

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

Facultad de Medicina y Psicología

LA AUTOEFICACIA PARA EL CONTROL DE PESO EN PRE-ADOLESCENTES:

RESULTADOS DE UN TALLER DE PREVENCIÓN

TESIS

PRESENTA:

Larios Álvarez Cristian Geovany

Correo: Cristian.larios@uabc.edu.mx

DIRECTORA DE TESIS:

Dra. Gisela Pineda

Tijuana, Baja California, 2019

Agradecimientos

Agradezco a la **Universidad Autónoma de Baja California** por haberme otorgado la oportunidad de comenzar mi desarrollo profesional, así como por brindarme claridad acerca de aquello que me gustaría alcanzar (y aquello que no) como psicólogo .

A la **Dra. Gisela Pineda** por presentarme la oportunidad de conseguir mi título profesional de una manera más significativa y ofrecerme orientación a lo largo de todo el proceso de elaboración de este trabajo de una manera paciente y entusiasta.

A la **Universidad Nacional Autónoma de México** por abrirme sus puertas al permitirme participar en uno de sus proyectos. Específicamente agradezco a **PAPIIT** y a todos los profesionales de la salud que lo conforman por haberme brindado el respaldo financiero y académico para la realización del presente trabajo. Especialmente agradezco a la **Dra. Gilda Gómez Pérez Mitré** y a la **Dra. Silvia Platas**.

A la **Secundaria General Estatal No. 31 Emma Anchondo De Bustamante** por permitirme llevar a cabo la aplicación del taller de intervención en sus instalaciones. Agradezco también a todos los grupos de estudiantes que participaron en este proyecto, y especialmente a la **Profesora Josefina Vázquez** por su disposición y apoyo en la implementación del taller de prevención.

Finalmente agradezco a la **Psicóloga Alexis De Lara Ramos** por su apoyo durante la aplicación de la evaluación de los estudiantes y la aplicación del taller.

A todos los involucrados **MUCHAS GRACIAS!**

Dedicatoria

Este trabajo lo dedico principalmente **a mis padres** y a mi **hermana** por significar la culminación de mis estudios universitarios. Sin su apoyo incondicional y deseo en formarme de la mejor manera posible no me hubiera sido posible llegar hasta donde estoy ahora ni convertirme en la persona y profesional que soy.

De una manera especial le dedico este trabajo **a mi novia** que me apoyó en la aplicación del taller y me acompañó durante todo el proceso siempre creyendo en mí.

Finalmente dedico este trabajo a todos los estudiantes que tengan el interés e iniciativa de utilizar sus conocimientos para mejorar la calidad de vida de las personas, y específicamente la de los niños y jóvenes de nuestro país.

Resumen

Es una realidad que en la actualidad los problemas de peso atentan contra el futuro de la población infanto-juvenil, las altas prevalencias lo demuestran tanto a nivel nacional como internacional. Un componente que puede resultar fundamental para incrementar el impacto de las intervenciones que se emplean o se busquen emplear es el de la autoeficacia, una variable que se ha encontrado que tiene una gran influencia sobre las conductas de salud tanto para su inicio como para su mantenimiento. Por lo tanto, en la presente investigación* se evaluaron los efectos de un taller preventivo para promover la autoeficacia para el control de peso en una muestra de pre-adolescentes estudiantes de una escuela secundaria en la ciudad de Tijuana, Baja California. Los resultados reflejaron un impacto significativo del taller sobre el factor 1 de la autoeficacia para el control de peso (autoeficacia hacia la actividad física), pero no en el factor total (autoeficacia para el control de peso) ni en el factor 2 (autoeficacia para la alimentación saludable). Se concluyó que el taller resulta prometedor considerando su corta duración, y la oportunidad de incrementar sus efectos al tomar en cuenta factores como la participación de los padres de familia, la duración de las sesiones del taller, y las características cognitivas de la población pre-adolescente.

Palabras clave: autoeficacia, obesidad, sobrepeso, pre-adolescencia

*Este estudio forma parte de una investigación mayor denominada “Autocuidado de la salud y autoeficacia en niños escolares. Una estrategia en la prevención de la obesidad. PAPIIT IN307517

Tabla de Contenido

Agradecimientos	ii
Dedicatoria.....	iii
Resumen	iv
1) Introducción	1
2) Capítulo 1: Obesidad y Sobrepeso	4
3) Capítulo 2: El Papel de la Autoeficacia para el Cambio	22
4) Capítulo 3: El Papel de los Pre-adolescentes	31
5) Método	37
6) Resultados	42
7) Discusión.....	50
8) Conclusión.....	54
Referencias	56
Anexos	66

