes, seguridad personal y predisposición ante los deportes.
Condición física (C)	Condición y forma física, resistencia y energía física, confianza en el estado físico.
Atractivo físico (A)	Percepción de la apariencia física propia, seguridad y satisfacción por la imagen corporal.
Fuerza (F)	Verse y/o sentirse fuerte, con capacidad para levantar peso, con seguridad ante ejercicios que exigen fuerza y predisposición a realizar dichos ejercicios.
Autoconcepto físico general (AFG)	Opinión y sensaciones positivas (felicidad, satisfacción, orgullo y confianza) en lo físico.
Autoconcepto general (AG)	Grado de satisfacción con uno mismo y con la vida general.

Fuente: Goñi, A., Ruiz, S., & Liberal, I. (2009). Propiedades Psicométricas De Un Nuevo Cuestionario

Para La Medida Del Autoconcepto Físico. Revista de Psicología Del Deporte, 13(2), 195–213.

Instrumento de siluetas corporales

Diseñado por Stunkard, et al. (1983 en Bulik et al., 2001), usado para medir percepción de peso. Consta de nueve figuras de siluetas corporales, tanto de hombres como de mujeres, la silueta 1 corresponde con delgadez ($IMC < 18.5$), las siluetas 2 a 4 con normopeso ($18.5 < IMC < 24.9$), la silueta 5 con sobrepeso ($25 \leq IMC < 29.9$) y siluetas 6 o superiores con obesidad ($IMC \geq 30$) (López Sánchez et al., 2018) (*ver figura 6*), Cuenta con una alta fiabilidad en correlación con el IMC.

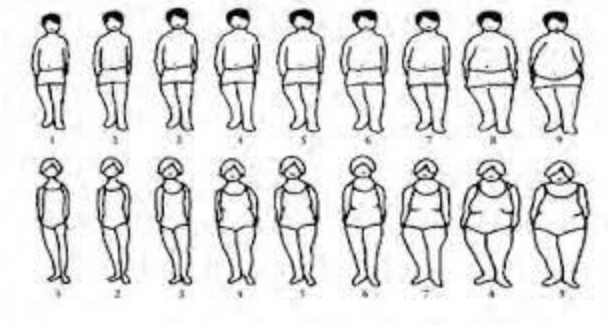


Figura 6. Siluetas corporales. Stunkard, A. 1990 en Soto, 2015.

Índice de Masa Corporal (IMC)

Para la obtención de las medidas del IMC se utilizó la *Báscula de Bioimpedancia TANITA modelo BC-418*. Siguiendo los lineamientos de la OMS (2020) presentados en la siguiente tabla, aunque para fines del estudio se utilizaron únicamente dos categorías principales, normo peso y exceso de peso que incluye los factores de sobrepeso y obesidad.

Tabla 5.

Clasificación del IMC

Categoría normativa	Niveles del IMC
Bajo peso	IMC < 18.5
Normo peso o peso normal	IMC 18.5 - 24.9
Sobrepeso	IMC 25 - 29.9
Obesidad	IMC >30.0
Obesidad grado 1	IMC >30.0 – 34.9
Obesidad grado 2	IMC > 35.0 – 39.9
Obesidad grado 3	IMC > 40.0

Fuente: World Health Organization. (2020). *Obesidad y sobrepeso*

Tabla 6.

Elementos principales de las escalas aplicadas.

Escala	Referencia	Adaptación	Número de ítems	Factores	Posición de los ítems
Inventario de Autoeficacia Percibida para el Control de Peso (AC-CP)	Román et al., 2007	---	37	Estilo de Alimentación y Externalidad (EAyE)	1,3,5,7,8,10,11,13,15,17,18,20,22,24,26,27,29,31,33,35
				Actividad Física Programada (AFP)	2,6,12,16,21,25,30,34,37
	Goñi et al., 2004	(Goñi et al. 2009)	36	Actividad Física Cotidiana (AFC)	4,9,14,19,23,28,32,36
				Habilidad física (HF)	1,6,17,23,28,33
Cuestionario de Autoconcepto físico (CAF)				Condición física (CF)	2,7,11,18,24,29
				Atractivo físico (AF)	8,12,19,25,30,34
				Fuerza (F)	3,9,13,20,31,35
				Autoconcepto físico general (AFG).	4,14,16,21,26,36
				Autoconcepto General (AG)	5,10,15,22,27,32

Fuente. Elaboración propia de revisión bibliográfica.

2.9. Implicaciones bioéticas.

El bienestar de las personas que participaron en la investigación tuvo prioridad sobre todos los demás intereses, promoviendo el respeto hacia los participantes, protegiendo su salud y derechos individuales. Cada uno de los participantes tuvo el derecho de recibir la información del propósito de la investigación basados en los artículos 47-49, 55-60, 65 y 68 del código ético del psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2013).

La investigación llevó un trabajo consistente, minimizando resultados erróneos, se protegió la información personal de todos los participantes, por lo que el proyecto se llevará a cabo por personas con la formación apropiada para llevar de manera profesional esta investigación. De igual forma se considera “La ley general de salud” (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2017) en base al artículo 4to de la constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos respetando el derecho a la protección de la salud, por lo que se busca promover, desarrollar y difundir investigación multidisciplinaria tal y como lo indica el artículo 96.

2.10 Procedimiento

Para el logro del objetivo de esta investigación diagnóstica se procedió a realizar las siguientes fases (*ver cronograma y evidencia fotográfica en anexos*):

Fase 1. Búsqueda de información y diseño del formato de aplicación de las escalas de medición.

En esta fase se realizó una búsqueda basada en documentación científica, utilizando principalmente bases de datos de investigación como: EBSCO, Redalyc, Dialnet, Google Académico, PubMed, ERIPLUS, IRIS, ELSIVIER, Scielo, Microsoft Academic, DOAJ, entre otras, para búsqueda de revistas y libros electrónicos; de la misma manera se utilizaron bibliotecas físicas como la del Campus de Ciencias Sociales, Económico, Administrativo y Humanidades de

la Universidad Autónoma de Yucatán y la de la Facultad de Psicología de la Universidad de Granada, y bibliotecas académicas virtuales de diversas universidades.

Una vez obtenida la información se seleccionaron los instrumentos más pertinentes para lograr el objetivo de investigación y se procedió a darle un diseño que permitiera unificar las escalas junto con el cuestionario de datos generales, creando un cuadernillo de aplicación en donde se presentó, en primera instancia, el consentimiento informado, el cuestionario de datos generales y las escalas de aplicación presentadas en el siguiente orden: 1. AP-CP, 2. Percepción de la imagen corporal y 3.CAF. Todo bajo el mismo formato de tipo de letra, interlineado y márgenes, incluyendo el escudo de la universidad bajo la cual se está realizando el estudio.

Fase 2. Delimitación de la muestra.

Se consideraron como criterios de inclusión los siguientes: ser mexicano, estar inscrito a alguna facultad perteneciente a la Universidad Autónoma de Yucatán, estar en nivel licenciatura, tener entre 18 y 30 años, realizarse las mediciones antropométricas posterior a la aplicación de las escalas y siendo el mismo día de la aplicación. Para las mediciones antropométricas se les solicitó a todos los participantes del estudio presentarse en ayuno de 8hrs, haber consumido suficiente agua durante el transcurso del día anterior a la prueba, no haber realizado ejercicio de fuerza en las últimas 24 hrs antes de la medición y acudir a las instalaciones con ropa deportiva (ligera). Y como criterios de exclusión: el que los participantes no hayan autorizado su participación voluntaria o no cuenten con los criterios de inclusión.

Fase 3. Gestión del escenario y material

Para realizar esta fase se solicitó a las facultades correspondientes la autorización por medio de oficios y entrevistas con los directivos, donde se solicitó el permiso del espacio para poder

aplicar los instrumentos y las mediciones antropométricas, así como también se explicó y especificó el procedimiento de aplicación, la duración y el motivo de esta.

De la misma manera, fue necesario realizar los trámites y solicitudes pertinentes con la coordinadora y responsable del Laboratorio de Psicofisiología de la Facultad de Psicología para el préstamo de la báscula de bioimpedancia utilizada en el estudio.

Fase 4. Reclutamiento y capacitación del equipo de aplicación

Para poder llevar a cabo la recolección de datos se requirió de un equipo de colaboradores conformado por 8 personas, por lo que se realizó un proceso de reclutamiento por medio de materiales de difusión y publicaciones por redes sociales. Al finalizar el proceso de reclutamiento de los colaboradores, ya se contaba con 7 estudiantes pertenecientes a la licenciatura en psicología, cursando actualmente el noveno o décimo semestre, y un estudiante de la maestría en psicología aplicada en el área del deporte, con Licenciatura en Nutrición.

Los estudiantes que participaron como colaboradores del estudio, asistieron a una junta informativa donde se les informó las características del estudio. Después de mostrar interés y aceptar sus cargos y responsabilidades, firmaron la carta responsiva sobre el manejo y confidencialidad de los datos. Se realizaron dos reuniones de capacitación, con duración aproximada de 2hrs cada una. El contenido de la capacitación fue: objetivo del estudio, sensibilización sobre el tema y la problemática a identificar, explicación correcta de aplicación del cuadernillo de medición y sobre el uso y manejo de la báscula de bioimpedancia, así como el proceso y manejo de los datos recabados.

Fase 5. Difusión y reclutamiento de participantes.

Para reclutar a la población objetivo se realizaron invitaciones difundidas por medio de redes sociales, invitación directa en los salones de clase y se establecieron puntos de inscripción al proyecto en las instalaciones de las facultades participantes.

Fase 6. Aplicación de las escalas de evaluación

La logística de las aplicaciones fue la siguiente: los participantes dejaban con uno de los miembros del equipo de colaboradores sus datos personales (nombre completo, facultad, celular y correo electrónico), posteriormente se les contactó para agendarles una cita, con día y fecha de aplicación, para que pudiera acudir con toda las medidas y condiciones necesarias. Todas las aplicaciones fueron realizadas en un horario de 8:00hr a 10:00hrs en grupos de 10 a 20 personas.

Los participantes llegaban a las instalaciones donde se realizaron las aplicaciones en el día y hora de su cita. Se les recordaba la información general del proyecto, se les leía el consentimiento informado, se resolvían dudas y preguntas relacionadas con el estudio, y se les invitaba a firmar el consentimiento informado. Posteriormente, se les explicaba la forma de responder las escalas y se les daba el tiempo suficiente para responder; y siempre hubo un miembro colaborador del equipo para solucionar posibles dudas. Por último, pasaban a realizarse las mediciones antropométricas, las cuales una vez obtenido el resultado de estas se les daban a conocer, y se les ofrecía información sobre su composición corporal actual (peso, talla, IMC, porcentaje de grasa, masa magra y circunferencia de cintura), de manera gratuita y explicada por un profesional del área de nutrición. El tiempo aproximado de recolección de datos por sujeto fue de aproximadamente 15 min.

Fase 7. Captura y análisis

Para la captura y análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS V.23, donde se capturaron datos nominales, ordinales y escalares respectivamente. Una vez capturados todos los datos se pasó a la limpieza de la base y a la exclusión de los sujetos que no cumplieron con los criterios de inclusión.

Se realizaron análisis estadísticos descriptivos y correlacionales, se obtuvo la consistencia interna por medio del alfa de Cronbach de cada uno de los factores de las escalas, así como se obtuvieron las medias y desviaciones estándar necesarias.

Fase 8. Redacción de resultados

Una vez realizados los análisis estadísticos se prosiguió a la redacción de los resultados utilizando una redacción en prosa y el uso de gráficas y tablas para su mayor comprensión.

2.11. Informe de resultados de la evaluación diagnóstica.

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos en las cuatro pruebas, primero se presentarán los descriptivos y posteriormente los análisis inferenciales. Para dar respuesta a las preguntas de investigación sobre variables psicológicas implicadas en el cambio y adquisición de conductas saludables.

2.11.1. Análisis descriptivo.

El total de participantes eran alumnos inscritos regulares a una facultad perteneciente a la Universidad Autónoma de Yucatán, las cuales estuvieron distribuidas de la siguiente manera (*Ver Tabla 7*).

Tabla 7.

Características sociodemográficas de la muestra

Variable		F	%
SEXO	Hombres	158	52.1
	Mujeres	145	48.9
TOTAL		303	100
FACULTAD	Antropología	1	.3
	Contaduría y Administración	2	.6
	Derecho	2	.6
	Economía	2	.6
	Ingeniería	139	48.9
	Ing. Química	3	.9
	Matemáticas	1	.3
	Medicina	8	2.6
	Odontología	1	.3
	Psicología	76	25
	Química	21	6.9
	Veterinaria	16	5.3
	Valores Perdidos.	29	9.6
TOTAL		303	100

Del total de participantes (303), el 50.50% (153) universitarios ya cuentan con un exceso de peso, siendo 33.3% (101) con sobrepeso y 17.2% (52) con obesidad, mientras que el 49.50% (150) cuentan con un peso dentro del rango de los normal o inferior, 47.5% (144) en normo peso o peso normal, y 2% (6) con delgadez.



Figura 7. porcentaje de estudiantes de acuerdo con el IMC

En cuanto a la percepción de la imagen corporal se identificó que prácticamente el 50% de la población se ubica en normopeso o menor a este y el otro 50% se ubican con exceso de peso. El 46.2% (140) de personas se ubican en la categoría de normopeso o el peso “normal”, seguidos de un 35% (106) estudiantes que se ubican en obesidad, el 14.5% (44) se ubican en sobrepeso y el 4.3% (13) en delgadez.

Tabla 8.

Percepción de la imagen corporal clasificado por IMC

Categoría	F	Porcentaje
Delgadez	13	4.3%
Normopeso	140	46.2%
Sobrepeso	44	14.5%
Obesidad	106	35%

Al hacer la comparación de estos datos por sexo podemos observar que no existen diferencias entre la percepción de peso y el índice de masa corporal (IMC) real, sin embargo, se

puede apreciar que en ambos sexos las personas que presentan exceso de peso se perciben con más peso del que realmente tienen.

Tabla 9.

IMC y peso percibido por sexo

Sexo		IMC		Peso percibido	
		<i>F</i>	%	<i>F</i>	%
Mujer	Delgadez	2	1.4	4	2.8
	Normopeso	79	54.5	76	52.4
	Sobrepeso	44	30.3	17	11.7
	Obesidad	20	13.8	48	33.1
	TOTAL	145	100	145	100
Hombre	Delgadez	4	2.5	9	5.7
	Normopeso	65	41.1	64	40.5
	Sobrepeso	57	36.1	27	17.1
	Obesidad	32	20.3	58	36.7
	TOTAL	158	100	158	100

Se les preguntó a los estudiantes con formatos de una sola pregunta de tipo cuestionario si solían realizar algo para el control de su peso y si solían realizar ejercicio físico de manera regular cumpliendo con lo mínimo requerido por la OMS que son 150min a la semana, a lo que se obtuvieron las siguientes respuestas.

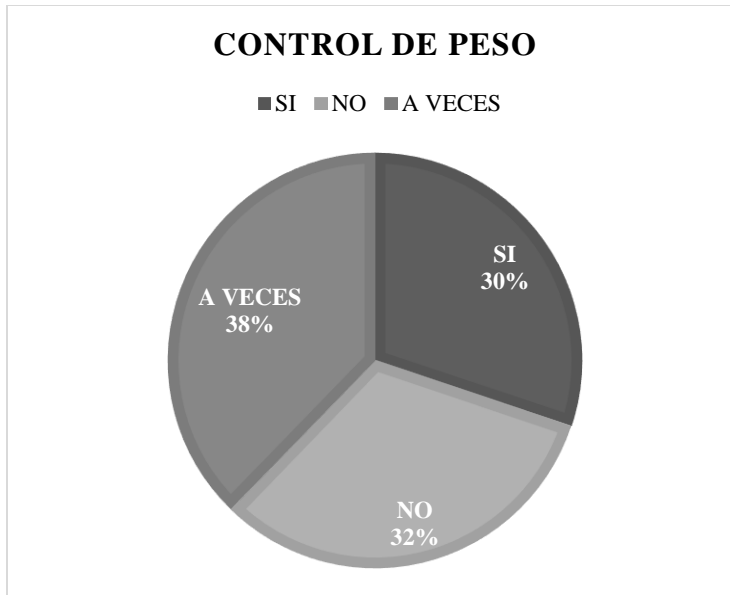


Figura 8. Frecuencia de la muestra sobre el control de peso

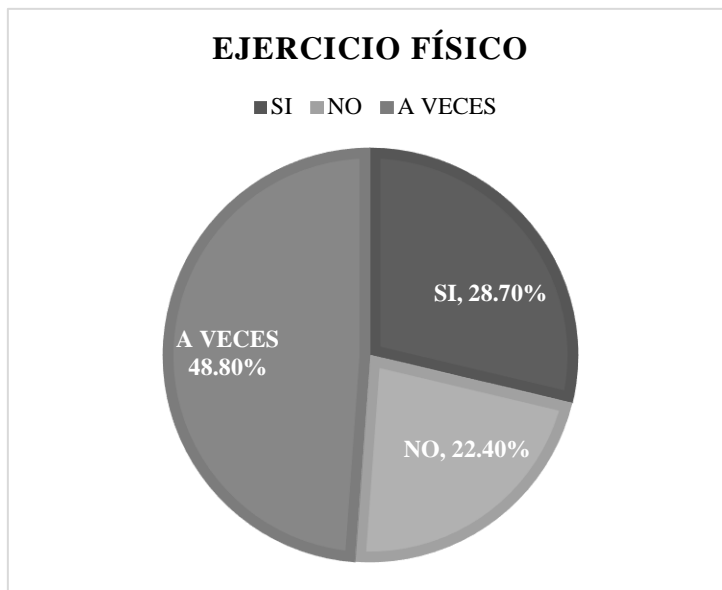


Figura 9. Frecuencia de la muestra sobre ejercicio físico regular

Lo que nos permite distinguir que el 70% no realiza acciones para el control de su peso y 71.2% no realiza ejercicio físico de manera regular, lo que quiere decir que de la muestra, 212

universitarios reportan no estar llevando a cabo de manera regular conductas para el cuidado de la salud.

Se realizó un análisis descriptivo con el objetivo de identificar los valores medios, la desviación estándar y la validez con el coeficiente de alfa de Cronbach para cada una de las dimensiones de las escalas utilizadas. En general ambas escalas presentaron alfas elevadas en la población estudiada el Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF) reporto un alfa = .93 una M= 116 y una DE= 23.43 y la escala de Autoeficacia percibida para el control de peso (AP-CP) reporto un total de .93, una M= 114 y una DE=17.54.

En cuanto al AP-CP se puede identificar que dentro de sus principales dimensiones la que obtiene mayor consistencia interna es la dimensión de estilo de alimentación y externalidad (EAYE) con un alfa =.91, seguido de la dimensión de actividad física programada (AFP) con un alfa= .89 y por último la dimensión de actividad física cotidiana (AFC) con un alfa = .83. Todas las dimensiones ubicadas arriba de la media aritmética (2.5) teniendo la puntuación media más alta el AFC, seguida del AFP y por último el EAYE (*ver tabla 10*).

Tabla 10.

Análisis descriptivo del AP- CP

Dimensión	N de elementos	M	DE	de Cronbach
Estilo de Alimentación y Externalidad (EAYE)	20	2.95	.56	.91
Actividad Física Programada (AFP)	9	3.12	.61	.89
Actividad Física Cotidiana (AFC)	8	3.31	.54	.83

En cuanto al CAF la dimensión que tiene mayor consistencia interna es la dimensión de Habilidad física (HF) con un alfa igual a .81, seguida de la dimensión de Fuerza (F) con un alfa = .78 y posterior a esta, se encuentran con un alfa = .77 las dimensiones de condición física (CF),

atractivo físico (AF) y autoconcepto físico general (AFG) y por último se encuentra el autoconcepto general con un alfa = .72.

Todas las dimensiones se ubican arriba de la media aritmética (3) a excepción de la dimensión de condición física. Empezando con la que tiene un valor medio mayor la dimensión de AG, seguido de AFG, AF, HF, F y por último CF.

Tabla 11.

Análisis descriptivo del CAF

Dimensión	N de elementos	M	DE	de Cronbach
Habilidad física (HF)	6	3.17	.90	.81
Condición física (CF)	6	2.95	.78	.77
Atractivo físico (AF)	6	3.33	.79	.77
Fuerza (F)	6	3.02	.80	.78
Autoconcepto físico general (AFG)	6	3.36	.83	.77
Autoconcepto General (AG)	6	3.51	.82	.72

2.11.2. Análisis inferencial.

Para conocer si existen diferencias entre las medias del cuestionario de autoconcepto físico (CAF) por sexo se realizaron análisis comparativos para muestras independientes con una t de Student. Se encontró que, de acuerdo con las puntuaciones medias de los factores del CAF entre sexo, todos los factores salieron significativos con una $p < .01$ siendo los hombres quienes puntúan con una media más alta que las mujeres a excepción del atractivo físico (AF) que no se reportó como estadísticamente significativo sin embargo de la misma manera los hombres reportan una media más alta.

Tabla 12.

Diferencias por sexo en los puntajes del CAF

	Hombres		Mujeres		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>Cohen d</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
HF	3.41	.85	2.91	.89	-4.87	.000**	-.49
CF	3.13	.76	2.75	.76	-4.31	.000**	-.38
AF	3.40	.75	3.25	.82	-1.61	.108	-.14
F	3.29	.73	2.71	.76	-6.62	.000**	-.57
AFG	3.48	.83	3.23	.82	-2.61	.009**	-.25
AG	3.65	.80	3.35	.82	-3.16	.002**	-.29

p* < .05. *p* < .01.

Se realizó el mismo análisis con los factores de la escala de Autoeficacia para el control de peso (AP-CP) donde se encontró que de la misma manera la mayoría de las dimensiones se reportan significativas con una *p* < .01 a excepción del factor de estilo de alimentación y externalidad (EAyE) que es significativo con una *p* < .05 siendo los hombres quienes tienen una puntuación media más alta que las mujeres en todas las dimensiones.

Tabla 13.

Diferencias por sexo en los puntajes del AP-CP

	Hombres		Mujeres		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>Cohen d</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
EAYE	3.02	.52	2.88	.59	-2.15	.032*	-.13
AFP	3.24	.57	2.97	.62	-3.92	.000**	-.26
AFC	3.40	.46	3.21	.60	-3.18	.002**	-.19
AP_CP TOTAL	3.16	.41	2.97	.51	-3.33	.001*	-.18

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Para saber si presentaban diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes medios de los estudiantes con normopeso y los estudiantes con sobrepeso se utilizó un análisis comparativo para muestras independientes donde se encontró que en el Cuestionario de autoconcepto físico (CAF) hay diferencias estadísticamente significativas en los factores de atractivo físico (AF), fuerza (F) y autoeficacia física general (AFG), siendo las medias más altas de las personas con normopeso a excepción de F que la media más alta la presentan las personas con exceso de peso (*ver tabla 14*). Sin embargo, en el cuestionario de Autoeficacia para el control de peso (AP-CP) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los universitarios con normo peso y exceso de peso en ninguna de las dimensiones que conforman la escala (*ver tabla 15*).

Tabla 14.

Diferencias en el CAF entre estudiantes con normopeso y exceso de peso.

	Normopeso		Exceso de peso		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>Cohen d</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
HF	3.16	.92	3.19	.88	-.24	.808	-.02
CF	3.04	.81	2.87	.75	1.83	.067	.16
AF	3.49	.78	3.17	.76	3.55	.000**	.31
F	2.86	.81	3.17	.76	-3.37	.001**	-.30
AFG	3.52	.82	3.21	.82	3.27	.001**	.31
AG	3.59	.86	3.43	.77	1.75	.087	.16

** $p < .01$.

Tabla 15.

Diferencia en el AP-CP entre estudiantes con normopeso y sobrepeso

	Normopeso		Exceso de peso		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>Cohen D</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
EAYE	2.98	.57	2.93	.54	.77	.438	.05
AFP	3.11	.63	3.12	.58	-.03	.969	-.00
AFC	3.31	.56	3.30	.52	.17	.858	.01
AP_CP TOTAL	3.08	.49	3.06	.46	.52	.603	.02

Se realizó un análisis de relación entre las puntuaciones medias de cada factor del CAF y el AP-CP por medio del coeficiente de correlación de Pearson y se encontró que todas las dimensiones se correlacionan significativa y positivamente con una $p < .01$ a excepción de la relación entre el HF y el AFC que correlacionan significativa y positivamente con una $p < .05$.

Tabla 16.

Correlación las dimensiones del CAF y las del AP-CP

		CAF					
		HF	CF	AF	F	AFG	AG
	EAYE	.173**	.283**	.282**	.268**	.251**	.177**
AP-CP	AFP	.374**	.575**	.277**	.513**	.301**	.175**
	AFC	.116*	.305**	.214**	.274**	.221**	.153**

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Se realizó un análisis de relación con el coeficiente de correlación de Spearman entre las puntuaciones obtenidas del índice de masa corporal (IMC) y la percepción de peso donde se encontró que estos factores se correlacionan significativa y positivamente con una $r=.707$ y una $p < .01$. Al hacer la comparación por sexo (*ver tabla 17*) se encontró que la correlación es de la misma manera positiva y significativa para ambos sexos. Sin embargo, al hacer la correlación entre los estudiantes con normo peso y sobrepeso encontró correlación entre la percepción de peso y el IMC escalar únicamente en las personas con exceso de peso (*Ver tabla 18*).

Tabla 17.

Correlación del peso percibido y el IMC por sexo

		Peso Percibido	
		<i>r</i>	<i>p</i>
IMC	Mujer	.736**	.000
	Hombre	.683**	.000

** $p < .01$

Tabla 18.

Correlación del peso percibido y el IMC por sexo

		Peso Percibido	
		<i>r</i>	<i>p</i>
IMC	Población		
	Normopeso	.105	.202
	Exceso de peso	.372**	.000

***p* < .01

Se realizó un análisis de correlación de Spearman entre el total de las escalas, la percepción de peso y el IMC escalar, donde se encontró que las escalas en sus puntuaciones totales se correlacionan entre si positiva y significativamente. El IMC escalar no parece tener relación significativa con ninguna de las escalas, pero si con la percepción de la imagen corporal. La percepción de peso se correlaciona significativa y negativamente con ambas escalas.

Tabla 19.

Correlación entre la AP-CP y IMC

	1	2	3	4
1.CAF	--			
2.AP-CP	.373**	--		
3.IMC	-.103	.000	--	
4.Percepción de peso	-.224**	-.130*	.738**	--

p* < .05. *p* < .01.

2.12. Conclusiones del diagnóstico.

De acuerdo con los datos presentados se puede observar que, basado el índice de masa corporal (IMC), un alto porcentaje de los universitarios presentan exceso de peso, datos que concuerdan con los de la ENSANUT (2016); principal condición que se vincula con múltiples enfermedades en la vida adulta, tal como se han argumentado organismos como la OPS (2016) y la OMS (2020).

Estos mismos estudiantes, en relación con la percepción de su propio peso, se perciben con mayor cantidad del que realmente tienen, lo contrario a lo presentado por Tamayo & Restrepo (2014) y Weinberger (2017), quienes argumentan que las personas que presentan sobrepeso tienden a verse más delgados de lo que realmente son.

Sin embargo, un altísimo porcentaje reporta que no realiza acciones para el control de peso ni lo mínimo de actividad física recomendado por la OMS de manera regular. A su vez, consideran tener las capacidades para controlar su peso en cuanto al control alimenticio y la práctica de actividad física. A pesar de, se pudiera intuir que no realizan estas acciones debido a que no perciben en ellos un problema de salud relacionado a la falta de actividad física y a la percepción del peso con alto volumen corporal. De manera que, como se observó con respecto al autoconcepto físico, parecen percibirse atractivos y cómodos con su figura física y no percibirla como un problema, y por tal motivo no se toman acciones y conductas relacionadas con el cuidado de la salud (Reigal et al, 2012; Videra-García & Reigal-Garrido, 2013).

Mientras que, al hacer las diferencias entre poblaciones en referencia al sexo (hombres y mujeres) y el peso según el IMC (peso normal y exceso de peso), se pudo observar que los hombres se perciben con mayor capacidad para llevar acciones de control de peso que las mujeres, sin embargo, no hay diferencias entre las personas con exceso de peso y normopeso como se hubiera

esperado de acuerdo con la literatura. Ambas poblaciones perciben tener la creencia de poder controlar su peso realizando acciones en relación con la alimentación y la actividad física, pero que, de acuerdo con los resultados, la mayoría no realiza.

En cuanto a la autopercepción de las características físicas (habilidades, capacidades, atractivo y fuerza) que forman el autoconcepto físico, los hombres se perciben con mayores puntajes que las mujeres, a excepción de la fuerza donde las mujeres puntuaron más alto al relacionarse y compararse con otras mujeres de su misma edad y complexión física.

De la misma manera en esta variable si se pudo obtener diferencias entre las características físicas percibidas entre las personas que presentan un peso adecuado y las personas que presentan un exceso de peso. Las personas con normo peso se perciben más atractivas y capaces físicamente. Sin embargo, las personas con exceso de peso se perciben más fuertes tal como lo presentado en el metaanálisis de Weinberge y sus colaboradores (2017). Es importante mencionar que ambas poblaciones se sienten igualmente capaces de realizar acciones relacionadas con la habilidad y capacidad física, mismo resultado que se encuentra con la autoeficacia para la actividad física.

Una posible explicación a estos resultados puede ser debida a la gran cantidad de la población que ya presentan sobrepeso y obesidad en su medio, posibilitando tener como referencia cultural y social el normalizar este exceso de peso en la población, lo que hoy en día se está estudiando como los ambientes obesogénicos (Malo Serrano et al., 2017). De la misma manera, puede ser que los jóvenes participantes se consideran capaces de realizar acciones para el control del peso, pero no las llevan a cabo o desconocen cómo hacerlas.

También puede influir el sentirse cómodos con su imagen corporal, o no perciben que el exceso de peso fuese un problema (Uribe-Carvajal et al., 2018). Por tanto, tener creencias de capacidad explica en gran medida la intención de realizar una acción, como el control del peso,

pero no es la única variable psicológica que pueda determinar el éxito en la consecución del objetivo deseado, como lo confirman estudios en donde la autoeficacia impacta efectivamente en la actividad física, pero no así en las conductas relacionadas con la alimentación (Goldthorpe et al., 2020; De Ridder et al., 2012).

Finalmente, a pesar de que se necesita explorar más la relación de las actitudes, creencias y normas subjetivas que influyen en el comportamiento saludable en jóvenes, éstas deben de ser consideradas al momento de rediseñar e implementar intervenciones en promoción de la salud. Así mismo se recomienda para próximos estudios tener una muestra más amplia y representativa de la población total de estudiantes.

Capítulo III. Propuesta de Intervención.

Como resultado de la revisión documental y los datos obtenidos a través del diagnóstico, se eligió diseñar la propuesta de intervención con base a un programa denominado *Mueve tu Campus* desarrollado en población universitaria española. La propuesta de intervención presentada aquí, resultado de la adaptación y ampliación del modelo, se denominó *#MueveTuCampusUADY*. Esta nueva versión se diseñó bajo el fundamento de los resultados obtenidos mediante el diagnóstico, el marco teórico y considerando como base la Teoría del Comportamiento Planeado. El principal objetivo es generar conductas saludables y actividad física para la salud a través del cambio de creencias, actitudes y el aumento de la autoeficacia e intención para el control de peso. La cual considera elementos importantes del contexto, el grupo etario y diversas intervenciones y variables psicológicas consideradas importantes para el cambio y adherencia de hábitos saludables para el control del peso.

3.1 Descripción general de la propuesta de intervención

En este trabajo se presenta la propuesta de intervención *Mueve Tu Campus UADY*, el cual es un programa de promoción de la salud desarrollado dentro del entorno universitario, que integra acciones de manera dinámica, creativa y participativa, dirigidas a potencializar los recursos motivacionales que inciden en las conductas de una vida activa y saludable. Las actividades están organizadas con relación a las dos principales áreas relacionadas con la salud y el exceso de peso, que son el movimiento corporal y la ingesta alimentaria.

#MueveTuCampusUADY integra, de manera dinámica, tres metodologías de intervención para la promoción de hábitos saludables como lo son: la psicoeducación, el diseño ambiental y el uso de tecnologías de la información, permitiendo la interacción participativa de los beneficiarios

con profesionales y los *Promotores de Salud*, logrando de manera creativa que los participantes desarrollen una responsabilidad sobre su propia salud convirtiéndose en *Agentes en Salud*.

Todas las actividades del proyecto están desarrolladas bajo las fases de información-orientación, reflexión-introspección y acción-ejecución que engloban a los modelos de educación y promoción en salud. A continuación, se explica con más detalle la propuesta diseñada en este trabajo.

3.2 Antecedentes de la propuesta

El interés por el estudio de esta problemática surge a raíz del análisis propio observacional y la notable ausencia de involucramiento en las actividades relacionadas con el deporte y de las condiciones saludables de los jóvenes en etapa universitaria, esto aunado a la masiva información relacionada con el porcentaje actual en sobrepeso y obesidad en el que se encuentra la población a nivel mundial y específicamente México y Yucatán entre los primeros lugares.

Es por esto que, a partir de los datos obtenidos dentro del diagnóstico realizado a jóvenes universitarios dentro de esta misma investigación, resultó alarmante confirmar que el 50% de la población estudiada cuenta ya con un exceso de peso, de estos más del 70% reportó no realizar acciones como ejercicio físico y control de peso de manera regular. Sin embargo, esta misma población se percibe con un peso corporal más elevado del que realmente tienen, esto pudiera deberse entonces a que no consideran el exceso de peso como un problema, ya que al parecer cuentan con los niveles elevados de autoeficacia considerándose capaces de realizar estas acciones para el cuidado de su salud, pero no la realizan.

Al considerar las consecuencias que trae consigo el exceso de peso y las crecientes tasas de sedentarismo presentadas en poblaciones cada vez más jóvenes, es lo que impulsa a considerar el espacio académico universitario como un espacio que se presta para poder realizar estas

acciones, tanto por la edad del joven que inicia su independencia, como el contexto en el que se desarrolla, adquiere hábitos, conocimientos y experiencias que pueden ser implementadas de manera autónoma y consciente en su vida futura, ya que ahí pasa gran parte de su día a día.

Por tanto, con esta información se toma de base el programa **Mueve tu campus de la Universidad de Granada, España** Campus Ceuta, dirigido por el Dr. Juan González Hernández, quien codirige este trabajo de investigación. En ese programa el personal docente decide crear, diseñar e implementar este proyecto para fomentar que las personas adquieran estilos de vida saludables, y promoviendo que los estudiantes sean los principales promotores de este tipo de acciones en el futuro inmediato, y que desde su vida universitaria consideren convertirse en modelos cercanos de comportamiento y promoción de la salud para las generaciones futuras.

Este programa de España tiene como objetivo *promover la innovación docente y la convivencia universitaria entre profesores y alumnos, y al mismo tiempo potencia las condiciones de salud física, social y mental de la comunidad universitaria*. Este proyecto se llevó a cabo bajo una metodología experimental, interactiva, descriptiva y relacional, el cual en su programa piloto tuvo una temporalidad de 6 meses en el segundo semestre del curso 2018-2019, del cual, hasta el momento de la publicación de este documento, aún no se contaba con resultados del impacto que generó en la población. Participaron 120 alumnos y 15 profesores del Campus Ceuta. Entre las actividades que se realizaron fueron las sesiones saludables, rincones saludables, *influencers actively healthy*, *healthy class*, canal de youtube, *flipped healthy romm* y el ranking cuentapasos.

3.3 Fundamento de la propuesta de intervención

Para fundamentar la adaptación y nueva versión del programa **#MueveTuCampusUADY** se realizó una búsqueda bibliográfica y se sustenta que las principales conductas que afectan el control de peso (*ver figura 11*), según los estudios realizado en la última década, son el movimiento

Figura 10. Logotipo del programa Mueve tu Campus de la Ugr

corporal y la ingesta alimentaria (Chiesa & Gaspio,2013; Soto-Estrada et al., 2016; OMS, 2020). Esas principales conductas se subdividen, para los fines de esta intervención, en inactividad física (Barbosa, et al.,2016), sedentarismo (SS, 2016, OMS, 2016), sobre ingesta alimentaria de alimentos bajos en nutrientes (OMS,2017) y sobre ingesta emocional (Schneider et al, 2010; Bennett et al., 2013), los cuales se han presentado como parte del estilo de vida que llevan los universitarios (Salinas et al., 2018).

Para poder llevar a cabo este cambio de conductas (*ver figura 12*) se diseñó esta propuesta con el sustento teórico de la Teoría del Comportamiento Planeado (TCP), se consideró la evidencia empírica sobre la temporalidad, y se integraron elementos fundamentales de los modelos de intervención más efectivos para la promoción de hábitos saludables. A continuación, se describe cada uno de los elementos claves de esta propuesta.