Introducción

En la actualidad existe un serio problema de salud pública a nivel mundial y nacional en lo que respecta a la capacidad de las personas para controlar su peso. Esto se manifiesta en forma de una alta prevalencia de obesidad y sobrepeso que no solamente no ha podido ser frenada, sino que además va en aumento (Finucane et al., 2011). A pesar de que el problema en general es preocupante en sí, cuando se considera específicamente el hecho de que la obesidad y el sobrepeso ahora también son una amenaza significativa para la población infantil y adolescente es que se puede apreciar la ineficacia de los esfuerzos preventivos que han sido utilizados hasta el momento. Específicamente en la población adolescente se ha reportado una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad de 36.3% en edades entre 12 y 19 años, y específicamente un 40.7% en Baja California (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2016, 2012). Es importante tener presente que con este aumento en las prevalencias de los problemas de peso, también viene un mayor riesgo de padecer enfermedades como presión arterial alta y diabetes tipo 2 (Daniels, 2006; Dietz, 1998; Reilly, 2012), así como trastornos psicológicos como depresión (Quintero et al., 2016) y ansiedad (Guajardo & Peña, 2014). Todo esto se traduce en una disminución de la calidad de vida de un alarmante número de niños y adolescentes.

Esto no debe quedarse solamente como una idea incómoda ni como una fuente de indignación o decepción ante una sociedad que parece fomentar el desarrollo de estos problemas. Lo que sí se debe hacer es tomar este indicador como una llamada a la acción para el desarrollo y la aplicación de nuevos programas de intervención que busquen dar solución a estos problemas, ya que la necesidad de prevenir es clara. Sin embargo, las

nuevas intervenciones deben ser diseñadas e implementadas considerando los errores y limitaciones de las intentadas anteriormente, lo cual puede ser sentido común, pero no necesariamente una práctica común, como lo permite apreciar la prevalencia actual del problema.

Es por esto que el presente estudio se desarrolla bajo el cuestionamiento del enfoque que se ha utilizado hasta ahora en los programas de prevención para los problemas de peso, específicamente, el contemplar como únicos componentes de prevención el fomentar la actividad física y la buena alimentación. Dichos componentes son esenciales, pero tal vez no sean suficientes por sí solos, ya que el educar acerca de su importancia, así como las maneras en que se pueden implementar, no se traduce necesariamente en conductas de salud realizadas por las personas. Por lo tanto, uno de los componentes faltantes en las intervenciones sería aquello que determina en gran medida el que las personas lleven a cabo las conductas recomendadas, es decir, sus creencias de poder hacerlo.

Con relación a lo anterior, Bandura (1977) introdujo el concepto de autoeficacia para explicar la importancia que tienen las creencias personales acerca de las capacidades de uno mismo para determinar el grado en que se realizaran conductas específicas, así como para su mantenimiento. Dicho de una manera sencilla, si las personas creen que pueden alcanzar algo, existe mayor probabilidad de que intenten hacerlo. La aplicación de esto en la problemática en cuestión es clara y se ha demostrado la influencia positiva de la autoeficacia sobre el control de peso (Shin, Shin, Liu, & Dutton, 2011). De esta manera, se considera como pieza clave para disminuir la alta prevalencia de los problemas de peso el incluir en los programas de prevención el componente de la autoeficacia, y por lo tanto buscar influenciarla de manera positiva.

Es por lo anterior que en la presente tesis se evaluó la eficacia de un taller de prevención centrado en aumentar la autoeficacia percibida para el control de peso en una muestra de pre-adolescentes estudiantes de educación secundaria en la Ciudad de Tijuana, Baja California. En cuanto a la organización del contenido presentado, se procederá con el contenido teórico dividido en 3 capítulos en los que se abordaran los temas de la obesidad, la autoeficacia, y aspectos característicos de la pre-adolescencia, respectivamente. Seguido de esto se presentan la metodología empleada para la realización del estudio y la implementación del taller, los resultados obtenidos, la discusión acerca de los datos, y finalmente la conclusión de la presente investigación.

Capítulo 1

Obesidad y Sobrepeso

La atención sobre el control de peso, específicamente para su reducción, es algo que ha estado presente en la historia de la humanidad desde la antigua Grecia a través de las obras de personajes tan remarcables como Hipócrates y Galeno (Haslam, 2007). Ahora bien, considerando que esa atención se ha mantenido hasta la actualidad, resulta comprensible la expectativa de que el acervo de conocimiento científico-tecnológico desarrollado hasta el momento trajera consigo claridad acerca de estas condiciones, así como una reducción en la amenaza que la obesidad y el sobrepeso pudieran presentar para la humanidad. Sin embargo, este no ha sido necesariamente el caso, y la razón de esta aseveración se explicará a lo largo de este capítulo por medio del análisis del grado en que esto ha sido alcanzado o no, comenzando por la claridad que existe en cuanto al tema, para después terminar con la amenaza que presentan la obesidad y el sobrepeso para la sociedad en la actualidad, y las intervenciones que se han empleado.