.3.1 Teoría del Comportamiento Planeado (TCP)

La TCP fue el marco conceptual elegido debido a que se ha demostrado la efectividad de esta teoría como modelo que explica el cambio de conducta, adherencia y mantenimiento del ejercicio (actividad física programada) (Downs & Hausenblas, 2005), así mismo este modelo ha sido utilizado previamente en productos y patrones de comportamiento vinculados con la apariencia física y el cuidado personal, la realización de actividad física cotidiana (Wing, Bray & Martin, 2009) y el consumo de alimentos saludables en jóvenes (Fila & Smith, 2006).

3.3.2. Temporalidad

Basado en el metaanálisis de Bastos Ferreira y colaboradores (2016), en donde se presenta evidencias de la temporalidad de los programas en promoción de la salud, los cuales oscilan entre las 4 semanas hasta las 48 semanas, demostrando mayor efectividad a partir de los 3 meses; se propone que la intervención ***MueveTuCampusUADY*** sea implementada una duración de más de

3 meses, y considerando los ciclos escolares universitarios, pudiendo ser de hasta 6 meses (enero-julio), siendo enero-mayo el periodo regular y junio-julio de verano, lo que involucra un semestre del plan de estudios de la licenciatura. Lo anterior, para poder identificar el impacto del programa en la adherencia a las conductas promovidas y participación en las actividades de los programas.

3.3.1 Modelos de intervención integrados en la propuesta.

Modificación del ambiente.

Uno de los factores relacionados con el comportamiento humano es el espacio físico en el que este se desenvuelve, ya que se ha relacionado con factores sociales y relacionales que tiene una fuerte influencia para lograr desencadenar reacciones relacionadas con el movimiento o acciones comportamentales (Laatikainen, Brogerf y Kytta,2016,).

Por lo que, la existencia de espacios de recreación que propicien la realización de actividad física y ocio activo, se ha vuelto una prioridad para los responsables del diseño de las ciudades y espacios sociales, para combatir los altos índices de sedentarismo y poder contar con poblaciones más sanas (Mena-Bejarano, 2006; Chacón-Borrego, Corral-Pernía & Ubago-Jiménez, 2017).

En muchos casos, la escasa actividad física realizada diariamente, así como el tiempo dedicado a actividades sedentarias, se relaciona con la falta de espacios adecuados o atractivos que inciten o motiven a llevarlas a cabo. Es por eso por lo que, los espacios públicos resultan una poderosa arma en la lucha contra la obesidad y la mala salud. Tan solo realizar ejercicios moderados o el simple hecho de incitar el movimiento corporal en dichos espacios, como caminar, subir escalera, conlleva beneficios positivos para la salud humana (Cortés, 2017).

Uso de nuevas tecnologías (e-salud)

Las nuevas tecnologías de la información en la última década han presentado gran auge, al grado de llegar a convertirse en algo indispensable, esto no deja de lado a los usuarios y

profesionales de la salud (Estévez, 2010), ya que hoy en día es una forma en la que las personas establecen vínculos sociales y de relación interpersonal. Las comunidades virtuales facilitan el apoyo emocional, el intercambio de información, experiencias y consejos de autoayuda.

Relacionado con esto, se ha visto que el contexto social influye significativamente en la práctica de la actividad física. Los factores sociales constituyen un aspecto importante en la salud psicológica del individuo. La realización de actividad física con otras personas se convierte en un facilitador para la adherencia a la actividad física (Moreno-Arrebola et al., 2019).

Lo anterior se comprueba con el metaanálisis presentado por Hall, Cole-Lewis y Bernhard (2015) donde confirmaron que la mayoría de las intervenciones de mensajes de texto de los artículos publicados que analizaron, fueron efectivas al abordar el autocontrol de la diabetes, la pérdida de peso, la actividad física, el abandono del hábito de fumar y la adherencia a la medicación.

Educación en salud.

El ámbito educativo es un escenario donde se favorecen procesos de aprendizaje, convivencia y crecimiento individual y social para el logro del bienestar integral de los estudiantes y su calidad de vida, es un lugar ideal para el desarrollo de acciones de promoción de la salud (Majon & Carrasco, 2007).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la educación para la salud como:

“Actividades educativas diseñadas para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores, actitudes y habilidades personales que promuevan salud”. La educación en salud resulta ser una de las principales estrategias implementadas en los programas de control del exceso de peso, sin embargo, se ha demostrado que por si sola no suele

tener buenos efectos en el cambio comportamental y adherencia a tratamientos. No obstante., es considerada la base fundamental para cualquier programa de intervención.

A manera de conclusión de este apartado, y con el fin de representar gráficamente el fundamento de esta nueva versión del programa *#MueveTuCampusUADY*, se presentan unas gráficas de la propuesta.

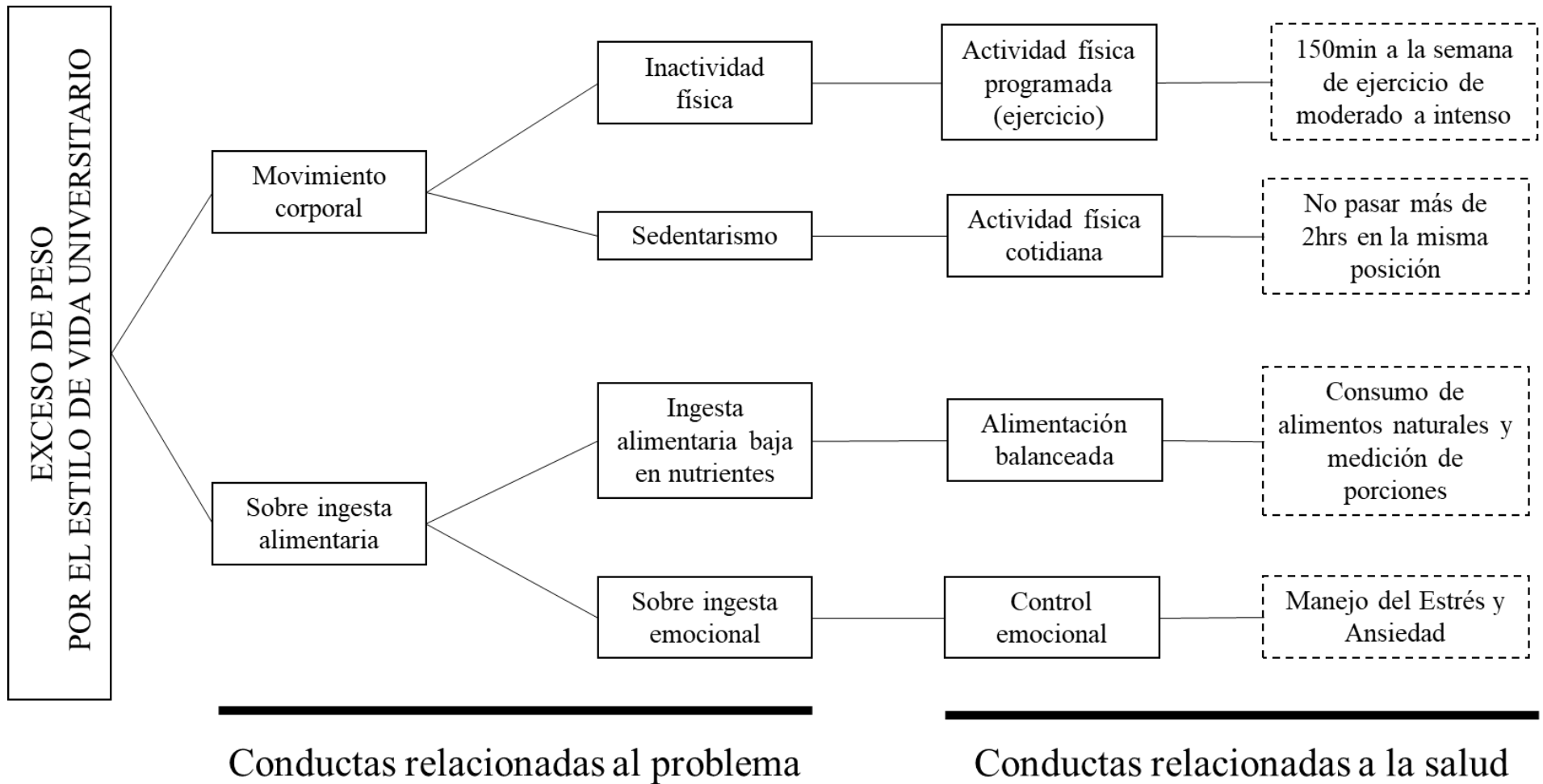


Figura 11 Exceso de peso y conductas implicadas para el cambio

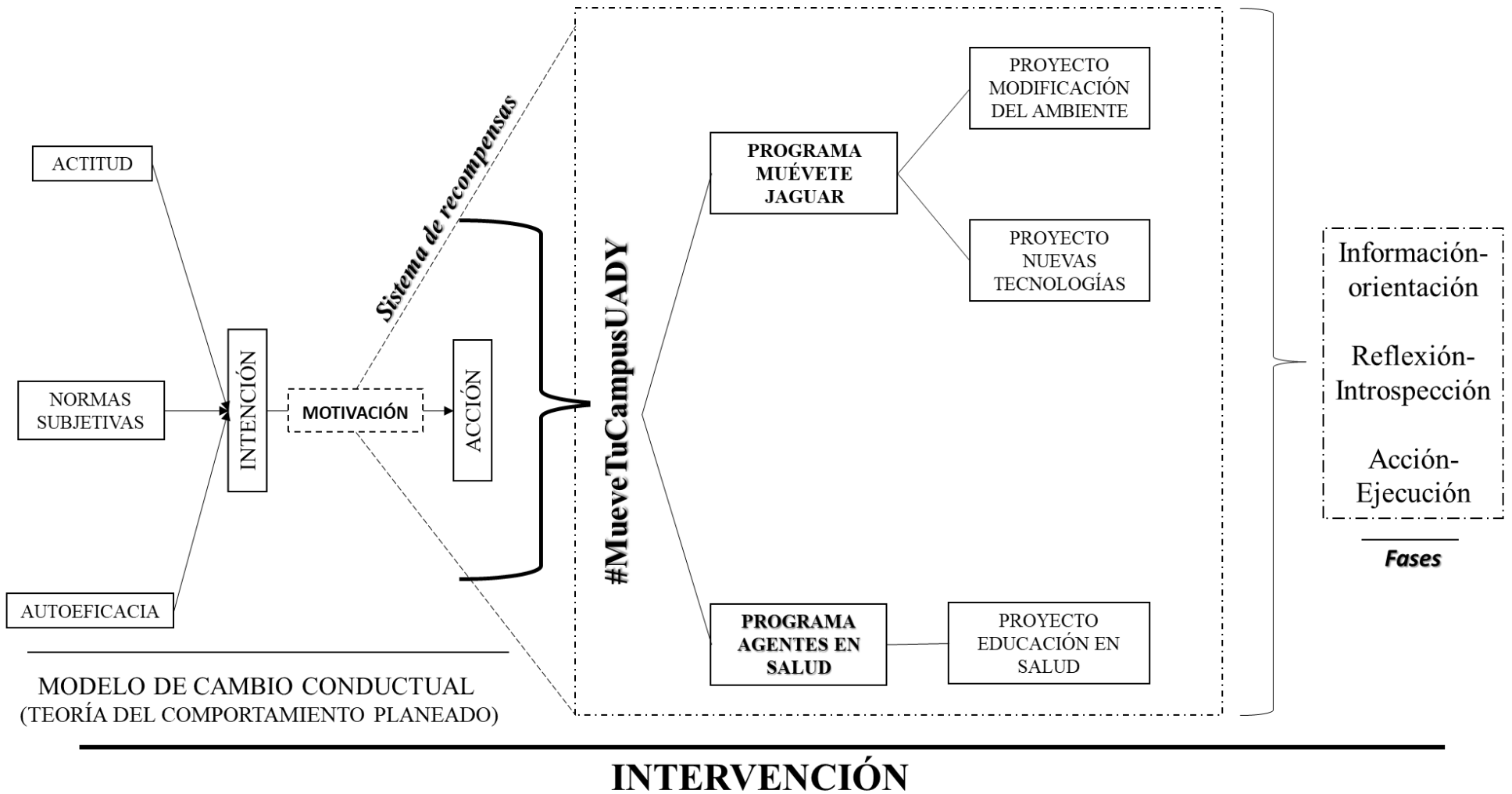


Figura 12. Propuesta de intervención

3.4 Objetivo general de la propuesta de intervención

Generar conductas saludables y de actividad física para la salud a través del cambio de creencias, actitudes y el aumento de la autoeficacia e intención para el control del peso corporal en jóvenes universitarios.

Objetivos específicos de la intervención

1. Incidir en las actitudes que favorezcan el comportamiento saludable hacia el control del peso corporal por medio de una vida activa y hábitos alimenticios.
2. Incidir en las creencias que favorezcan el comportamiento saludable hacia el control del peso corporal por medio de una vida activa y saludable.
3. Incrementar la participación de los universitarios en las actividades relacionadas con el cuidado de peso corporal saludable.
4. Fomentar la percepción de poseer y controlar las capacidades personales para el mantenimiento saludable del peso corporal por medio de una vida activa y hábitos alimenticios.
5. Aumentar las intenciones de cambio en su estilo de vida con el fin de mejorar su salud y bienestar físico, psicológico y psicosocial.

3.5 Metas e indicadores de evaluación.

Tabla 20.

Metas e indicadores de evaluación del plan.

Metas	Indicadores
Lograr que al menos el 70% de los participantes se mantengan activos dentro de las actividades del programa hasta finalizarse.	Listas de asistencia
Lograr que los participantes que concluyan el programa presenten cambios significativos en sus creencias, actitudes y percepción de control hacia la implementación de conductas relacionadas al control de peso.	Puntuaciones promedio en las escalas e inventarios (<i>ver en el punto 3.6</i>)
Lograr la disminución o mejoramiento significativo en los indicadores de composición corporal, específicamente IMC e ICC.	Datos generados con la TANITA: % de grasa % de masa magra Cantidad de agua IMC Peso Circunferencia de cintura.
Lograr que al menos el 20% de los estudiantes inscritos al programa participen en todas las actividades.	Lista de asistencia
Realizar el 100% de las actividades priorizando y cuidando implementar lo establecido en este programa.	Bitácoras de trabajo y cartas descriptivas
Lograr que al menos el 100% de los participantes que concluyan el programa hayan aumentado sus conocimientos sobre la importancia del cuidado de la salud.	Cuestionario pre-post Auto registros y actividades del programa
Lograr que al menos el 50% de los participantes hayan aumentado la cantidad de pasos diarios promedio al mes.	Ranking cuenta pasos
Lograr que al menos el 50% de los participantes implementen 2 de los hábitos alimenticios vistos en el plan.	Formato de autorregistro Publicaciones en redes sociales

3.6. Propuesta de instrumentos y técnicas de medición de la intervención.

Tabla 21.

Propuesta de métodos de medición en la intervención

Variable por medir	Instrumento	Descripción general
Autoeficacia percibida para el control de peso	Inventario de Autoeficacia percibida para el control de peso (AP-CP) (Román et al., 2007)	Consta de 37 ítems tipo Likert, con cuatro opciones de respuesta que oscilan del 1 al 4, el inventario se integra en tres factores: Estilo de Alimentación y Externalidad (EAYE), Autoeficacia para la Actividad Física Programada (AFP) y Autoeficacia para la Actividad Física Cotidiana (AFC) (Ver descripción detallada en la tabla 3).
Composición corporal	Báscula de Bioimpedancia TANITA modelo BC-418	Proporcionar la composición corporal total del usuario (peso e IMC) y por segmentos. Utiliza 8 electrodos que le permiten determinar la masa muscular y grasa de cada una de las extremidades del cuerpo, el porcentaje de agua corporal total
Composición corporal	Estadímetro digital	Mide la talla (altura) de las personas.
Composición corporal	Cinta métrica	Circunferencia de cintura.
Estado de salud	Química sanguínea	Hemoglobina, glucosa, colesterol, HDL-C, LDL-C y triglicéridos.
Intención hacia el ejercicio físico	Cuestionario de Intención de ser Físicamente Activo en el contexto universitario (MIFAU) (Expósito et al.,2012)	compuesta por cinco ítems tipo likert con cinco opciones de respuesta que van del 1 al 5, que miden la intención del sujeto de ser físicamente activo tras su paso por las diversas instituciones educativas.
Normas subjetivas hacia el exceso de peso.	Cuestionario de Conciencia de enfermedad de personas con sobrepeso y obesidad exógena (Rivera y Riveros.,2017)	Evalúa la conciencia de enfermedad de las personas con sobrepeso u obesidad. consta de 24 reactivos distribuidos en cuatro factores: reconocimiento de impacto psicosocial (ocho reactivos), conciencia de los riesgos de la enfermedad (cinco), búsqueda de ayuda (seis) e identificación de conductas no saludables (tres), además de un indicador de actividad física y sedentarismo.
Conducta alimentaria	Cuestionario de comportamiento alimentario (Márquez- Sandoval et al.,2014)	31 ítems de opción de respuesta múltiple, e incluyó preguntas sobre selección, preparación, horarios de toma de

		alimentos, preferencias de ingestión de alimentos, creencias y barreras al cambio
Control	Inventario de autorregulación del peso corporal (Lugli, Arzolar y Vivas, 2009)	El inventario consiste en un autorreporte de las habilidades de autorregulación, según la teoría social cognitiva de Bandura (1987), aplicada al control del peso en dos áreas: hábitos alimentarios y actividad física. Constituido por 29 ítems, en una escala tipo Likert de cuatro alternativas, que van de "Nunca" (0) hasta "Siempre" (3). La puntuación total resulta de la suma de los puntajes obtenidos en cada uno de los ítems que la componen, donde a mayor puntaje mayor autorregulación en el proceso de control de peso.
Cantidad de AF cotidiana Percepción de la imagen corporal	Actígrafos o contador de pasos Instrumento de siluetas corporales (Skunkard et al., 1983)	Cantidad de pasos al día o número de horas en movimiento Percepción de peso. Consta de nueve figuras de siluetas corporales, tanto de hombres como de mujeres (<i>ver más información en la pág. 52</i>)

3.7 Finalidad de la propuesta de intervención

Generar jóvenes que posean cogniciones y actitudes que les permitan ser agentes promotores en su propia salud y sean capaces de transmitir ese conocimiento y acciones con su entorno, propiciando generar cada vez más el común de una vida activa, menos sedentaria y con mejores hábitos alimenticios.