La Claridad Acerca de los Problemas de peso

Definición: ¿qué son la obesidad y el sobrepeso?

La definición que se acepta y reconoce actualmente de manera internacional es la que presenta la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018). Dicha definición indica que la obesidad y el sobrepeso son la acumulación de grasa que supera los rangos establecidos como normales, esperados, y por lo tanto saludables para la etapa de desarrollo en cuestión. Estos rangos son establecidos utilizando el índice de masa corporal (IMC), el cual es un indicador que permite determinar si la persona se encuentra en un estado saludable o uno de

sobrepeso u obesidad. Específicamente en niños y adolescentes se establece que un IMC en el percentil 85 o superior es indicativo de sobrepeso, mientras que uno en el percentil 95 o superior indicaría obesidad con respecto a la población de referencia (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2016).

Causas: ¿por qué se acumula la grasa en exceso?

En cuanto a la causa de los problemas de peso, no todo es tan claro como su definición. Por una parte se tiene la explicación popular y mayormente utilizada que presenta la OMS (2018), la cual indica que la obesidad y el sobrepeso se desarrollan debido a que se consume una mayor cantidad de calorías en comparación con las que se gastan, en otras palabras, que hay una mayor ingesta de alimentos en comparación con la actividad física que sería necesaria para quemar el exceso de calorías y mantener un equilibrio energético en el cuerpo. Por lo tanto, al tomar esta explicación como válida la solución para los problemas de peso se reduciría a consumir menos calorías que las que se utilizan, o comer menos y hacer más ejercicio. Es bajo esta teoría que la mayoría de las intervenciones que buscan prevenir los problemas de peso en la población infantil son abordadas, como se revisará más adelante, sin embargo, no han presentado los mejores resultados según lo que indica la prevalencia actual de obesidad y sobrepeso.

Una demostración que sugiere la ineficacia o incluso la imprecisión de la concepción anterior es el estudio que fue llevado a cabo por The HEALTHY Study Group (2010) en el que se analizaron los efectos de un programa de intervención basado en la mejora de la alimentación, el aumento de la actividad física, el proporcionar información acerca de salud, y el uso de estrategias de promocionales de temas relacionados con el objetivo de reducir los factores de riesgo para el padecimiento de diabetes y obesidad en niños. En el

estudio participaron 42 escuelas, de las cuales la mitad fueron asignadas al programa de intervención, mientras que el resto solamente fueron evaluados y continuaron con sus rutinas habituales. Al término del programa los resultados indicaron que hubo una disminución en la prevalencia de obesidad y sobrepeso tanto en las escuelas experimentales como las de control, es decir, el programa de intervención, fuertemente basado en la teoría de desequilibrio energético o calórico, no fue significativo. Este tipo de intervenciones han arrojado resultados parecidos anteriormente (Caballero et al., 2016)

Considerando lo anterior, para evitar la controversia de adjudicar una causa clave para los problemas de peso, resulta útil explicar esto de manera funcional desde un nivel neurobiológico. El balance de las necesidades energéticas del cuerpo, así como las conductas relacionadas a éste, son orquestados por el cerebro, y específicamente por el hipotálamo. Esto se puede apreciar de una mejor manera conociendo la existencia de la obesidad hipotalámica, que básicamente consiste en un aumento de peso excesivo debido a una lesión en el hipotálamo ventro-medial, que pudiera ser por un tumor, un traumatismo, algún defecto congénito, etc., y que desemboca, entre otras cosas, en una hiperfagia, es decir, un apetito e ingesta de alimentos excesivos (Bereket et al., 2012).

Todo esto sucede debido a que esta estructura cerebral posee receptores que reciben a las hormonas leptina, insulina, grelina, y péptido YY3-36, las cuales traen consigo señales que serán decodificadas y le indicaran, de manera general, si las necesidades energéticas están cubiertas o si se requiere la ingesta de calorías para que entonces se genere el proceso necesario para la búsqueda de balance u homeostasis (Lustig, 2001, 2006). En el caso de la obesidad hipotalámica obviamente todo este proceso se ve alterado por el mal funcionamiento de la estructura clave, pero en el caso de la obesidad y el sobrepeso en general no se necesita padecer de esa condición ya que la lesión directa sobre el hipotálamo

es solamente una de las maneras de influenciar este proceso de manera perjudicial para el individuo. La obesidad y el sobrepeso son condiciones de origen multifactorial, lo que quiere decir que para su incidencia y mantenimiento se pueden encontrar múltiples factores contribuidores.