3.8 Marco institucional

Se consideró como escenario para realizar el diagnóstico, así como para planear el programa de intervención, una universidad pública del Estado de Yucatán, que cuenta con el mayor número de estudiantes que tiene el Estado. Actualmente, en esta universidad realizan sus estudios más de 26 mil jóvenes en programas educativos de bachillerato, licenciatura y posgrado.

Es un centro que promueve oportunidades de aprendizaje, a través de una educación humanista, pertinente y de calidad; contribuye al desarrollo de la ciencia, las humanidades, la

tecnología y la innovación; a la atención de problemáticas locales, regionales, nacionales y mundiales y a mejorar el nivel de bienestar de la sociedad yucateca.

Es por esto por lo que, se ha considerado a esta máxima casa de estudios el lugar idóneo para desarrollar esta investigación y proponer este proyecto de intervención que podría beneficiar a muchos jóvenes. La Universidad Autónoma de Yucatán (UADY) es una institución pública de educación media superior y superior que promueve oportunidades de aprendizaje de calidad; contribuye al desarrollo de la ciencia, las humanidades, la tecnología y la innovación. Se encuentra localizada en la ciudad de Mérida, con otro campus menor en la ciudad de Tizimín, ambos en el estado de Yucatán, México.

En 2018, la UADY impartió 45 carreras a nivel licenciatura, 17 a nivel diplomado, 28 a nivel especialización, 27 a nivel maestría y 4 a nivel doctorado. Tiene como visión ser una universidad internacional, vinculada estratégicamente a lo local, con amplio nivel de reconocimiento por su relevancia y trascendencia social, y como misión la de promover oportunidades de aprendizaje para todas y todos, a través de una educación humanista, pertinente y de calidad; contribuye al desarrollo de la ciencia, las humanidades, la tecnología y la innovación; a la atención de problemáticas locales, regionales, nacionales y mundiales y a mejorar el nivel de bienestar de la sociedad yucateca.

La UADY actualmente da servicio a 15 Facultades, 2 Escuelas preparatorias, 1 Unidad multidisciplinaria, 1 Centro de investigación, 1 Unidad académica de interacción comunitaria, 3 Programas educativos de bachillerato, 45 Programas educativos de licenciatura, 2 Programas educativos de licenciatura modalidad virtual y 63 Programas educativos de posgrado.

Para poder cumplir con todos estos servicios la institución cuenta con una amplia estructura orgánica la cual es encabezada por el H. Consejo universitario, el cual está integrado por el Rector,

quien funge como Presidente, el Secretario General, quien es el Secretario del Consejo, los Directores de las Facultades y Escuelas, un representante de los maestros y un representante de los alumnos de cada una de las Dependencias, todos con derecho a voz y voto, con excepción del Secretario General, el cual solo tiene voz informativa al igual que los demás integrantes del consejo: el Director General de Desarrollo Académico, el Director General de Finanzas, el Director de Administración y Desarrollo de Personal, el Abogado General y el Director del Centro de Investigaciones Regionales “Dr. Hideyo Noguchi”.

Posteriormente se encuentra el departamento de Rectoría actualmente a cargo del Dr. José de Jesús Williams, a la fecha de publicación de este trabajo, y de este departamento se van desprendiendo las diversas coordinaciones y secretarías, entre ellas se encuentra la Coordinación General de posgrado, investigación y vinculación, la Coordinación general de cooperación e internacionalización, la Unidad multidisciplinaria de Tizimín a cargo del CP. Fernando Estrada en la actualidad, la secretaría de rectoría, la Auditoría interna, la Unidad de transparencia , la Secretaría general actualmente a cargo de la Dra. Celia Rosado, la Oficina del abogado general, la Dirección general de finanzas y administración actualmente a cargo del Mtro. Manuel Escoffié, Dirección general de desarrollo académico a cargo del Mtro. Carlos Estrada en la actualidad y la Dirección general de planeación y efectividad institucional.

Asimismo, dependiendo directamente de rectoría con influencia de todos los departamentos antes presentados, se encuentran las 15 facultades dentro de las cuales se encuentra la Facultad de Psicología, la cual es la dependencia que posee el programa de posgrado donde surge este trabajo de tesis, cuyo Director actualmente es la MDO. Adda Ruth Mendoza Álcocer. Esta Facultad se encuentra en el Campus de Ciencias Sociales, Económico-Administrativas y Humanidades. En la estructura de la Facultad se puede encontrar los Laboratorios de Psicología

Aplicada, entre los cuales se encuentra el Laboratorio de Psicofisiología y del Deporte quién actualmente está a cargo de la MPAD. Rossana Cuevas Ferrera, y que fue parte del escenario para el diagnóstico de este estudio, y a su vez se plantea como escenario para las evaluaciones pre y post del programa.

Asimismo, las actividades del programa y al tratarse de la promoción de la actividad física para la salud, pueden enmarcarse dentro de las actividades de la Coordinación Deportiva de la Facultad, que trabaja en coordinación con el área de Coordinación Deportiva Institucional la cual está a cargo del LM. Javier Herrera Aussín, responsable directo del Programa Institucional de Cultura Física y Deporte, programa que también puede ser beneficiado por la implementación de esta propuesta de intervención.

3.9 Planeación de la intervención.

3.9.1 Localización física y cobertura espacial.

El programa piloto de esta versión *#MueveTuCampusUADY* se planeó para su implementación en las instalaciones de la Facultad de Psicología que se encuentra dentro de la infraestructura que conforma el Campus de Ciencias Sociales Económico-Administrativas y Humanidades de la Universidad Autónoma de Yucatán. La cual se encuentra ubicada en la carretera Tizimín-Cholul Km1, de la Ciudad de Mérida, Yucatán.

3.9.2 Beneficiarios

El programa busca generar un impacto directo en los estudiantes universitarios que se inscriben para participar, ya sea como promotores de salud o como agentes en salud. Sin embargo, debido a sus características, indirectamente puede beneficiar en toda la comunidad universitaria, es decir, personal académico, administrativo y manual. De igual manera, el programa puede beneficiar a la consecución de objetivos del Programa Institucional de Cultura Física y Deporte, y

de manera más amplia a los objetivos estratégicos de Salud y Bienestar del Estado de Yucatán, ya que como menciona el Plan de Desarrollo de 2018-2024, en 2017, la entidad ocupó el primer lugar nacional con mayor Tasa de Casos de Obesidad.

3.9.3 Participantes activos del programa

Por la naturaleza de las actividades de la propuesta *#MueveTuCampusUADY*, los estudiantes universitarios pueden ser beneficiarios directos de dos maneras, como *Promotores de Salud* o como *Agentes en Salud*.

Promotores de salud (PS)

Estudiantes universitarios que participan de manera sistemática en la gestión, creación e implementación del programa, en coordinación con los responsables directos del programa. Estos estudiantes reciben capacitación previa para participar en la implementación de las actividades, por ejemplo, como promotores del Ranking Cuenta Pasos, como educadores en los Rincones Saludables, entre otros.

Agentes en Salud (AS)

Estudiantes universitarios a quienes se les dirige el programa, quienes presentan su participación voluntaria a todas las actividades inmersas dentro del mismo y aportan sugerencias y comentarios que se tomarán en cuenta para mejoras y adaptaciones del programa.

3.9.4 Recursos Generales del proyecto.

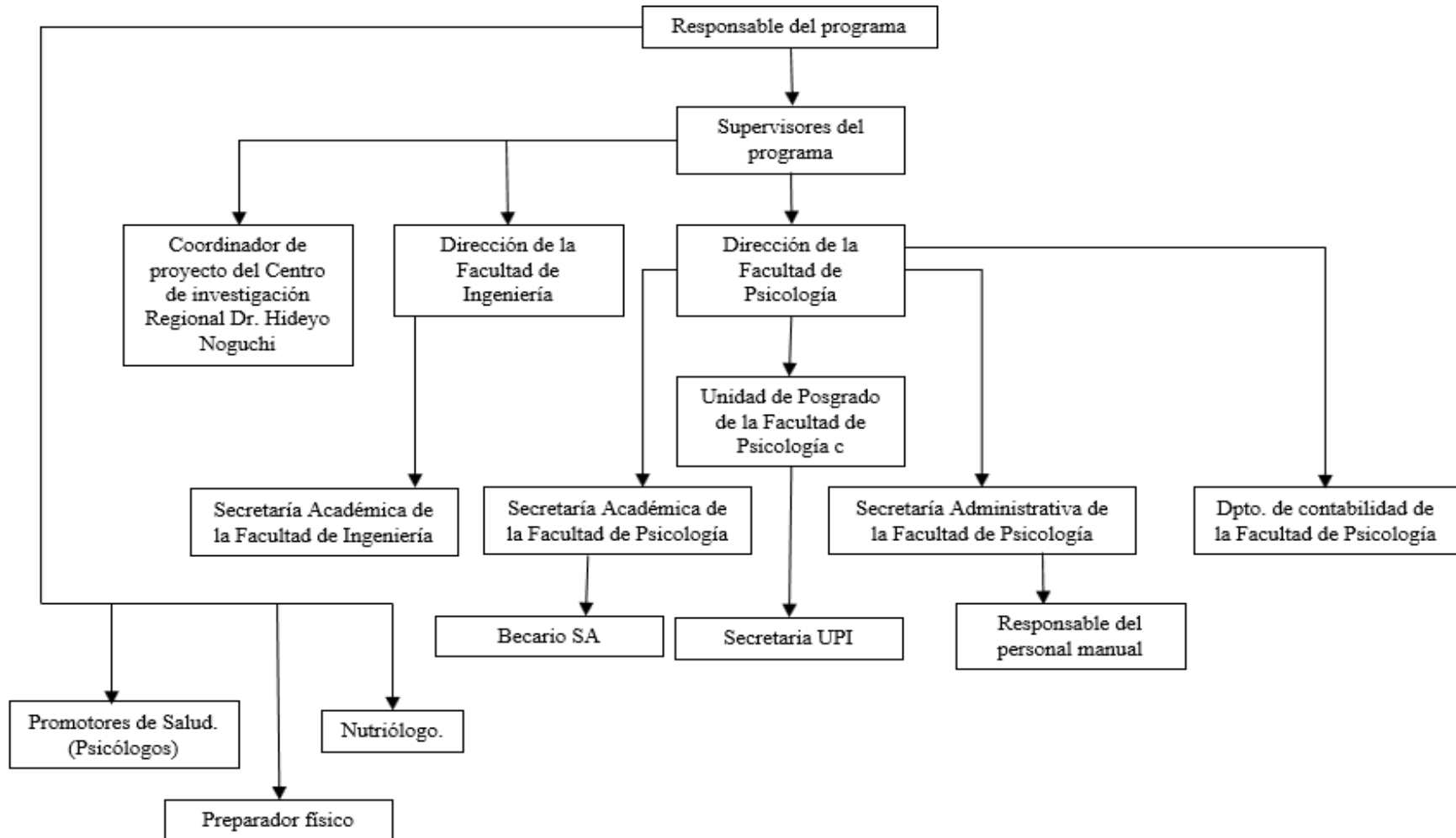
Tabla 22.

Recursos generales del plan "MueveTuCampusUADY"

Recursos Humanos	Recursos Materiales	Recursos Tecnológicos
Coordinador del proyecto	Lonas	Laptops
Supervisores de proyecto	Carteles	Impresora
Director de dependencia	Arañas	Internet
Jefe de la Unidad de posgrado	Salón de clase	Celulares Smartphones
Secretarios académicos	Espacios físicos al aire libre	Cámaras
Secretario Administrativo	Documentos y solicitudes	Videos
Becario y secretarias	Formatos, encuestas	Bocinas
Responsable del personal manual	Material didáctico	Apps
Personal manual	Camisas	Softwares
Contador	Reforzadores	Redes sociales
Lic. Nutriólogo	Gasolina	Báscula
Lic. Preparación físico-deportiva	Alcohol	Estadímetro
Lic. en QDB	Jeringas	
Staff del proyecto / Promotores de Salud	Tubos de muestra	
Diseñador Gráfico		
Total aproximado del plan: \$25,923.78		

Nota: El presupuesto fue realizado con precios del 2018 y considerando descuentos y donaciones.

3.9.5 Estructura organizativa y de gestión.



3.9.6 Consideraciones éticas y legales.

Mismas presentadas en el apartado 2.9 implicaciones bioéticas en el capítulo II de esta tesis.

3.9.7 Diseño del plan de evaluación.

Objetivo.

Evaluar el impacto de la intervención mediante diferentes parámetros, con el fin de identificar áreas de mejora para el programa.

Para fines del programa se realizará una evaluación previa a la aplicación de plan (pre), una a los 3 meses de iniciados los programas (de proceso) y una al final de los 6 meses de intervención (post). Con la finalidad de ir conociendo los avances de los participantes y la correcta aplicación del plan.

Tabla 23.

Diseño del plan de evaluación.

Tipo de evaluación	Objetivos	Indicadores	Técnicas e instrumentos
Formativa	Evaluar la asistencia	Asistencia de los universitarios	Lista de asistencia
Formativa	Evaluar la participación de los estudiantes	La respuesta de los ejercicios y actividades realizados durante las sesiones.	Ejercicios de papel y lápiz y de reflexión introspectiva realizados durante las sesiones.
Pre-post y de proceso	Evaluar el impacto de la intervención mediante las medidas antropométricas y bioquímicas.	Puntuaciones de las medidas de peso, talla, cintura, IMC y en porcentajes de colesterol y triglicéridos	TANITA, cinta métrica, estadímetro y bioquímica sanguínea
Pre-post	Evaluar el impacto de la intervención mediante la comparación de los resultados de las escalas.	Puntuaciones obtenidas en las escalas	<i>Escalas descritas en la tabla 21.</i>

3.9.8 Productos generales del proyecto.

- Diseño de espacios que estimulen a los usuarios de las facultades de la Universidad Autónoma de Yucatán a realizar actividades que promuevan la salud por medio de la actividad física.
- Elaboración de un documento que corresponda al taller psicoeducativo que promueva las actitudes, creencias, autoeficacia e intención hacia la promoción de la salud por medio de una vida activa.
- Finalmente, contar por escrito con un modelo integrador del programa **#MueveTuCampusUADY.**

3.10 Procedimiento por fases de la propuesta de intervención.

Tabla 24.

Fases de la propuesta de intervención

Fase	Descripción
1. Presentación de la propuesta.	En reunión con directivos y coordinadores involucrados se les presenta la propuesta de intervención junto con los recursos necesarios para su correcta implementación. Se evalúan los recursos con los que cuenta la institución y se procede a determinar los recursos que necesitarán ser financiados.
2. Cotización y presupuesto.	Una vez autorizado el proyecto, se realiza la cotización de los recursos faltantes en por lo menos tres lugares diferentes, para comparar costos y entrar al proceso de licitación. Debe considerarse analizar la mejor opción en cuanto a la calidad del material que sea óptimo para el espacio donde se va a trabajar con la finalidad que dure el tiempo estimado del plan.
3. Solicitud de financiamiento.	Posteriormente se realizan los trámites de financiamiento buscando la autorización y apoyo por parte de los directivos, una vez obtenida dicha autorización se lleva el proceso de compra de los insumos con los proveedores y contadores de la institución.
4. Gestión de espacio y equipo.	Para realizar esta fase es necesario gestionar con la facultad correspondientes la autorización por medio de oficios y entrevistas con los directivos donde se solicitó el permiso

-
- del espacio para poder llevar a cabo el plan, de la misma manera se especificó el procedimiento de aplicación, la duración y el motivo de este.
- De la misma manera, fue necesario realizar los trámites y solicitudes pertinentes con la coordinadora y responsable del Laboratorio de Psicofisiológica de la Facultad de Psicología para el préstamo de la báscula de bioimpedancia utilizada en el estudio.
- Para poder llevar a cabo el plan de manera eficiente se necesita un equipo de 10 personas (preferentemente estudiantes de los últimos semestres de licenciaturas afines al área de la salud) quienes serán los, un psicólogo, un licenciado en nutrición, un licenciado en entrenamiento deportivo y por lo menos un químico farmacobiólogo y preferiblemente un médico o pasante de medicina, quienes serán los “promotores de salud” a lo largo del desarrollo del plan.
- Para poder captar a este equipo es necesario realizar un reclutamiento por medio de carteles y publicaciones de la invitación por redes sociales, después de la fase de captación se prosigue a la fase de selección donde dependiendo de los intereses, disponibilidad de horario y compromiso con el plan se seleccionará al equipo final de promoción de salud.
- Antes de iniciar el programa es indispensable contar con unas sesiones de capacitación de todo el equipo de promotores de salud con la finalidad de que conozcan de manera clara el objetivo del plan, su estructura base y logística y su correcto desarrollo, así como los cargos y funciones con los que contará cada integrante y asegurarse que los sepa desempeñar de manera adecuada.
- Para captar a la población objetivo se realizan publicaciones por medio de redes sociales e invitaciones directa en los salones de clase, así como en puntos de inscripción, la invitación a formar parte del plan, se plantea el objetivo de este y se platica de manera general sobre las actividades a realizarse.
- Los estudiantes que deseen participar se les tomarán datos generales de inscripción y se les comenta que una vez cerrado el periodo de registro se contactará con ellos para agendar cita de las pruebas diagnósticas, así como para explicarles de manera detallada la logística del plan.
- Se cita a los participantes en grupos de no más de 15 persona donde se les aplican las pruebas necesarias para conocer su estado de salud actual, así como el nivel de las variables psicológicas antes de iniciar el plan.
-
5. Reclutamiento y selección de los “Promotores de Salud”.
 6. Capacitación del equipo Promotor de salud.
 7. Difusión y reclutamiento de participantes “Agentes en Salud”
 8. Evaluación diagnóstica

9. Implementación del plan.	Se lleva a cabo el plan de intervención con una duración de 6 meses.
10. Evaluación de proceso.	A los 3 meses de haber iniciado el plan se realiza una evaluación de proceso para conocer los avances y resultado obtenidos hasta el momento, así como posibles mejoras en el futuro.
11. Evaluación post.	Una vez concluido el plan, a los 6 meses, se procede a realizar las mismas pruebas realizadas en el diagnóstico y una encuesta de satisfacción para conocer los efectos y mejoras desde la perspectiva de los participantes.
12. Análisis de resultados y propuesta de mejoras.	Se capturan y analizan todos los resultados obtenidos analizando puntos de mejora para el programa.

3.11 Descripción detallada de la propuesta de intervención

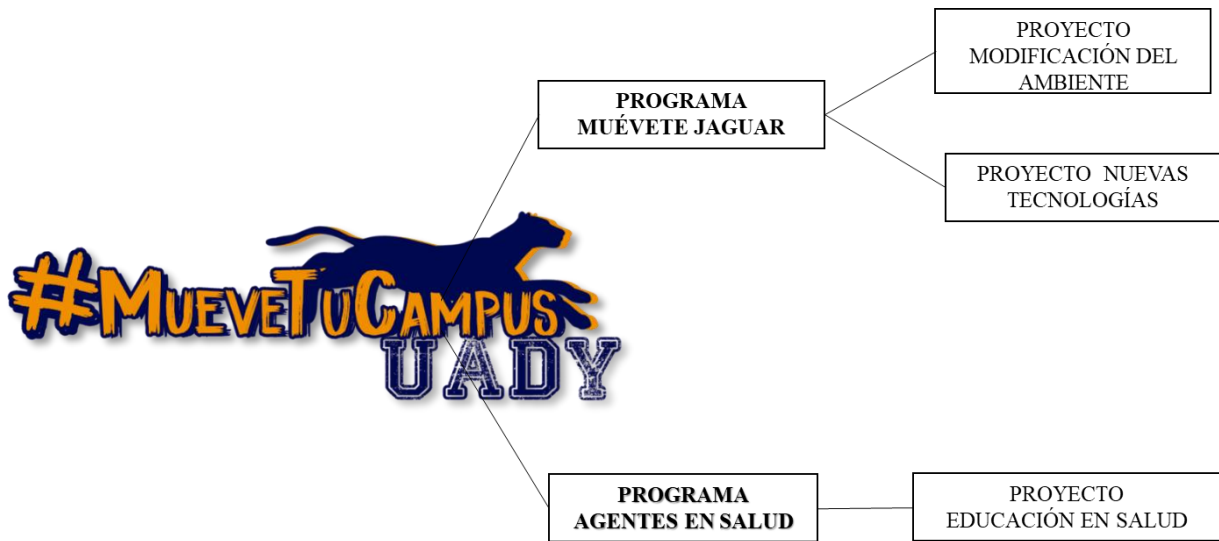


Figura 13. Presentación gráfica del plan #MueveTuCampusUADY

El modelo de intervención *#MueveTuCampusUADY*, se integra por dos programas que son *Muévete Jaguar* y *Agentes en Salud*, los cuales se diseñaron a partir de las metodologías de intervención en salud: 1) modificación del espacio, 2) uso de las nuevas tecnologías para promoción de la salud y 3) la psicoeducación en salud. El programa en general comprende diversas actividades enfocadas a disminuir las horas sedentarias, aumentar el tiempo de actividad física, mejorar los niveles de estrés relacionados con la ingesta emocional y mejorar los hábitos de ingesta alimentaria rica en nutrientes, por medio de actividades enfocadas al cambio de actitudes, creencias y autoeficacia hacia estas conductas.

Tabla 25.

Descripción actividades y objetivos "MueveTuCampusUADY"

Modelo: #MueveTuCampusUADY				
Objetivo: generar conductas saludables y actividad física para la salud a través del cambio de creencias, actitudes y el aumento de la autoeficacia e intención para el control de peso corporal en universitarios.				
Metodología de Intervención	Objetivo	Metas	Actividades	Producto
Modificación del ambiente	Modificar los espacios donde los estudiantes pasan horas de su día escolar para hacerlos atractivos de tal forma que promuevan e inciten a realizar actividad física y adquirir conocimiento sobre hábitos alimenticios y el cuidado de la salud de manera recreativa.	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar el uso de las escaleras • Disminuir el uso del elevador • Disminuir las actividades sedentarias en los espacios comunes. • Aumentar los conocimientos generales en salud • Aumentar los conocimientos sobre hábitos alimenticios • Aumentar los conocimientos sobre actividad física y salud • Aumentar los conocimientos en técnicas de regulación del estrés 	Rincones saludables Huellas de Jaguar (escaleras principales) Etiquetas de gasto energético (escaleras a los salones) Juego de avioncito (Chacara) (Pasillo) Implementación de carteles informativos “Zona Activa y Saludable” (entrada principal, pasillos y espacios concurridos) Implementación del Twister gigante (lobby)	Entornos modificados para la estimulación de actividad física
Uso de Nuevas tecnologías	Utilizar los beneficios de las redes sociales como grupo de apoyo y comunicación con los participantes del programa, implementando el uso de	<ul style="list-style-type: none"> • Que al menos el 50% de los participantes tengan respuesta a las actividades y acciones que se tengan dentro de las redes sociales 	Ranking cuenta pasos Publicación de material visual para promoción de la salud en vinculado al factor emocional	Grupos de WhatsApp y material digital de difusión que permitan la promoción de la salud.

	<p>imágenes y videos para la promoción de la salud y las actividades relacionadas dentro del mismo. Y que a la vez sirvan como reforzadores para incentivar las conductas saludables</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de pasos diarios • Aumento de actividad física programada • Mejora de los hábitos alimenticios 	<p>Publicar tips o recomendaciones de acciones que se pueden llevar a cabo para mejorar la salud en la vida del universitario. Retos saludables.</p> <p>Difusión de actividades relacionadas a la salud dentro y fuera de las instalaciones de la universidad. Red de apoyo social para los participantes Apoyo verbal y escrito</p>
<p>Educación en Salud</p>	<p>Generar un espacio de análisis de la situación actual en el tema de salud, donde los estudiantes universitarios puedan adquirir información, cuestionarse-reflexionar y obtener estrategias que les permitan establecer o mantener conductas saludables dentro de su estilo vida actual</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contar con el 80% de asistencia del total del grupo en cada clase. • Que cada estudiante cuente con al menos el 80% de asistencias del total de clases del semestre. • Qué los estudiantes realicen por lo menos el 80% de las actividades de aprendizaje. • Qué el 100% de los estudiantes aprueben la asignatura. 	<p>Unidad I. Entendiendo la salud, enfermedad y bienestar. Programa sintético y planeación didáctica de la asignatura</p> <p>Unidad II. El entorno y la salud, técnicas de Contruyendo Agentes en Salud</p> <p>Unidad III. Estableciendo conductas saludables</p>

Nota: Ver los diseños de las actividades presentadas en el apartado de anexos.

Capítulo IV. Análisis y conclusiones.

La obesidad y el sobrepeso son una de las principales enfermedades de tipo crónico degenerativo, que por su alta prevalencia a nivel mundial es considerada ya una pandemia (OMS, 2020). En México y, particularmente en Yucatán, a pesar de la intervención del estado para la disminución de estas enfermedades, es uno de los países y estados que presentan la mayor tasa de prevalencia de adultos con sobrepeso u obesidad, que conlleva el desarrollo de diversas enfermedades tanto físicas, psicológicas y sociales que pueden influir en el desarrollo óptimo de la calidad de vida (Dávila-Torres et al., 2015).

Varias investigaciones pioneras, como muestra Rhodes y sus colaboradores (2017), han demostrado una clara y marcada relación entre la dosis-respuesta entre la actividad física y el riesgo de mortalidad, donde se han podido observar que existen grandes diferencias en cuanto a este riesgo y el realizar cambios relativamente pequeños en el comportamiento de actividad física, y esto ha sido apoyado a lo largo de los años, de modo que podamos declarar con confianza que la participación rutinaria en la actividad física disminuye notablemente el riesgo de padecer de manera prematura mortalidad, independientemente de la causa.

Tal como lo presentaron Alarcón y sus colaboradores en el 2018, en un estudio realizado con 109 adultos diagnosticados con sobrepeso y obesidad, reportaron que estos no percibían que su calidad de vida relacionada con la salud se viera afectada, puesto que presentaban unas puntuaciones favorables, y hasta que estos presentaran alguna comorbilidad es cuando llegaban a percibir una disminución de su calidad de vida. Lo cual es un indicador del porque actuar para cuidar la salud no es una conducta común cuando se posee sobrepeso u obesidad sin otra comorbilidad, pero es esta misma condición la que, potencialmente, terminará afectando la salud

de manera considerable, e irremediablemente se terminan realización acciones remediales, en lugar de acciones preventivas.

Otro metaanálisis de estudios de intervención (cuasi) experimentales sobre alimentación saludable y actividad física realizado por Michie y colaboradores (2009), abarcó 122 estudios donde mostró que, la efectividad de las intervenciones que se centraron en proporcionar educación e información fue limitada (con un tamaño de efecto de $d = .26$) en comparación con las intervenciones que se centraron en mejorar las habilidades de autorregulación (con un tamaño de efecto de $d = .42$).

Es por esto que, asumiendo que la educación superior se considera a la vanguardia pedagógica, científica y tecnológica de la sociedad, sería deseable que, en relación con la adquisición de competencias por parte de los estudiantes, se hiciera una inversión en la plenitud del desarrollo humano (Ferreira, Brito, & Santos, 2018), en el cual sea capaz de tener la cultura de la prevención en vez de la cultura de la corrección y ver por su salud antes de tener un daño posiblemente irreparable.

Es por esto por lo que se plantea *#MueveTuCampusUADY* dentro del entorno educativo. Tomando en cuenta la información bibliográfica basada en textos científicos para sustentar la propuesta y, considerando la interdisciplinariedad junto con especialistas en el área de la salud y control de peso corporal con la que se desarrolla y fundamenta, se espera que los resultados obtenidos en su aplicación sean favorables para contrarrestar el problema del exceso de peso.

Es una propuesta para jóvenes universitarios debido a que se encuentra planeada y elaborada estratégicamente para este grupo de edad, y bajo las condiciones y características que los distinguen; sin embargo, la aplicabilidad en otros grupos de edad puede ser posible si se ajusta a las características de la población. Con esta intervención se esperaría que los universitarios

puedan acceder a información y actividades que los ayude de a general conciencia e interés por el cuidado de su salud, a pesar de encontrarse en una etapa algo compleja debido a los cambios naturales de la etapa de desarrollo y la carga académica y laboral en la que muchos se encuentran, sumando al contexto cultural y el ambiente obesogénico que los rodean.

#MueveTuCampusUADY se presenta como una propuesta que acompaña y brinda opciones prácticas a los universitarios para que no sólo se quede en información, sino que los lleve a una etapa de reflexión y acción para favorecer la autoeficacia hacia el cuidado y control del peso corporal, y por ende de una salud plena. Con esto se espera motivarlos para poder tener una mejor calidad de vida y un mejor futuro para ellos y sus familias, buscando el impacto a nivel social no solo en cuanto al bienestar, sino también al costo nacional brindado para las enfermedades, con el cual se pudiera invertir en mejoras para las ciudades que promuevan mayores espacios para el esparcimiento que inciten a la actividad física para la salud.

No obstante, al no haberse implementado se desconoce de manera precisa su efectividad, ni tampoco se puede medir que parte del plan permite tener mejores resultados, y con esto poder ser contrastado con bibliografía previa sobre otros programas de intervención con el mismo fin, por lo que esto se convierte en una debilidad de la propuesta, que se soluciona al ser implementada con un diseño de investigación que permita conocer su efectividad. Así mismo, aun no se han considerado las adaptaciones y mejoras que se le pudieran realizar al programa considerando la situación actual con la pandemia del covid-19, ya que los espacios de recreación y convivencia se han visto afectados.

Otra de las principales limitaciones que se pudieran presentar para que el programa no obtuviera los resultados esperados es que los estudiantes no se involucren en las actividades, o que no se cuente con los recursos mínimos necesarios para su participación. Por lo contrario, si el

programa logra establecerse de manera adecuada promete ser una opción viable para el entorno universitario, logrando un cambio en las conductas saludables relacionadas al control de peso por medio del cambio en el nivel de autoeficacia, creencias, actitudes e intenciones entono a una vida saludable mejorando el rendimiento vital de los universitarios y en general de la sociedad.

De la misma manera, por lo que implica y el beneficio que se puede obtener de él, el costo del programa parece ser razonable y los recursos favorables y accesibles. Sin embargo, no se puede asegurar su efectividad hasta no llevarlo a cabo.

En consecuencia, contar con programas como este, permiten al psicólogo especialista en el área del deporte abrirse campo no solo para trabajar con deporte y alto rendimiento, si no de la misma manera ser considerado dentro del área de la salud, para dar cara a un problema tan importante como es el exceso de peso a nivel mundial y a muchos otros problemas relacionados a la falta de movimiento corporal, ya que esta especialidad permite entender el comportamiento relacionado al control de peso de los seres humanos considerando su multifactorialidad.

En conclusión, se considera de alta importancia continuar con investigación aplicada de calidad que permita obtener mejoras cuantificables de este problema, y con ello tener información que permita a otros programas cotejar su efectividad, y contar con instrumentos estandarizados y confiables para la población estudiada, abriendo mayores espacios laborales a los psicólogos especialistas en deporte y actividad física para la salud.

Referencias

- Abad, F., Rivero, J., Fandiño, E., Vera, J. A., de Vera, M., & Montero, L. (2012). Percepción de la propia imagen corporal en pacientes obesos o con sobrepeso. *ENE. Revista de Enfermería*, 6(2), 24–31.
- Aguiar, P. H., Magallanes, R. A., Martínez, A., Negrete, C., & García, G. (2017). Self-efficacy for Weight Control in University Students From the Health Area. *Psiencia*, 9(1), 1–14.
<https://doi.org/10.5872/psiencia/9.1.21>
- Alcántara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93–107.
- Alcaraz García AM, Ferrer Márquez M, Parrón Carreño T. (2015). Calidad de vida en los pacientes obesos y su cambio tras cirugía bariátrica a medio y largo plazo. *Nutr Hosp.*;31(5):2033–46
- Alpi, S.V. & Quiceno, J.M. (2012) Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychol Av la Discip*;6(1):123–36.:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225770004>
- Álvarez Rivera, L., Cuevas Ferrera, R., Lara Pot, A., & González Hernández, J. (2015). Diferencias del autoconcepto físico en practicantes y no practicantes de actividad física en estudiantes universitarios. *Cuadernos de Psicología Del Deporte*, 15(2), 27–33.
<https://doi.org/10.4321/s1578-84232015000200004>
- Antonio-Anderson, C., Félix-Verduzco, G., & Gutiérrez-Flores, L. (2020). Relación entre factores socioeconómicos y obesidad abdominal en adultos mexicanos. *Revista de Alimentación Contemporánea y Desarrollo Regional*, 30(55).
<https://doi.org/10.2307/40184061>

- Ardila, R. (2003). Calidad De Vida: una definición integradora. *Rev Latinoam Psicol*: 35(2):161–4.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Washington, DC: Autor.
- Astudillo-García, C., & Rojas-Russell, M. (2006). Autoeficacia y disposición al cambio para la realización de actividad física en estudiantes universitarios. *Acta Colomb. Psicol*, 9(1), 41–50.
- Bandura, A. (1999). Social cognitive theory : An agentic Albert Bandura. *Asian Journal of Social Psychology*, 21–41.
- Barquera-Cervera S, Campos-Nonato I, Rojas R, Rivera J. (2010). Obesidad en México: epidemiología y políticas de salud para su control y prevención. *Gac Médica*; 397–407.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2010/gm106g.pdf>
- Barrera, A., Molina, M., & Rodríguez, A. (2013). Escenario actual de la obesidad en Mexico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 51(3), 292–299.
<https://doi.org/http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im133k.pdf>
- Bausela Herreras, E. (2014). Funciones ejecutivas: nociones del desarrollo desde una perspectiva neuropsicológica. *Acción psicológica*, 11(1), 21-34.
- Bennett, J., Greene, G., & Schwartz-Barcott, D. (2013). Perceptions of emotional eating behavior. A qualitative study of college students. *Appetite*, 60, 187–192.
[doi:10.1016/j.appet.2012.09.023](https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.09.023)
- Bertran, M. (2010). Acercamiento antropológico de la alimentación y salud en México. *Physis*: 20(2), 387-411.

- Bisquert Bover, M., Ballester Arnal, R., Gil Llario, M. D., Elipe Miravet, M., & López Fando Galdón, M. (2020). Motivaciones para el ejercicio físico y su relación con la salud mental y física: un análisis desde el género. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 1(1), 351–360.
<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2020.n1.v1.1792>
- Bisquert Bover, M., Ballester Arnal, R., Gil Llario, M. D., Elipe Miravet, M., & López Fando Galdón, M. (2020). Motivaciones para el ejercicio físico y su relación con la salud mental y física: un análisis desde el género. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 1(1), 351–360.
<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2020.n1.v1.1792>
- Bray, S. R., Gyurcsik, N. C., Culos-Reed, S. N., Dawson, K. A., & Martin, K. A. (2001). An exploratory investigation of the relationship between proxy efficacy, self-efficacy and exercise attendance. *Journal of Health Psychology*, 6(4), 425–434.
<https://doi.org/10.1177/135910530100600405>
- Bray, S. R., Gyurcsik, N. C., Culos-Reed, S. N., Dawson, K. A., y Martin, K. A. (2001). An exploratory investigation of the relationship between proxy efficacy, self-efficacy and exercise attendance. *Journal of Health Psychology*, 6(4), 425–434.
<https://doi.org/10.1177/135910530100600405>
- Bucco-dos Santos, L. & Zubiaur-González, M. (2013). Desarrollo de las habilidades motoras fundamentales en función del sexo y del índice de masa corporal en escolares. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 13(2), 63-71.