Dentro de los principales factores se considera el genético o hereditario (Perusse, Chagnon, Weisnagel, & Bouchard, 1999), el cual ha sido abordado mediante el estudio de gemelos adoptados (Stunkard et al., 1986) resaltando el papel de este factor y sugiriendo que el ambiente no tiene un efecto tan significativo en el desarrollo de la obesidad, dando lugar al clásico debate de la naturaleza contra la crianza. Relacionado a este factor también se ha llegado a considerar un componente evolutivo tratando de explicar la razón por la que los genes que promueven la obesidad han permanecido a través del proceso de la selección natural (Speakman, 2013). Sin embargo el papel del ambiente en el que se encuentran las personas también es considerado como una influencia significativa.

Algunos de los factores ambientales considerados son los relacionados al peso y nutrición en los primeros meses de vida, las características de salud y educativas de los padres, y el uso de la televisión y videojuegos (Cabrera et al., 2009). Por parte de la OMS (2018) también se considera la importancia de los factores ambientales tales como la urbanización, el sedentarismo de muchos trabajos y la falta de políticas que apoyen al sector salud en los cambios negativos que han ocurrido en los hábitos alimentarios y actividad física de las personas. De manera similar, el aumento del consumo de alimentos de alto contenido calórico, por ejemplo, se atribuye en gran medida a cambios en el sistema alimenticio global, que produce comida más procesada, económica y utiliza los medios de comunicación masiva para promoverla (Swinburn et al., 2011).

Por otra parte, se ha identificado una similitud entre el consumo excesivo de alimentos altos en grasa o carbohidratos y la adicción a las drogas (Volkow & Wise, 2005). Esto principalmente por los mecanismos neurobiológicos que comparten y porque ambas condiciones involucran los circuitos de recompensa, motivación y toma de decisiones, que podrían estar influenciando el comer en exceso. Esta misma asociación también fue encontrada en la revisión realizada por Lee y Gibbs (2013) y recientemente por Rogers (2017).

Finalmente, en relación a los factores psicológicos, Ogden (2004) identifica que la psicología de la persona influye en la problemática en cuatro maneras: 1) las causas (comportamiento alimentario y de ejercicio); 2) las creencias (estereotipos y expectativas); 3) el tratamiento (dietas, ejercicio, desarrollo de confianza); y 4) las consecuencias (depresión, ansiedad, baja-autoestima). Dentro de estos factores el que más se reconoce y sobre el que se trabaja en mayor medida, es el comportamiento alimentario y de ejercicio, esto porque se encuentra en el centro de las recomendaciones para combatir los problemas de peso (OMS, 2018). Sin embargo, el papel de las creencias podría tener un peso más significativo que el que se le otorga en la actualidad, como se revisará en el próximo capítulo.

Para concluir con las causas de los problemas de peso es importante mencionar que el objetivo no debería ser ir en contra de las concepciones clásicas o populares, pero sí cuestionarlas y complementarlas con los hallazgos científicos que actualmente se conocen en el campo, ya que de no ser así se corre el riesgo de aferrarse a teorías que tal vez no dirijan al manejo más eficaz y productivo de estas problemáticas de salud.

La Amenaza de los Problemas de peso

Una medida del éxito que se podría utilizar para evaluar la efectividad de los paradigmas o modelos actuales acerca de la obesidad y sobrepeso es la prevalencia que se conoce acerca de estas condiciones, o dicho de otra manera, el grado en que los problemas de peso son una amenaza o no para la población.

Obesidad y sobrepeso: problemas de salud pública.

En la sección anterior se presentó la definición básica con la que se puede partir para comprender estos problemas de peso, sin embargo, también es necesario contemplar el problema desde una perspectiva de mayor amplitud. La obesidad y el sobrepeso además de la acumulación excesiva de grasa, también son un grave problema de salud pública en el mundo que atenta contra la calidad de vida de gran parte de sus habitantes y provoca el cuestionamiento de la efectividad de los sistemas sociales y de salud globales para responder ante lo que ya es reconocido como una epidemia global (OMS, 2003). Esta es una epidemia que ha manifestado una constante tendencia en el incremento anual del IMC mundial en adultos y adolescentes, (Finucane et al., 2011).

Delimitando geográficamente la situación, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2017) indica que dentro de los países que la conforman, entre ellos México, uno de cada cinco adultos es obeso, y cerca de uno de cada seis niños padece sobrepeso u obesidad. Por parte de la OMS (2017), se reconoce que la prevalencia de la obesidad en niños y adolescentes se ha multiplicado significativamente en los cuatro últimos decenios, y específicamente la obesidad en lactantes y niños pequeños ha aumentado de 32 millones en 1990 a 41 millones en 2016 (OMS, 2019). Adicionalmente en Latinoamérica se ha encontrado que entre 42.5 millones y 51.8 millones de niños y

adolescentes, en el rango de edad de 0 a 18 años, padecen sobrepeso u obesidad, lo que representa un 20-25% de esta población, y se estima que dentro de este rango, de 16.5 a 22.1 millones son adolescentes (Rivera et al., 2014).

Finalmente, México es uno de los países de Latinoamérica con mayor prevalencia de obesidad y sobrepeso en niños menores de 5 años, en edad escolar, así como en adolescentes (Rivera et al., 2014). Además, la OCDE (2017) proyecta un continuo crecimiento de las tasas de obesidad en México por lo menos hasta el año 2030, llegando a una prevalencia de 39%. En cuanto a la población específica de adolescentes en México, se reporta una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad de 36.3% en las edades entre 12 y 19 años (ENSANUT, 2016); con un incremento significativo en la prevalencia durante los últimos 13 a 24 años (Hernández-Cordero et al., 2017).

Las cifras por sí solas demuestran que los problemas de control de peso tienen un impacto negativo en la salud pública de México y del mundo. Sin embargo, el presentar sólo cifras puede no ser tan significativo para contemplar lo que realmente implica este problema, por lo que a continuación se presentan las principales consecuencias de la obesidad y el sobrepeso sobre la salud de las personas.

Las Consecuencias de la Obesidad y el Sobrepeso.

Se estima que como mínimo 2,8 millones de personas mueren anualmente en el mundo a causa de un padecimiento de obesidad o sobrepeso (OMS 2017). Esta tasa de mortalidad y las cifras actuales de la prevalencia de estas condiciones, resultan alarmantes por sí mismas, sin embargo esta alarma debe incrementarse por el riesgo que ahora implican para la población infantil y para su futuro. En la actualidad se sabe que el padecer obesidad en la infancia es un buen predictor de obesidad en la adolescencia (Nader et al., 2006), así como

en la adultez(Deshmukh-Taskar et al., 2006; Guo, Roche, Chumlea, Gardner, & Siervogel, 1994; Serdula et al., 1993), conllevando con ella las consecuencias físicas y mentales que esta condición acarrea.

Las consecuencias sobre la salud: componente físico.

En el caso de los problemas de peso existe un claro ejemplo de la importancia de optar por la prevención como principal método de intervención ya que no solamente la persona obesa o con sobrepeso tiene que enfocarse en la pérdida del exceso de grasa que ha ganado para recuperar su estado de salud y bienestar, sino que tiene que lidiar con las numerosas consecuencias de llegar a ese grado de desequilibrio. Por lo tanto, el tratamiento se convierte en un reto especial debido a que también se tiene que intervenir sobre sus comorbilidades, un grupo de enfermedades que pueden surgir como consecuencia. Dentro de éstas las principales son enfermedades cardiovasculares, diabetes, trastornos del aparato locomotor y algunos tipos de cáncer (OMS, 2018).

Considerando lo anterior, así como la prevalencia de la obesidad y el sobrepeso en la población infanto-juvenil, es claro que existe el riesgo de que los menores vayan encaminados a estas graves patologías, es decir, que haya consecuencias a largo plazo, pero también de que las haya a corto plazo, ya que afecciones de salud que antes se consideraban únicas en la población adulta como presión arterial alta, diabetes tipo 2, síndrome metabólico, apnea del sueño, entre otras, ahora se llegan a manifestar también en niños y adolescentes (Daniels, 2006; Dietz, 1998; John J. Reilly, 2005). En cuanto a esto Lobstein, Baur & Uauy (2004) permiten apreciar de mejor manera la gran variedad de afecciones a las que los niños y adolescentes están expuestos por el hecho de haber acumulado grasa en exceso.

Según su clasificación las consecuencias en salud física se dividen en pulmonares, con apnea del sueño, asma y síndrome de Pickwick; ortopédicas, con pie plano, esguinces de tobillo, torsión tibial y mayor riesgo de fracturas; neurológicas, con hipertensión idiopática intracraneal; gastroenterológicas, con cálculos en la vesícula biliar, hígado graso, reflujo gastroesofágico; endócrinas, con resistencia a la insulina, diabetes tipo 2, anormalidades menstruales, síndrome de ovario poliquístico, y síndrome de Cushing; cardiovasculares, con hipertensión, dislipidemia, hipertrofia del ventrículo izquierdo. Es importante considerar que algunas de estas enfermedades son reconocidas como causas principales de mortalidad en México (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2017).

Considerando las consecuencias anteriores se puede apreciar el gran riesgo al que se expone el organismo cuando se llega a un exceso en el almacenamiento de grasa. Cada una de estas comorbilidades trae consigo consecuencias particulares que tienen un fuerte efecto negativo sobre la salud y calidad de vida de los niños y adolescentes. Si bien estas consecuencias son lo suficientemente alarmantes, todavía es necesario explorar los efectos que todo esto tiene sobre la salud mental del individuo.

Las consecuencias sobre la salud: componente mental.