- Burgess, E., Hassmén, P., y Pumpa, K. L. (2017). Determinants of adherence to lifestyle intervention in adults with obesity: a systematic review. *Clinical Obesity*, 7(3), 123–135. <https://doi.org/10.1111/cob.12183>
- Campos Jara, C., Delgado Floody, P., Caamaño Navarrete, F., Guzmán Guzmán, I., & Cresp Barría, M., Jerez Mayorga, D., Alarcón Hormazábal, M. & Osorio Poblete, A. (2016). Alteraciones en el rendimiento físico de escolares: los Test Cafra y Navette y su asociación con la obesidad y riesgo cardiometabólico. *Nutrición Hospitalaria*, 33(4), 808-813.
- Campos-Uscanga, Y. A. V. L. Z. (2012). Autorregulación y autoeficacia en estudiantes universitarios con obesidad Autorregulación y autoeficacia en estudiantes universitarios con obesidad Self-Regulation and Self-Efficacy Among University Students with Obesity Resumen. *UniverSalud*, 15(October 2016), 3–8.
- Cantón Chirivella, E. (2001). Deporte, salud, bienestar y calidad de vida. *Cuadernos de Psicología Del Deporte*, 1(1), 27–38. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=941084&info=resumen&idioma=SPA>
- Carissimi, A., Adan, A., Tonetti, L., Fabbri, M., Hidalgo, M. P., Levandovski, R., Martoni, M. (2017). Autoeficácia física associada ao índice de massa corporal em crianças em idade escolar. *Jornal de Pediatria*, 93(1), 64–69. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2016.04.011>
- Carissimi, A., Adan, A., Tonetti, L., Fabbri, M., Hidalgo, M. P., Levandovski, R., ... Martoni, M. (2017). Physical self-efficacy is associated to body mass index in schoolchildren. *Jornal de Pediatria (Versão Em Português)*, 93(1), 64–69. <https://doi.org/10.1016/j.jpmedp.2016.04.008>

- Carlos, F., & Li, A. (2010). Sedentarismo Y Actividad Física. *Revista Científica Médica De Cien Fuegos*, 10, 55–60. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457744936020>
- Casas, A. G., Rodríguez-García, P. L., Guillamón, A. R., García-Cantó, E., Pérez-Soto, J. J., Marcos, L. T., y López, P. T. (2015). Relación entre el estatus de peso corporal y el autoconcepto en escolares. *Nutrición Hospitalaria*, 31(2), 730–736. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.2.8467>
- Chacón-Borrego, F., Corral-Pernía, J. A., & Ubago-Jiménez, J. L. (2017). Uso de espacios públicos para la práctica de actividad física. Influencia de variables sociodemográficas en personas adultas. *Journal of Sports Economics & Management*, 7(3), 120-129.
- Chacón-Cuberos, R., Zurita-Ortega, F., Ubago-Jiménez, J. L., González-Valero, G., & Sánchez-Zafra, M. (2018). Condición física, dieta y ocio digital según práctica de actividad física en estudiantes universitarios de Granada. *SPORT TK-Revista EuroAmericana de Ciencias Del Deporte*, 7(2), 7–12. <https://doi.org/10.6018/sportk.343121>
- Chiesa, T. y Caspio, C.; (2013). Factores de Riesgos y Determinantes de la Salud. *Revista de Salud Pública*. Vol. XVII (4), 53-68: http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP13_5_09_art%206.pdf
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2017). *Ley General de Salud*.
- Contreras, E. (2016). ¿Lo compro o no lo compro? ¿Lo cómo o no lo cómo? Percepciones mexicanas en torno a los cambios en la alimentación humana” *Razón y Palabra*. 20(94).
- Cortés, A. B. R. (2017). Aportes de la Recreación en la Apropriación del Espacio Público. *LICERE - Revista Do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar Em Estudos Do Lazer*, 20(2), 315–352. <https://doi.org/10.35699/1981-3171.2017.1654>

- Cruz-Sáez, M.S., Pascual, A., Wlodarczyk, A., Polo-López, R., Echeburúa, E. (2016).
Insatisfacción corporal y conductas de control del peso en chicas adolescentes con
sobrepeso: papel mediador de la ansiedad y la depresión. *Nutr Hosp*;33(4):935–40.
- Cuadra-Martínez, D., Georgudis-Mendoza, C., & Alfaro-Rivera, R. (2012). Representación
social de deporte y educación física en estudiantes con obesidad. *Revista
Latinoamericana En Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10(2), 983–1001.
- Cuevas Ferrera, R. & González Hernández, J. (2015). Actividad física como modelo de
promoción de salud, adaptación individual y esfuerzo saludable en la adolescencia.
EFDportes.Com, 204, 1–5.
- Dávila-Torres, J., González-Izquierdo, J. de J., y Barrera-Cruz, A. (2015). Panorama de la
obesidad en México. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 53(2),
241–249.
- De la Torre, M. J., García, M. C., de la Villa, M. y Casanova, P. F. (2015). Relaciones entre
violencia escolar y autoconcepto multidimensional en adolescentes de Educación
Secundaria Obligatoria. *European Journal of Education and Psychology*, 1(2), 57-70.
- De Ridder, D. T. D., Lensvelt-Mulders, G., Finkenauer, C., Stok, F. M., y Baumeister, R. F.
(2012). Taking stock of self-control: A meta-analysis of how trait self-control relates to a
wide range of behaviors. *Personality and Social Psychology Review*, 16(1), 76–99.
<https://doi.org/10.1177/1088868311418749>
- Díaz Aguirre, M. M., & Gordón de Isaacs, L. (2017). Perspectiva integral de abordaje al
fenómeno sobrepeso y obesidad en adolescentes. *Enfoque (Panama)*, 21(17), 90–108.
http://sibiup.up.ac.pa/otros-enlaces/enfoque/Julio_Diciembre_2018/13 Artículo 6
Fenomeno de Sobrepeso y Obesidad Enfoque_Enfermeria_J

Díaz, G. et al. (2011). Efecto de la publicidad de alimentos anunciados en la televisión sobre la preferencia y el consumo de alimentos: revisión sistemática” *Nutrición Hospitalaria*.

26(6), pp. 1250-1255.

El Poder del Consumidor (2014). *Publicidad de alimentos y bebidas dirigida a la infancia: estrategias de la industria*. México.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012). *Resultados Nacionales de Salud y Nutrición*. 2a. ed. In Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud.

<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales2Ed.pdf>

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de medio camino*. Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud.

<https://doi.org/10.21149/8593>

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud.

<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Estévez González, F. (2010). Comunidades web como herramienta para la promoción de la salud y prevención de enfermedades. *Revista Española de Comunicación En Salud*, 1(1), 3–8.

Gálvez Casas, A., Rosa Guillamon, A., García-Cantó, E., Rodríguez García, P.L., Pérez-Soto, J.J., Tarraga Marcos, L. (2015). Estado nutricional y calidad de vida relacionada con la salud en escolares del sureste español. *Nutr Hosp.*(2):737–43.

García Rodríguez, K. (2018). Influence of psychological and familial factors on the maintenance of childhood obesity. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 9(2), 221–237.

<https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2018.2.503>

- García, J. E. M., López, E. J. M., y Cruces, A. G. (2014). Sedentarismo, salud e imagen corporal en adolescentes. Wanceulen SL.
- García-García, E., De la Llata-Romero, M., Kaufer-Horwitz, M., Tusié-Luna, M.T., Calzada León, R., Vázquez-Velázquez, V. (2008). La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. *Salud Publica Mex.* (6):530–47.
- García-Viniegras. (2005). El Bienestar Psicológico: Dimensión Subjetiva De La Calidad De Vida. *Rev Electrónica Psicol Iztacala*;8(2):1–20.
- Godoy-Izquierdo, D. González-Hernández, J. Rodríguez-Tadeo, A. Lara, P. Ogallar, D. Navarrón, D. López-Mora, C. y Ramírez, F. (2020). Body Satisfaction, Weight Stigma, Positivity and Happiness Among Overweight and Obese Spanish Adults: A Preliminary Analysis. *International Journal of Environmental and Public Health Research* (in press)
- Goldthorpe, J., Epton, T., Keyworth, C., Calam, R., y Armitage, C. J. (2020). Are primary/elementary school-based interventions effective in preventing/ameliorating excess weight gain? A systematic review of systematic reviews. *Obesity Reviews*, 1–10. <https://doi.org/10.1111/obr.13001>
- Gómez-Landeros, O., Galván-Amaya, G. del C., Aranda-Rodríguez, R., Herrera-Chacón, C., & Granados-Cosme, J. A. (2019). Prevalencia de sobrepeso, obesidad y antecedentes de enfermedad crónica en universitarios mexicanos. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 56(5), 462–467. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30777414>
- González, E.J.O., et al. (2014). Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Un Grupo de Adolescentes de Medellín (Colombia): Asociación con Aspectos Sociodemográficos, Exceso de Peso u Obesidad y Actividad Física.

Goñi, A., Ruiz, S., & Liberal, I. (2004). Propiedades Psicométricas De Un Nuevo Cuestionario Para La Medida Del Autoconcepto Físico. *Revista de Psicología Del Deporte*, 13(2), 195–213.

Gutiérrez, J. P., Rivera-Dommarco, J. A., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., Hernández-Ávila, M. (2013). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. 2a. ed. In Instituto Nacional de Salud Pública. <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales2Ed.pdf>

Hall, A. K., Cole-Lewis, H., & Bernhardt, J. M. (2015). Mobile text messaging for health: A systematic review of reviews. *Annual Review of Public Health*, 36, 393–415. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031914-122855>.

Harvard Health Publications. (2012). Why stress causes people to overeat. Retrieved from http://www.health.harvard.edu/newsletters/Harvard_Mental_Health_Letter/2012/February/why-stress-causes-peopleto-overeat

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6th ed.). México D.F: McGRAW-HILL.

Herrero Jaén, S. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Santa Cruz de La Palma*, 10(2). Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006

Instituto Nacional de Estadística y Geografía y Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte. (2014). *Estadísticas de práctica deportiva y ejercicio físico*.

Http://Www.Inegi.Org.Mx/Est/Contenidos/Proyectos/Encuestas/Hogares/Modulos/Mopra def/Doc/Resultados_Mopra def_Feb_2014.Pdf.

- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2014) Regulación de la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas en México: El Código PABI vs. Regulaciones Internacionales. En: <http://www.insp.mx/epppo/blog/2865-reg-publicidad-alimentos-bebidas-mex-codigo-pabi-vs-regintern-439.html>
- Kellogg, S. (2010). Personality characteristics in males associated with weight loss maintenance: An exploratory study. Dissertation Abstracts International: Section B: The Lake, A. y T. Townshend (2006) “Obesogenic environments: Exploring the built and food environments” The Journal of the Royal society for the Promotion of Health. 126(6), 262-267.
- Laatikainen, T. E., Broberg, A., & Kytta, M. (2017). The physical environment of positive places: Exploring differences between age groups. *Preventive Medicine*, 95, 85-91. DOI:
- Laura González, C., Cerreño-Aguirre, A., Monsalve-Alvarez, J., & Stella, L. (2017). Exceso de peso corporal en estudiantes universitarios según variables sociodemográficas y estilo de vida. *Rev Chil Nutr*, 44(3), 251–261. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182017000300251>
- Leiva, A. M., Martínez, M. A., Cristi-Montero, C., Salas, C., Ramírez-Campillo, R., Martínez, X. D., Celis-Morales, C. (2014). El sedentarismo se asocia a un incremento de factores de riesgo cardiovascular y metabólicos independiente de los niveles de actividad física. *Revista Médica de Chile*, 145(April), 458–467.
- Londoño, C. y Velasco, M. (2015). Estilo de afrontamiento, optimismo disposicional, depresión, imagen corporal, imc, y riesgo de tca como predictores de calidad de vida relacionada con la salud. *Psychol Av la Discip*.9(2):35–47.

- López Sánchez, G. F., Suárez, A. D., & Smith, L. (2018). Análisis de imagen corporal y obesidad mediante las siluetas de stunkard en niños y adolescentes españoles de 3 a 18 años. *Anales de Psicología*, 34(1), 167–172. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.1.294781>
- López, J. M., Ruiz, Á. S., Juan, S. M., Zarceño, E. L., y Sebastián, M. J. (2019). Actividad física y obesidad en población universitaria: ¿Todo ejercicio físico es beneficioso? *Dossier*, 118, 68–80.
- López-Alarcón, M.G., Rodríguez-Cruz, M. (2008). Epidemiología y genética del sobrepeso y la obesidad: Perspectiva de México en el contexto mundial. *Bol Med Hosp Infant Mex*;65(6):421–30. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600003&ln=es&nrm=iso&tlng=es
- Lugli Rivero, Zoraide. (2011). Autoeficacia y locus de control: variables predictoras de la autorregulación del peso en personas obesas. *Pensamiento Psicológico*, 9(17), 43-56. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612011000200005&lng=en&tlng=es.
- Luppino, F. S., De Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W., & Zitman, F. G. (2010). Overweight, Obesity, and Depression. *Archives Gene Psychiatry*, 67(3), 220–229.
- Majon Ruiz, J., & Carrasco Sousa, J. (2007). Educación para la salud: hacia un nuevo modelo estructural y de intervención multidisciplinar desde los centros educativos. *Revista Fuentes*, 7, 107–116
- Malo Serrano, M., Castillo M., N., & Pajita D., D. (2017). Obesity in the world. *Anales de La Facultad de Medicina*, 78(2), 67. <https://doi.org/10.15381/anales.v78i2.13213>

- Martin, P. D., Dutton, G. R., & Brantley, P. J. (2004). Self-efficacy as a predictor of weight change in African-American women. *Obesity Research*, 12(4), 646–651.
<https://doi.org/10.1038/oby.2004.74>
- Martínez Espinosa, A. (2017). The consolidation of the obesogenic environment in Mexico. *Estudios Sociales*, 27(50), 1–32. Retrieved from
<http://www.scielo.org.mx/pdf/estsoc/v27n50/0188-4557-estsoc-27-50-00006.pdf>
- Martínez-Martínez, F. D., y González-Hernández, J. (2018). Práctica de actividad física, conducta prosocial y autoconcepto en adolescentes: conexiones en el contexto escolar. *Electronic Journal of Research in Education Psychology*, 16(46), 555.
<https://doi.org/10.25115/ejrep.v16i46.2235>
- Martínez-Munguía, C., & Navarro-Contreras, G. (2015). Factores psicológicos, sociales y culturales del sobrepeso y la obesidad infantil y juvenil en México. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 52(0443–5117).
- Martínez-Riera, J. R., Gallardo Pino, C., Aguiló Pons, A., Granados Mendoza, M. C., López-Gómez, J., & Arroyo Acevedo, H. V. (2018). The university as a community: health-promoting universities. *SESPAS Report 2018. Gaceta Sanitaria*, 32, 86–91.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.08.002>
- Mayo Clinic. (2012). Weight-loss: Gain control of emotional eating. From
<http://www.mayoclinic.com/health/weight-loss/mh00025/nsectiongroup=2>
- Mena-Bejarano, B. (2006). Análisis de experiencias en la promoción de actividad física. *Revista de Salud Pública*, 8(SUPPL. 2), 42–56. <https://doi.org/10.1590/s0124-00642006000500004>

Moreno-Arrebola, R., Puertas-Molero, P., Castañeda-Vázquez, C., & Castro-Sánchez, M. (2019).

Insuficiente adherencia al ejercicio físico de universitarios. Una revisión sistemática.

SPORT TK-Revista EuroAmericana de Ciencias Del Deporte, 8(1), 39–50.

<https://doi.org/10.6018/sportk.362041>

Morselli, L., Leproult, R., Balbo, M., & Spiegel, K. (2010). Role of sleep duration in the

regulation of glucose metabolism and appetite. *Best Practice & Research Clinical*

Endocrinology & Metabolism, 24(5), 687–702. doi:10.1016/j.beem.2010.07.005

Nalda, F. N., y Trens, M. A. J. (2016). Concepciones de los estudiantes sobre la eficacia de los ambientes de aprendizaje universitarios. *Revista de Investigación Educativa*, 34(2), 503-519.

Neville, O., Geneviève, H., Matthews, C., & Dunstan, D. (2010). Too much sitting: the

population health science of sedentary behavior. *Exercise and Sport Sciences Reviews*,

38(3), 105–113. Retrieved from

<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed13&NEWS=N&AN=20577058>

Newton, J., Dooris, M., & Wills, J. (2016). Healthy universities: an example of a whole-system

health-promoting setting. *Global Health Promotion*, 23(June), 57–65.

<https://doi.org/10.1177/1757975915601037>

Nicole, W. (2013) “Ingredientes secretos: ¿Quién sabe qué hay en tus alimentos?” *Salud Pública*

de México. 55(4), 442-447.

Olivari-Medina, C., y Urra Medina, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y*

Enfermería, 13(1), 9–15.

Organización Mundial de la Salud. (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Medicina, 45.

Organización Mundial de la Salud. (2018). Actividad física. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

Organización Mundial de la Salud. (2020). Obesidad y sobrepeso. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.

Organización Panamericana de la Salud. (n.d.). Salud del adolescente.

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3177:salud-del-adolescente&Itemid=2428&lang=es

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Salud del adolescente.

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3177:salud-del-adolescente&Itemid=2428&lang=es

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2019). La pesada carga de la obesidad. Retrieved from 10 de octubre del 2019 website:

<http://www.oecd.org/health/the-heavy-burden-of-obesity-67450d67-en.htm>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2020). Presentación del estudio:

La Pesada Carga de la Obesidad: La Economía de la Prevención.

<https://www.oecd.org/about/secretary-general/heavy-burden-of-obesity-mexico-january-2020-es.htm>

Ortiz, R.M., Nava, G., Muñoz, S. y Veras, M. (2010) Epidemiología de la obesidad. In: Morales JA, editor. Obesidad Un enfoque multidisciplinario. Ciencia al. Pachuca p. 75–100.

Pacheco, M. D. Michelena, M. Mora, R., Salvador, Miranda O. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en estudiantes universitarios. Rev Cuba Med Mil;43(2):157–68.