Se ha encontrado que las personas que padecen obesidad tienden a sentirse más cansadas y a tener una percepción con mayor connotación negativa acerca de su salud, lo cual es algo que se podría asumir dadas las consecuencias físicas descritas anteriormente. En adición a lo anterior, la persona con obesidad tiende a tener una creencia de que su salud continuará en deterioro (Ríos-Martínez, Rangel-Rodríguez, & Pedraza-Moctezuma, 2013). Esto último, el hecho de tener una creencia negativa a futuro, permite apreciar la repercusión

psicológica que esta condición puede traer, repercusión que puede tomar la forma de un trastorno mental.

Teniendo en cuenta la expectativa negativa para su salud a futuro, se puede comprender y esperar que exista una asociación entre obesidad y trastornos del ánimo, y específicamente con depresión. Dicha asociación ha sido encontrada por publicaciones de carácter internacional (Angulo-Valenzuela et al., 2016; Carpenter, Hasin, Allison, & Faith, 2000; Jorm et al., 2003; Mather, Cox, Enns, & Sareen, 2009; McCarty et al., 2009; Quintero et al., 2016; Scott, McGee, Wells, & Oakley Browne, 2008), pudiendo la obesidad ser lo que lleva a la persona al desarrollo de depresión (Nigatu, Bültmann, & Reijneveld, 2015) y viceversa (Petry, Barry, Pietrzak, & Wagner, 2008).

De manera similar se ha encontrado asociación con trastornos de ansiedad (Dell'Aquila, Castro, & Mosca, 2009; Guajardo & Peña, 2014; Mather et al., 2009; Petry et al., 2008; Quintero et al., 2016) e incluso se ha llegado a asociar con todos sus subtipos, aunque principalmente al trastorno de estrés post-traumático (Scott et al., 2008), así como con ansiedad generalizada, trastorno de pánico sin agorafobia, y fobia específica (Petry et al., 2008) incrementando, en este último estudio, la probabilidad de padecer trastornos de ansiedad conforme aumenta la severidad de la obesidad. Aunque también hay estudios en los que no se encuentra una asociación significativa entre estas dos variables (Cárdenas-García, Alquicira-Sahagún, Martínez-Maraver, & Domínguez, 2014; Gadalla, 2009).

De la misma forma, se ha asociado a la obesidad con trastornos de la conducta alimentaria (Quintero et al., 2016), abuso de alcohol (Petry et al., 2008) e ideación suicida (Carpenter et al., 2000; Mather et al., 2009). Finalmente, la literatura muestra una mayor probabilidad de que se presenten psicopatologías asociadas con la obesidad en mujeres (Carpenter et al., 2000; Guajardo & Peña, 2014; Jorm et al., 2003; Mather et al., 2009;

McCarty et al., 2009; Ríos-Martínez et al., 2013). Esta tendencia podría explicarse porque se ha encontrado que desde la adolescencia las mujeres presentan mayor insatisfacción corporal, probabilidad de tener obsesión por la delgadez, utilizar dietas más restrictivas y llevar a cabo conductas de control de peso más riesgosas (Contreras et al., 2015); y esto a su vez puede comprenderse por la estigmatización que existe acerca de la obesidad en la actualidad.

La estigmatización, en forma de comentarios negativos e inapropiados, así como el uso de estereotipos de parte de los miembros de la sociedad, son experiencias comunes para las personas que padecen obesidad y sobrepeso (DE Domingo Bartolomé & López Guzmán, 2014; Myers & Rosen, 1999; Puhl & Brownell, 2006; Puhl & Heuer, 2009). Ahora se sabe que este también es el caso específico para los niños y adolescentes que reciben este tipo de retroalimentación negativa por parte de sus pares, profesores, médicos, y padres, lo que los vuelve aún más propensos tanto a consecuencias físicas como sociales y psicológicas (Bermúdez Borja, B; Hernández Rodríguez, 2012; Eisenberg, Neumark-Sztainer, & Story, 2003; Puhl & Latner, 2007).

La obesidad y el sobrepeso son grandes problemas por las consecuencias presentadas anteriormente y por su alta prevalencia en la actualidad, por lo que resulta inevitable preguntar qué es lo que se ha hecho para enfrentar esta crisis de salud pública que sigue en aumento y sugiere que lo que se ha intentado no ha funcionado del todo.

Las Intervenciones: ¿Qué se ha hecho?

Generalmente las intervenciones tienen como objetivos centrales establecer las recomendaciones de la OMS (2018), es decir, el aumento de consumo de frutas y hortalizas, legumbres, cereales integrales y frutos secos; reducir la ingesta total de grasas; reducir la ingesta de azúcares; y actividad física diaria. Específicamente en México, en el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (Secretaría de Salud, 2010), se considera de vital importancia, además de lo que indica la OMS, aumentar el consumo de agua; fomentar el alfabetismo en nutrición y salud; promover la lactancia materna hasta los seis meses de edad; disminuir el consumo de sodio. Por lo que se puede apreciar que la esencia de la intervención se encuentra en el incremento de la actividad física e ingesta de alimentos más nutritivos, así como la disminución de las conductas sedentarias y del consumo de grasas y azúcares.

Panorama nacional.

La falta de actividad física y la mala alimentación son las principales preocupaciones de salud de manera global (OMS, 2018) y específicamente en México (ENSANUT, 2012). Por lo tanto en la república se han creado planes de acción específicos y recomendaciones para asegurar el fomento de la actividad física, así como de la sana alimentación que toman forma en programas o campañas como Chécate, Mídete, Muévete (Secretaría de Salud, 2013, 2014) y Actívate, Vive Mejor (Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte, 2012), que parecen tener más una función informativa, de las cuales no hay reportes oficiales de resultados o datos que indiquen el impacto de tales programas, dejando que la alta prevalencia de la obesidad y el sobrepeso hable por sí misma.

En línea con lo anterior, Moreno y Campos (2014) realizaron una investigación en búsqueda de evidencia del impacto de la política nacional de actividad física sobre el sobrepeso y la obesidad por medio de la evaluación de 234 niños, llegando a la conclusión de que la política es poco efectiva ya que el nivel de actividad física sigue estando por debajo de lo requerido. La evaluación negativa de las políticas del país en el rubro de la actividad física también fue hecha por Méndez (2015) al indicar que las estrategias establecidas por el gobierno de México muestran mucha generalidad y carecen de proyectos específicos y de claridad acerca de cómo lograr los objetivos planteados.

En México son escasos los estudios que tratan acerca de intervenciones para prevenir los problemas de peso en niños y adolescentes, de hecho, este es el caso para Latinoamérica en general según lo reportado por Pacheco y Pozo (2011). En Colima, Ortiz, Murguía, Mota, Orozco & Sánchez (2007) realizaron una intervención que consistió en actividad física aeróbica-recreativa en complemento con un control dietético durante cuatro meses en niños de 9 a 12 años con obesidad o sobrepeso, teniendo como resultado una tendencia a la disminución del IMC no significativa estadísticamente. Por otra parte, Balas-Nakash, Benítez-Arciniega, Perichart-Perera, Valdés-Ramos & Vadillo-Ortega (2010), reportaron una disminución significativa en el IMC en una muestra de 319 niños de entre 8 y 12 años de edad como resultado de cuarenta minutos de ejercicios aeróbicos de Lunes a Viernes por 12 semanas. Sin embargo, la poca efectividad de intervenciones similares siguió apareciendo en años posteriores.

En Monterrey se llevó a cabo un programa de intervención sobre 554 alumnos de catorce a diecisiete años de edad conformado por conferencias informativas, consejería de salud por medio de redes sociales y clases deportivas de ejercicio cardiovascular, logrando un incremento en el consumo de frutas y verduras, pero no en la actividad física o una

disminución de la prevalencia de la obesidad y el sobrepeso (Elizondo-Montemayor et al., 2014). De manera similar en el Estado de México se realizó un estudio en 60 escuelas que evaluó el programa de nutrición en movimiento, que tiene un fuerte componente de actividad física, y tampoco encontró resultados significativos (Morales-ruán, Shamah-levy, Amaya-castellanos, Salazar-coronel, & Jiménez-aguilar, 2014). De manera que en México no hay por el momento algo conclusivo que indique el claro beneficio de las intervenciones que buscan el impactar la prevalencia de obesidad y sobrepeso por medio de la actividad física.

Panorama internacional.

A diferencia de la sección anterior, que fue una breve exploración de la situación de la nación en cuanto a la manera en que se ha abordado la intervención sobre los problemas de obesidad y sobrepeso, en el panorama internacional el objetivo es presentar específicamente lo que ha generado los mejores resultados para la disminución de la prevalencia de la obesidad. El principal criterio para esto es que los efectos positivos de la intervención hayan permanecido en el tiempo ya que la permanencia del impacto positivo, demostrado por un correcto seguimiento, debería ser de las prioridades principales para la solución de este problema (Jones et al., 2011).

El proyecto APPLE.

En Nueva Zelanda se llevó a cabo la intervención A Pilot Programme for Lifestyle and Exercise en escuelas primarias con el objetivo de prevenir el aumento de peso excesivo en niños de 5 a 12 años de edad (Taylor et al., 2007). La intervención tuvo lugar por dos años y se enfocó en promover la alimentación saludable, específicamente la reducción de ingesta de bebidas azucaradas, y el incremento de actividad física por medio de personas

voluntarias, coordinadores de actividad, que se encargaban facilitar oportunidades de hacer ejercicio involucrando a los padres de familia y otros miembros de la comunidad, así como de brindar educación básica de nutrición. Los resultados del estudio reportaron la intervención como eficaz para prevenir el aumento de peso excesivo y una mejora en el IMC en los niños del grupo de intervención en comparación con el de control. Dos años después de haberse terminado la intervención se realizó un estudio de seguimiento que demostró el mantenimiento de los beneficios en el IMC y una reducción del 19% en la prevalencia de sobrepeso (Taylor et al., 2008).