- Pérez, D., Rivera, J. y L. Ortiz (2010) “Publicidad de alimentos en la programación de la televisión mexicana: ¿los niños están más expuestos?” *Salud pública de México*. 52(2), 119-126
- Phelan, S., Halfman, T., Pinto, A. M., & Foster, G. D. (2020). Behavioral and Psychological Strategies of Long-Term Weight Loss Maintainers in a Widely Available Weight Management Program. *Obesity*, 28(2), 421–428. <https://doi.org/10.1002/oby.22685>
- Pineda, M.L., Zapata M., Donado, J.H. (2013) Calidad de vida relacionada con la salud de los estudiantes de pregrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana. *Med UPB*;33(2):117–23.
- Prieto, J.A., Del Valle M., Nistal P, Méndez D, Barcala-Furelos, R., Abelairas-Gómez C. (2015). Relevancia de un programa de equilibrio en la calidad de vida relacionada con la salud de mujeres adultas mayores obesas. *Nutr Hosp*. 32(6):2800–7.
- Ramírez, J. A. et al. (2003). Transición alimentaria en México. *Anales de Pediatría*. Vol. 58, núm. 6, pp. 568-573. Elsevier Doyma.
- Reigal Garrido, R., Videra García, A., Parra Flores, J., & Juárez Ruiz de Mier, R. (2012). Actividad físico-deportiva, autoconcepto físico y bienestar psicológico en la adolescencia. *Retos: Nuevas Tendencias En Educación Física, Deporte y Recreación*, 2041(22), 19–23.
- Reyes Jarquín, K., & Hernández Pozo, M. D. R. (2012). Análisis crítico de los estudios que exploran la auto-eficacia y bienestar vinculados al comportamiento saludable. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 3(2), 5. <https://doi.org/10.5460/jbhsi.v3.2.29915>

- Rhodes, R. E., Janssen, I., Bredin, S. S. D., Warburton, D. E. R., & Bauman, A. (2017). Physical activity: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychology and Health*, 32(8), 942–975. <https://doi.org/10.1080/08870446.2017.1325486>
- Rivera Dommarco, J. A.; Hernández Ávila, M., Aguilar Salinas, C., Vadillo Ortega, F. & Murayama Rendón, C. (2015). *Obesidad en México (Dirección)*. <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/Obesidad/obesidad.pdf>
- Rivera-Dommarco, J.A, Hernández-Ávila, M., Aguilar-Salinas, C., Vadillo-Ortega, F., Murayama-Rendón, C. (2015). *Obesidad en México*. <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/Obesidad/obesidad.pdf>
- Román, S., Ojeda, C. & A. Panduro (2013). Genética y evolución de la alimentación de la población en México. *Rev Endocrinol Nutr.* 21(1), 42-51
- Román, Y., Díaz, B., Cárdenas, M., y Zoraide, L. (2007). Construcción y validación del Inventario Autoeficacia Percibida para el Control de Peso. *Clínica y Salud*, 18(1), 45–56.
- Rosa, S. M., & Olea, S. D. E. A. (2006). Sedentarismo y salud: efectos beneficiosos de la actividad física. *Sedentarismo y Salud: Efectos Beneficiosos de La Actividad Física*, 1(83), 12–24.
- Rosado, L., Tun, D., Padrón, L., Madera, G., Ortiz, L., & Uicab, G. de los A. (2017). Sobrepeso y obesidad: prevalencia, determinantes sociales y biológicos en preescolares de Mérida, Yucatán. 1(1), 54–73.
- Salamanca, A., & Giraldo, C. (2012). Modelos cognitivos y cognitivo sociales en la prevención y promoción de la salud. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 2(2), 185–202.

- Salazar-Estrada, J. G. Martínez-Moreno, A. G. Torres-López, T. M. Aranda-Beltrán, C. López-Espinoza, A. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud y obesidad en trabajadores de manufacturas en Jalisco, México. *Arch Latinoam Nutr*; 66(1):43–51.
<http://www.alanrevista.org/ediciones/2016/1/art-5/>
- Salinas Rodríguez, J., González Díaz, A., Espinosa Sierra, V., & González Díaz, H. (2018). Diferencias En Comportamientos De Riesgo Y Problemas En Personas Con Sobrepeso Y Obesos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(1), 1–20.
- Santoncini, C. U., de León Vázquez, C. D., & Márquez, J. A. R. (2016). Conductas alimentarias de riesgo y correlatos psicosociales en estudiantes universitarios de primer ingreso con sobrepeso y obesidad. *Salud Mental*, 39(3), 141–148. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2016.012>
- Schneider, K. L., Appelhans, B. M., Whited, M. C., Oleski, J., & Pagoto, S. L. (2010). Trait anxiety, but not trait anger, predisposes obese individuals to emotional eating. *Appetite*, 55(3), 701–706. doi:10.1016/j.appet.2010.10.006
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*. 2003;9(2):9–21.
- Secretaría de Salud. (2016). Declaratoria de Emergencia Epidemiológica EE-4-2016.
- Shlisky, J. D., Hartman, T. J., Kris-Etherton, P. M., Rogers, C. J., Sharkey, N. A., & Nickols-Richardson, S. M. (2012). Partial Sleep Deprivation and Energy Balance in Adults: An Emerging Issue for Consideration by Dietetics Practitioners. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 112(11), 1785–1797. doi:10.1016/j.jand.2012.07.032
- Sinha, R., & Jastreboff, A. M. (2013). Stress as a Common Risk Factor for Obesity and Addiction. *Biological Psychiatry*, 73(9), 827–835. doi:10.1016/j.biopsych.2013.01.032

Sociedad Mexicana de Psicología. Código Ético del Psicólogo. Trillas. Ciudad de México; 2013

Soto-Estrada, G., Moreno-Altamirano, L., Pahua Díaz, D., Soto-Estrada, G., Moreno-

Altamirano, L., & Pahua Díaz, D. (2016). Epidemiological overview of Mexico's leading causes of morbidity and mortality. *Revista de La Facultad de Medicina*.

Stephens, S. K., Cobiac, L. J., & Veerman, J. L. (2014). Improving diet and physical activity to reduce population prevalence of overweight and obesity: An overview of current evidence. *Preventive Medicine*, 62, 167–178.

<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.02.008>

Sturman, D., Stephen, I. D., Mond, J., Stevenson, R. J., y Brooks, K. R. (2017). Independent Aftereffects of Fat and Muscle: Implications for neural encoding, body space representation, and body image disturbance. *Scientific Reports*, 7(1), 1-8.

<https://doi.org/10.1038/srep40392>

Suárez-Carmona, W., Sánchez-Oliver, A. J., & González-Jurado, J. A. (2017). Obesity Physiopathology: Current Perspectives. *Journal of Nutritional Biology*, 44(3), 226–233.

<https://doi.org/10.18314/jnb.v4i1.160>

Sutin, A. R., Ferrucci, L., Zonderman, A. B., & Terracciano, A. (2011). Personality and obesity across the adult life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(3), 579

Tamayo, D. & Restrepo, M. (2014). Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de Psicología: Universidad de Antioquia*, 6 (1), 91-112.

Uribe-Carvajal, R., Jiménez-Aguilar, A., Morales-Ruan, M. del C., Salazar-Coronel, A. A., & Shamah-Levy, T. (2018). Percepción del peso corporal y la probabilidad de desarrollar obesidad en adultos mexicanos. *Salud Pública de México*. 60(3), 254.

<https://doi.org/10.21149/8822>

- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M., & López-Miñarro, P. A. (2013). Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*, 28(1), 27–35.
<https://doi.org/10.3305/nh.2013.28.1.6016>
- Vargas, L. A. (2010). ¿Para qué sirven los estudios antropológicos sobre alimentación y nutrición? *Diario de campo*: Pp.66-71.
- Videra-García, A., & Reigal-Garrido, R. (2013). Autoconcepto físico, percepción de salud y satisfacción vital en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, 29(1), 141–147.
<https://doi.org/10.6018/analesps.29.1.132401>
- Weinberg, R. & Gould, D. (1996). *Fundamentos de psicología del deporte y el ejercicio físico*. Ariel.
- Weinberger, N. A., Kersting, A., Riedel-Heller, S. G., & Luck-Sikorski, C. (2017). Body Dissatisfaction in Individuals with Obesity Compared to Normal-Weight Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obesity Facts*, 9(6), 424–441.
<https://doi.org/10.1159/000454837>
- World Health Organization. (2018). *Actividad física*. Retrieved from
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- World Health Organization. (2020). *Obesidad y sobrepeso*. Retrieved from 2020 website:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Anexos

Cronograma de actividades

Tabla 26.

Cronograma de actividades

FASES DEL DIAGNÓSTICO	TIEMPO EN MESES														
	2019												2020		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
Fase 1.	X	X	X												
Fase 2.			X												
Fase 3.			X	X	X										
Fase 4.			X												
Fase 5.			X	X											
Fase 6.				X	X	X	X	X							
Fase 7.						X	X	X							
Fase 8.									X	X					
FASES DEL MODELO DE INTERVENCIÓN															
Fase 1.											X				
Fase 2.											X	X			
Fase 3.												X			
Fase 4.												X			
Fase 5.												X	X		
Fase 6.												X	X	X	
Fase 7.														X	X
Fase 8.	Nota: a partir del 13 de marzo del 2020, todas las actividades fueron suspendidas a causa de la pandemia del COVID-19.														
Fase 9.															
Fase 10.															
Fase 11.															
Fase 12.															

Instrumentos de evaluación del diagnóstico.

Items	
31	Evitar comer chucherías entre comidas
7	Pensar que tienes la fuerza de voluntad de dejar de comer golosinas
17	Evitar los dulces a pesar de su sabor
5	Evitar comer alimentos chatarras (perro caliente, hamburguesa, granjero, etc)
22	Eliminar de tu dieta los dulces y golosinas
8	Prescindir del chocolate u otras golosinas que comes regularmente si te sientes presionado(a)
10	Realizar meriendas bajas en calorías
15	Evitar comer comida chatarra cuando almuerzas o cenas fuera de casa
24	Estar en una panadería y comprar un yogurt en vez de una pizza
20	Insistir con la compra de alimentos bajos en calorías
33	Evitar comer fuera de los horarios de comida
35	Crear que puedes comer vegetales frente a personas que están ingiriendo comida chatarra
27	Pensar que realizando las 3 comidas diarias bajas en grasas contribuyes a controlar tu peso
18	Rechazar invitaciones a comer alimentos ricos en grasas
26	Evitar picar de lo que haya en la nevera o en la despensa si te sientes muy nervioso(a)
13	Al comer en grupo reducir la cantidad de alimentos que consumes
11	Crear que respetando horarios de comida contribuyes a controlar tu peso

Figura 14. Parte del instrumento original AP-CP

Items y escalas del Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF) (Opciones de respuesta: Falso, Casi siempre falso, A veces verdadero/falso, Casi siempre verdadero, Verdadero)	
1.	Soy bueno/a en los deportes (H)
2.	Tengo mucha resistencia física (C)
3.	Tengo más fuerza que la mayoría de la gente de mi edad (F)
4.	Físicamente me siento bien (AFG)
5.	Me siento a disgusto conmigo mismo/a (AG)
6.	No tengo cualidades para los deportes (H)
7.	Me quedo pronto sin aliento y tengo que bajar el ritmo o abandonar en los ejercicios físicos intensos (C)
8.	Me cuesta tener un buen aspecto físico (A)
9.	Me cuesta levantar tanto peso como los demás (F)
10.	Me siento feliz (AG)
11.	Estoy en buena forma física (C)
12.	Me siento contento/a con mi imagen corporal (A)
13.	Soy capaz de realizar actividades que exigen fuerza (F)
14.	En lo físico me siento satisfecho/a conmigo mismo/a (AFG)
15.	No me gusta lo que estoy haciendo con mi vida (AG)
16.	Soy de las personas que están descontentas de cómo son físicamente (AFG)
17.	Tengo más habilidad que la gente de mi edad practicando deportes (H)
18.	Puedo correr y hacer ejercicio durante mucho tiempo sin cansarme (C)

Figura 15. Parte del instrumento original CAF

Cartas descriptivas de las actividades del programa.

Tabla 27.

Carta descriptiva de Rincones Saludables

Modificación del ambiente: RINCONES SALUDABLES.				
Descripción de la actividad: Espacios educativos dentro del campus, los cuales serán puntos de información básica y práctica a los estudiantes sobre la actividad física cotidiana, actividad física programada y alimentación saludable de manera didáctica.				
Temporalidad: Los rincones saludables tendrán lugar cada dos semanas, siendo 2 rincones por mes, haciendo un total de 10 rincones debido a los días inhábiles y el periodo vacacional dentro de un semestre regular de clase.				
N°	Tema	Objetivo	Descripción de la actividad	Recursos
1	Salud y hábitos saludables	Que los estudiantes conozcan los hábitos saludables que pueden aplicar para mejorar su salud, e identifiquen las repercusiones que tienen los malos hábitos a su calidad de vida.	<p>Por medio del juego de Jeopardy, se le brindará al participante información directa sobre hábitos saludables relacionados con la alimentación, la actividad física y ejercicio, estadísticas de enfermedades y consecuencias del no cuidar la salud. El participante puede jugar en 5 categorías que le darán puntos de 100, 200, 300, 400 y 500 respectivamente donde se le preguntará y se evaluará sus conocimientos con respecto al área de salud. Con cada pregunta el participante puede acumular puntos para la “salud” o en su caso si se equivoca estos puntos pasarán a la enfermedad, al finalizar el juego se contarán los puntos para saber si gana la “salud” o gana la “enfermedad”.</p> <p>Reforzador: Los que asistan al rincón se les otorgarán 500 pasos en su ranking cuenta pasos y el ganador de la ronda se le otorgará una estampa de Balam que podrán intercambiar al finalizar el programa</p>	Fichas por cada puntaje con las preguntas al reverso Hoja de respuestas. Hojas en blanco para llevar puntaje Plumones Lista de participación Mesa Banner con araña del programa Cartel de información del rincón Promotores de Salud para aplicar la actividad Computadora o celulares con internet Liga de evaluación pre-post
2	Actividad Física	Que los estudiantes conozcan algunas	Se les mostrará a los estudiantes una rutina de	Ropa cómoda Tenis

		rutinas de ejercicios que pueden realizar en casa sin necesidad de tener pesas o máquinas, con ejercicios fáciles y rápidos de realizar.	ejercicios fáciles y rápidos de hacer utilizando cosas que tengan en casa como sillas, bloques, y su propio peso, proporcionándoles la técnica para realizarlo y cuántas veces deben hacerlo, al igual que dándoles a conocer que partes del cuerpo trabajamos con cada ejercicio	Silla Bloques Artículos con peso que tengan en casa Entrenador Promotores en Salud
3	Alimentación	Que los estudiantes tengan una mejor comprensión del etiquetado nutrimental, de forma que esto contribuya a que realicen una mejor elección de alimentos, así como también, que tengan un mejor entendimiento de los nutrientes que contienen los productos que consumen regularmente	Se llevará a cabo una explicación oral acerca de cómo leer el etiquetado nutrimental. Como apoyo y para una mejor comprensión, se usará una manta con impresión de una etiqueta nutrimental. Esta servirá como guía para indicar donde se encuentran las secciones que se explicarán. Posterior a la explicación, se entregará un folleto por persona, con información resumida acerca del etiquetado nutrimental. Reto para RS: tomarse una <i>selfie</i> en el rincón y colocar el #YoSoySaludable #MYCUADY Reforzador: quien suba la foto obtendrá una estampa de Balam y la foto que tenga más <i>likes</i> recibirá un botellón de agua del programa.	Manta de etiqueta nutrimental Folletos impresos Mesa Plumas Promotores en Salud Nutriólogo Estampas de Balam, Botellones de agua.
4	Actividad física	Que los participantes puedan pasar un rato agradable escuchando música mientras saltan la cuerda, actividad que envuelve los músculos de los brazos y de las piernas y mejora la función	Se invita a los participantes a divertirse mientras saltan la cuerda y otros compañeros se unen a la actividad. Reforzador: El participante que más tarde saltando obtendrá una playera del programa y todos los que compartan la actividad en Redes Sociales mencionando #MueveTuCampusUADY obtendrán una estampa de	Cuerda Larga Celular con música Bocinas con bluetooth Estampas de Balam.


		cardiovascular y metabólica, al igual que propicia la generación de dopamina y baja el cortisol.	Balam, la cual podrán cambiar por premios al final del programa.	
5	Alimentación	Presentar ideas de snacks fáciles, saludables y rápidos de hacer dentro del estilo de vida de los universitarios, con el objetivo de introducir nuevas opciones a la dieta que sean beneficiosas para la salud.	Con apoyo de un nutriólogo, realizar una demostración de snacks saludables presentando la lista de ingredientes para cada receta, se tendrán los ingredientes y se realizará una al momento para que sirva de guía y demostración de lo sencillo de su preparación y explicar su utilidad. Reforzador: poder probar los snacks	Mesa Guates Promotores de Salud (2) Nutriólogo Platos Gel antibacterial Ingredientes de los Snacks.
6	Hidratación	Reconocer la importancia de la familiarización con la Jarra del Buen Beber, así como promover el consumo frecuente de agua como estrategia para la reducción del sobrepeso y la obesidad en los jóvenes universitarios	Con la ayuda de una figura grande en fomi de la Jarra del Buen Beber sin rellenar, el participante tendrá que colocar el tipo de bebida en cada nivel según el consumo recomendado que crea es el adecuado. Una vez colocadas todas las bebidas, se corroborará si las respuestas son correctas según el consumo recomendado de cada bebida. Posteriormente a modo de reflexión se abordará la importancia que tiene el consumo regular de agua simple, los beneficios que trae a la salud en general, así como las consecuencias de limitar el consumo de este líquido en nuestra ingesta diaria. Asimismo, se les hará entrega de un formato para invitarles a seguir el consumo recomendado de agua durante los próximos días. Se dará	Figura de fomi de la Jarra del Buen Beber. Tarjetas con diferentes imágenes de bebidas. Cinta adhesiva. Formatos de consumo de agua. 2 promotores de la salud. Mesa

			<p>seguimiento a este formato a través del grupo de WhatsApp.</p> <p>Reforzador 1: Cada bebida colocada correctamente tendrá una puntuación de 50 pasos, en total el participante podría ganar 600 pasos en ese día.</p> <p>Reforzador 2: 300 pasos por cada día que se alcance el consumo mínimo recomendado de agua simple.</p>	
7	Actividad física programada	Promover el ejercicio en los estudiantes a través de una serie de ejercicios preparados previamente.	<p>Se realizará una rutina de ejercicios a manera de circuito de 3 sets con un periodo de duración total del circuito de 10 minutos, la cual consistirá en la realización de 3 ejercicios continuos sin parar con un periodo de tiempo de 1 minuto cada uno y un descanso de 30 segundos entre set. Cabe mencionar que la intensidad del ejercicio dependerá de la condición física de la persona, por lo que no se impondrá un ritmo para todos, pero si debe cumplir con la duración del set.</p> <p>Reforzador: Quien termine la rutina de ejercicio tendrá un botellón con agua del programa.</p>	<p>Bocina Celular Cronometro Preparador físico Promotores de Salud (2) Botellones de agua del programa.</p>
8	Postres saludables	Que los estudiantes conozcan que se puede disfrutar de un postre con una receta saludable sencilla de realizar, para que tengan otras opciones de consumo de productos que contengan mayores nutrientes y puedan mejorar su ingesta de alimentos	<p>Se tendrán el postre ya preparado para que los estudiantes lo prueben y se tendrá un video explicando la preparación y los ingredientes necesarios. Al finalizar se les enviará a los participantes la receta a sus grupos de WhatsApp, así como se realizará la publicación en las Redes Sociales.</p> <p>Se invitará a los estudiantes a realizar la receta y subir una</p>	<p>Todos los ingredientes Receta para redes sociales El video Laptop o Tablet para reproducción 2 promotores de salud Postre ya preparado Servilletas</p>

			evidencia a las redes sociales mencionando al programa, Reforzador: el estudiante que realice esta actividad obtendrá 2000 pasos en su ranking semanal.	Gel antibacterial.
9	Alimentación saludable para universitarios	Darles opciones de alimentos típicos de consumo en la edad universitaria con recetas saludables que contengan mayores nutrientes y puedan mejorar su ingesta de alimentos sin dejar de consumir su comida favorita.	Se tendrán los alimentos ya preparados para que los estudiantes lo prueben. Al finalizar se les enviará a los participantes la receta a sus grupos de WhatsApp, así como se realizará la publicación en las Redes Sociales. Se invitará a los estudiantes a realizar la receta y subir una evidencia a las redes sociales mencionando al programa. Reforzador: el estudiante que realice esta actividad obtendrá 2000 pasos en su ranking semanal. Pero si el estudiante comparte la receta y la preparación de los alimentos con otras personas, sean familiares y amigos recibirá 5000 pasos en su Ranking semanal	Receta para redes sociales Ingredientes Laptop o Tablet para reproducción 2 promotores de salud Comida ya preparada Servilletas Gel antibacterial.
10	Respira mejor, rinde mejor.	Darles a conocer a los estudiantes la importancia de la correcta respiración y sus beneficios con la regulación emocional.	Se les enseñará a los estudiantes sobre la respiración diafragmática.	Diapositivas informativas Salón o cuarto son ruido o distractores Música tranquila.
Evaluación: Después de cada rincón se les enviará a los participantes a sus WhatsApp personales la liga de un pequeño cuestionario para evaluar sus conocimientos en cada uno y sus opiniones de mejora.				

Tabla 28.

Carta descriptiva Redes Sociales

Uso de Nuevas Tecnologías. REDES SOCIALES	
<p>Descripción de la actividad: Utilizar los beneficios de las redes sociales como grupo de apoyo y comunicación con los participantes del programa, implementando el uso de imágenes y videos para la promoción de la salud y las actividades relacionadas dentro del mismo. Y que a la vez sirvan como reforzadores para incentivar las conductas saludables.</p>	
Metas	Indicadores de evaluación
<p>Que al menos el 50% de los participantes tengan respuesta a las actividades y acciones que se tengan dentro de las redes sociales.</p>	<p>Publicaciones realizadas por los participantes del programa Cantidad de menciones con el #MueveTuCampusUADY Cantidad de reacciones a las publicaciones Frecuencia de respuesta y participación en los grupos de WP.</p>
Recursos	Actividades
	<p>Publicar imágenes y videos que promuevan la salud en vinculación con el factor emocional e inviten a generar cambios en las conductas de la vida diaria como son tener más actividad física cotidiana y mejorar los hábitos alimenticios. Publicar tips o recomendaciones de acciones que se pueden llevar a cabo para mejorar la salud en la vida de un universitario (Recetas saludables, ejercicios para hacer en casa, datos curiosos, estadísticas del beneficio del uso de escaleras). Invitar a los agentes en salud a ser ellos quienes publiquen las acciones saludables que están implementando por medio de las historias y publicaciones etiquetando al programa @muevetucampusuady y utilizando los #MueveTuCampusUADY #SoySaludable #MTCUADY Darle difusión y promoción a las actividades que se están realizando dentro del programa como son los Rincones Saludables y el uso de las modificaciones del entorno.</p>
	<p>Compartir y promocionar las publicaciones realizadas en Facebook e Instagram. Dar información sobre los Rincones Saludables (días, temas, invitados, beneficios).</p>

	<p>Darles seguimiento a los participantes sobre si han realizado acciones a partir de la implementación del programa.</p> <p>Promover de manera directa las conductas saludables y los <i>tips</i> compartidos en Facebook</p> <p>Promover específicamente la actividad física cotidiana por medio de pasos diarios de los participantes y recolectar la información al respecto (cantidad de pasos diarios por participante)</p> <p>Brindar palabras y frases de aliento para motivar a los participantes a implementar las conductas saludables de manera diaria.</p>
<p>Recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Celulares smartphones Internet Redes sociales instaladas Cámara del celular Programa de edición y diseño Red de WIFI Promotores de salud 	

Tabla 29.

Relación de temas de Redes sociales

Tipo de publicación	Semana	Tema
Relacionada con las emociones	1	Toma de decisiones saludables “Tus decisiones crean tu realidad”
	2	Estadísticas de principales enfermedades en el mundo relacionarlas con las tasas de mortandad “El bienestar tiene un camino, se saludable”
	3	Estadísticas sobre beneficios de la actividad física como subir escaleras vs el uso del elevador
	4	Autoconocimiento ¿Cuál es mi estado de salud actual? ¿Cómo quiero estar?
	5	Constancia “No importa el ritmo al que vayas, siempre y cuando, ¡no te detengas!”
	6	“El hambre emocional” ¿Debemos siempre hacerle caso?
	7	“Socializa, actívate y disfruta”
	8	Ser saludable está de moda y llegó para quedarse.
	9	¿Con que emoción decido comer hoy?
	10	“Vivamos más y mejor” Cuidate hoy.
Recomendaciones saludables	1	Reflexionar sobre ¿qué es salud para mí?, la salud como un camino, no una meta.
	2	Autoconocimiento ¿Cuál es mi estado de salud actual? ¿me gustaría cambiar algo? ¿Cómo lo hago?
	3	Toma de decisiones saludables “Son las elecciones que hacemos todos los días las que determinan en quien nos convertimos y como vivimos” *Receta saludable*
	4	“Para ser activo no requiero ser fisicoculturista ni maratonista” Promover el uso de las escaleras vs el del elevador
	5	Ejercicios funcionales para hacer en la casa con cosas del hogar.
	6	Recomendaciones para evitar el sedentarismo
	7	Come rico siéntete bien “promover recetas saludables”
	8	¿Qué debe comer un universitario para ser saludable?
	9	Consiéntete, lo mereces *Receta de postre saludable*
	10	Rápido, practico y saludable *Recetas de cocina rápidas para llevar a la escuela*

Tabla 30.

Carta descriptiva Ranking Cuenta Pasos

Uso de Nuevas Tecnologías. RANKING CUENTA PASOS.
Objetivo
Motivar a los Agentes en salud para aumentar de manera paulatina la actividad física presentada en forma de cantidad de pasos diarios, estableciendo metas realistas y competencia sana entre los participantes del programa
Metas
<p>Conseguir que el 30% de los participantes aumente por lo menos un 10% de sus pasos al terminar la quinta semana de actividad.</p> <p>Que al finalizar el programa el 20% de los participantes hayan logrado aumentar por lo menos un 20% la cantidad de pasos diarios.</p> <p>Que por lo menos el 90% de los participantes se mantenga con la cantidad de pasos de la primera semana del programa</p> <p>Que ningún participante disminuya la cantidad de pasos con los que inicia la primera semana del programa.</p>
Descripción de la actividad.
<p>Paso 1: Asignarle nombre al grupo de WhatsApp para crear la identidad del grupo. Pedirles a los integrantes del grupo de WhatsApp, que serán asignados de manera aleatoria y equitativa, que escojan un nombre que los represente para una actividad que se va a realizar a lo largo de estos dos meses y medio.</p> <p>Paso 2: Explicarles la actividad la cual consiste en sumar pasos, tanto en individual como por equipo, ¿Cómo haremos esto? Se les pide verificar si sus teléfonos celulares cuentan con las aplicaciones que funcionan como podómetros y si no es así recomendarles una App que les permita contabilizar sus pasos diarios.</p> <p>Paso 3: Pedirles que al finalizar los días se les invita a compartir en el grupo una captura de pantalla con los pasos realizados en el día antes de las 11:00pm ya que se hará una suma al finalizar la semana premiando al Agente en salud que más pasos tenga del grupo y de la misma manera se va a premiar al grupo que más pasos tenga en comparación con los otros grupos de WhatsApp.</p>
Acciones del Promotor de Salud responsable del grupo de WhatsApp
<ul style="list-style-type: none"> - Recolectar los pasos de cada uno de los AS al finalizar cada día antes de las 11:00pm - Capturar los pasos realizados por día por participante en la base de datos de Excel. - Al finalizar la semana debe identificar cuál de sus AS tuvo la mayor cantidad de pasos e informarle al coordinador. - Reportar la suma de los pasos que su equipo obtuvo en la semana a más tardar el sábado a las 7:00pm. - Si el PS llega a identificar que los pasos que los sujetos están realizando se salen de lo “normal” tendrá que reportárselo al coordinador para tomar medidas al respecto. - Recordarle y gestionar con el coordinador de la actividad los reforzadores a emplear en la semana con los ganadores individuales y grupales. - El PS podrá brindar mensajes de apoyo y motivación para promocionar la actividad y que los AS realicen más pasos durante el día siempre y cuando cuidando las cargas y con moderación considerando que lo mínimo recomendado para una persona es realizar 10,000 pasos.

Tabla 31.

Carta descriptiva taller "Construyendo Agentes en Salud"

Educación en Salud. TALLER "CONSTRUYENDO AGENTES EN SALUD"					
Objetivo. Generar un espacio de análisis de la situación actual en el tema de salud, donde los estudiantes universitarios puedan adquirir información, cuestionarse-reflexionar y obtener estrategias que les permitan establecer o mantener conductas saludables dentro de su estilo vida actual.					
Metas.					
<ul style="list-style-type: none"> • Contar con el 80% de asistencia del total del grupo en cada clase. • Que cada estudiante cuente con al menos el 80% de asistencias del total de clases del semestre. • Qué los estudiantes realicen por lo menos el 80% de las actividades de aprendizaje. • Qué el 100% de los estudiantes aprueben la asignatura. 					
Planeación didáctica					
Nombre: Construyendo Agentes en Salud				Créditos: 4	
Modalidad: Presencial				Requisitos académicos: Ninguno	
HP: 32hrs		HNP: 32hrs		HT: 64hrs	
Competencia de la asignatura. Aplica de manera integral los recursos implicados en el cambio de conducta y la adquisición de hábitos saludables en aspectos cotidianos de su vida personal y universitaria.					
Unidad	Competencia	Contenido	Actividades de aprendizaje	HP	HNP
I.SALUD Y ENFERMEDAD	Identifica la importancia de la salud, los principales factores de riesgo y potenciales de salud que se están presentando en jóvenes en edad universitaria de	Concepto de salud Concepto de enfermedad Concepto de agencia Calidad de vida Bienestar Factores de riesgo Factores de protección Principales conductas relacionadas con la salud	Desde tus conocimientos y sin buscar información define los conceptos de salud, enfermedad y agencia. Investiga en fuentes confiables los conceptos de salud y enfermedad. Escribe una reflexión sobre lo que significa bienestar para ti y a que le llamas tener calidad de vida. En equipos identificar los principales factores de riesgo y de protección	14	10

	manera clara y evalúa los principales beneficios y daños a la salud en el futuro	Enfermedades en jóvenes universitarios	para la salud que se presentan con mayor frecuencia en universitarios. Realiza una investigación sobre las principales enfermedades que se están presentando en jóvenes a partir de los 20 años.		
II. EL ENTORNO Y LA SALUD	Analiza las características de los modelos de salud, intervención y la influencia del entorno en los estilos de vida y las conductas saludables	Principales modelos que explican la salud. Modelo de intervención en salud. Ambiente obesogénico Creencias y actitudes de mi entorno hacia la salud y la enfermedad de los universitarios.	Redacta una reflexión sobre las creencias que consideras que tiene tu entorno en relación con la salud y la enfermedad Estructura y realiza una entrevista a 3 de tus familiares más cercanos para evaluar su postura y creencias ante la salud y la enfermedad en poblaciones jóvenes. Realiza un análisis de la importancia de la salud y las implicaciones de la enfermedad dentro de mi entorno profesional	7	7
III. ESTABLECIMIENTO DE CONDUCTAS SALUDABLES	Incorpora en su rutina de vida estrategias para la adquisición de hábitos saludables	Actitud y motivación hacia las conductas saludables. Establecimiento de objetivos inteligentes. Autoeficacia para la actividad física para la salud y la alimentación saludable. Rutina de actividad física programada para hacer en casa (invitar a un preparador físico) Fomentando el sentido de alimentarse saludablemente. (nutriólogo)	Escribe un ensayo sobre tu estado de salud actual y principales motivos para hacer un cambio en tu estilo de vida. Investiga en fuentes científicas que son los objetivos Smart y escribe al menos 1 objetivo relacionado con la mejora de la salud cumpliendo con los criterios Smart. Arma tu propio plan de entrenamiento con lo aprendido en la clase. Realiza una reflexión sobre la importancia de la alimentación para la	13	13

			<p>salud y la relación emocional que solemos generar con la comida</p> <p>Escribe un análisis sobre el nivel de autoeficacia que consideras tener para realizar actividad física cotidiana, actividad física programada y una alimentación saludable, identificando tipos de motivación y barreras para adoptar esas conductas en mi estilo de vida.</p> <p>Realiza una propuesta para promocionar los hábitos saludables dentro de tu entorno familiar, social, escolar o profesional, justificando la importancia de realizar esta acción.</p>		
--	--	--	--	--	--

Diseños del programa



Figura 16. Cartel promocional



Figura 17. Tablero Twister

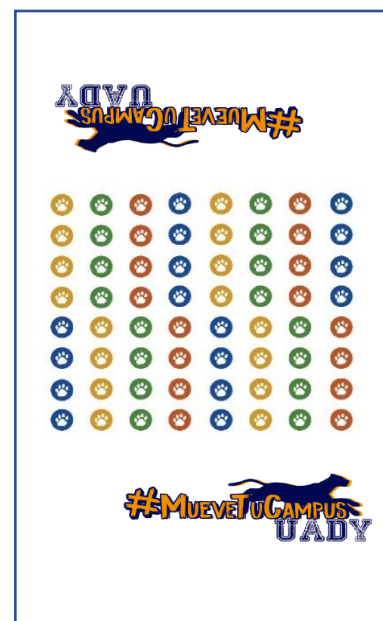


Figura 20. Juego Twister



Figura 19. Etiquetas escaleras



Figura 18. Huellas jaguar



Figura 22. Letrero rígido



Figura 21. Juego de avioncito



Figura 23. Juego de jeopardy



Etiqueta nutrimental

El etiquetado nutrimental se entiende como la descripción destinada a informar al consumidor sobre las propiedades nutrimentales de un alimento, con el fin de realizar una compra de acuerdo a sus necesidades de salud y nutrición

Tamaño de porción

La información nutrimental está basada en UNA porción. El envase puede contener múltiples porciones.

Información Nutricional		
Tamaño de la Porción: 1 oz - 28g		
Porciones Por Empaque: 1		
CALORÍAS: 168 CALORÍAS DE GRASA: 125		
	% Valores Diarios*	
Grasa Total	14g	22%
Grasas Trans	0g	0%
Grasas Saturadas	4g	18%
Carbohidratos	9g	3%
Fibra Dietética	8g	32%
Azúcares	4g	
Sodio	0g	0%
Potasio	50mg	1%
Calcio	0mg	
Hierro	1mg	7%
Proteínas	2g	4%

El Porcentaje de Valores Diarios está basado en una dieta de 2000 calorías. Sus valores diarios pueden ser más altos o más bajos dependiendo de sus necesidades calóricas.

ENVASADO POR PESO, NO POR VOLUMEN.
SIN COLORES ARTIFICIALES O SABORES ARTIFICIALES; TODO NATURAL.
INGREDIENTES: Coco y Azúcar Integral de Caña.

Nutrientes

consume mayor cantidad consume menor cantidad

Calcio Colesterol
Fibra Grasa saturada
Hierro Sodio
Vitaminas

%VD

5% bajo ↓ 20% alto ↑

LA ALIMENTACIÓN ES LA BASE DE UNA VIDA SALUDABLE

Fuente: La lectura de etiquetas de información nutrimental. Martínez (2018)

#MUEVE TU CAMPUS UADY


Figura 24. Material didáctico, etiqueta nutrimental



RANKING CUENTA PASOS



Propósito: Aumentar de manera paulatina la cantidad de actividad física y otras conductas de salud presentada en cantidad de pasos diarios.



Se incentivará al Agente en salud y al grupo que más pasos tengan en la semana

1. Elegir un nombre para el grupo de WhatsApp que los represente entre todos.



2. Verificar si tu celular cuentan con aplicaciones que funcionan como podómetros



4. Compartir en el grupo una captura con tus pasos realizados en el día antes de las 12:00am

3. Identifica que la aplicación registre tus pasos diarios de lunes a viernes




Durante el programa tendrán la oportunidad de **acumular puntos participando en otras actividades del programa**, los puntos se cuantificaran en forma de pasos y serán acumulados en el ranking cuenta pasos, para saber cuántos pasos equivale alguna actividad solo busca el siguiente icono 

Figura 25. Infografía, Ranking cuenta pasos



EL PROGRAMA #MUEVETUCAMPUS UADY ES:

Un programa de promoción de la salud desarrollado dentro del entorno universitario, que integra acciones de manera dinámica, creativa y participativa, dirigidas a potencializar los recursos motivacionales que inciden en las conductas de una vida activa y saludable.

#MueveTuCampusUADY integra de manera *dinámica* tres propuestas de intervención para la promoción de hábitos saludables como lo son: la psicoeducación, el diseño ambiental y el uso de tecnologías de la información, permitiendo la interacción *participativa* de los beneficiarios con profesionales y los Promotores de Salud logrando de manera *creativa* que los participantes desarrollen una responsabilidad sobre su propia salud convirtiéndose en **Agentes en Salud**.

El programa #MueveTuCampusUADY representa un aporte desde la Psicología del Deporte y la Actividad Física, que pretende dar respuesta a las problemáticas crecientes del sedentarismo, sobrepeso y obesidad, partiendo del postulado de la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud donde se establece que "la salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo" y fundamentado en teorías psicológicas respaldadas por la investigación científica.

Todas las actividades del proyecto están desarrolladas bajo los elementos de información-orientación, reflexión-introspección y acción-ejecución que engloban a los modelos de educación y promoción en salud.

A quien se dirige #MueveTuCampusUADY:

El programa busca generar un impacto directo en los estudiantes universitarios que se inscriben para participar ya sea como promotores de salud o como agentes en salud. Sin embargo, debido a sus características indirectamente puede incidir en toda la comunidad universitaria.

Lugar donde se lleva a cabo:

El programa piloto en México se llevará a cabo en las instalaciones de la Facultad de Psicología que se encuentra dentro de la infraestructura que conforma el Campus de Ciencias Sociales Económico-Administrativas y Humanidades de la Universidad Autónoma de Yucatán. La cual se encuentra ubicada en la carretera Tizimín-Cholul Km1, de la Ciudad de Mérida, Yucatán.

Para **mayor información** en el correo: muevetucampusuady@gmail.com o en nuestras redes sociales.

 
Muevetucampusuady

Figura 26. Volante de presentación