Programa dietético, conductual y de actividad física.

En Irán, Nemet, Barkan, Epstein, Friedland, Kowen & Eliakim (2005) realizaron una intervención sobre 54 niños y adolescentes obesos con tres meses de duración conformada por pláticas informativas tanto a los niños del grupo de intervención, como a sus padres, además de tener 6 sesiones con un nutriólogo a lo largo de la intervención con el objetivo de involucrar a toda la familia. Los sujetos estuvieron bajo una dieta baja en calorías y asistiendo 2 veces por semana a sesiones de entrenamiento físico, además se les solicitó añadir actividad física por lo menos un día a la semana y se les fomentaba a reducir actividades sedentarias. Después de la intervención, fue reportada una disminución significativa en peso, IMC y porcentaje de masa corporal. Estos resultados se mantuvieron un año después de haber terminado la intervención.

Intervención cognitivo-conductual.

En el año 2004 Braet, Tanghe, Decaluwé, Moens & Roseel, implementaron un programa con 122 pacientes obesos con edades de 7 a 17 años. Esta intervención mantuvo a los participantes como pacientes internos en un centro de salud con la opción de regresar a sus

casas durante 2 fines de semana al mes. El programa se centró en desarrollar hábitos de alimentación saludables, ejercicio moderado y el empleo de la terapia cognitivo-conductual. Como resultado se obtuvo una reducción del 49% de su peso, así como mejoras en su salud mental y hábitos alimenticios. Después de 14 meses de la intervención, se mantuvo una pérdida de peso del 31.7%. Dos años más tarde, Braet (2006) evaluó nuevamente los efectos del programa inicial encontrando que el 77.3% de los participantes pudo reducir su IMC inicial por lo menos 10%, estando esto acompañado de una disminución significativa en psicopatología y síntomas de trastornos de alimentación. De manera similar, Moens, Braet & Winckel (2010) evaluaron los efectos después de 8 años de una intervención que consistía de los mismos ejes que la anterior con la diferencia de que los participantes no se encontraban como internos. Los resultados del seguimiento indicaron que de un 72% de participantes que presentaban obesidad o sobrepeso, tras 8 años se redujo a un 47%, con más de la mitad de los jóvenes alcanzando un estado libre de obesidad. Es importante mencionar que el objetivo de estas intervenciones no fue de la pérdida de peso, sino que los participantes pudieran controlar su propio peso.

Intervención centrada en los padres.

En contraste a lo convencional, Golan, Weizman, Apter y Fainaru (1998) encontraron que una intervención sobre los padres, obtuvo mejores resultados en términos de pérdida de peso para sus hijos, que padecen obesidad, en comparación con una intervención centrada en el niño. Específicamente se encontró que el 79% de los niños del grupo experimental, en el que se intervino sobre los padres, perdieron más del 10% del peso extra que tenían y 35% pudieron salir de la categoría de obesidad. Esta mejora estadísticamente significativa en contraste con el grupo control, que fue una intervención centrada en el niño, se mantuvo en

posteriores evaluaciones de seguimiento a 1, 2 y 7 años después de realizada la intervención (Golan & Crow, 2004).

Programas Obeldicks y Obeldicks Light.

Este programa tuvo la duración de un año donde se intervino mediante la implementación de actividad física, educación sobre nutrición y terapia conductual tanto para los niños como para los padres, así como atención psicológica individual para el niño y su familia. Al término de la intervención se reportó una disminución en el sobrepeso en 77% de los participantes, y de 66% en una evaluación de seguimiento 3 años después. Algo que fue identificado como factor predictor significativo para el mantenimiento resultados, fue la pérdida de peso en los primeros 3 meses de la intervención (Reinehr, Temmesfeld, Kersting, De Sousa, & Toschke, 2007). En lo que corresponde al programa Obeldicks Light (Reinehr et al., 2010), es otra versión de la intervención inicial con la diferencia de que es especialmente sobre niños con sobrepeso, con una duración de 6 meses, y con 50% menos actividad física y sesiones de terapia individuales. De manera similar se reportaron resultados positivos en cuanto a la efectividad para reducir el nivel de sobrepeso en los participantes al término de la intervención, así como un año después (Schaefer, Winkel, Finne, Kolip, & Reinehr, 2011).

Los factores en común de los programas con mejores resultados.

Tras revisar brevemente algunos de los programas e intervenciones que han tenido mejores resultados, considerando su evaluación a largo plazo, se pueden identificar algunos factores en común que podrían haber influenciado los resultados y su consistencia en el tiempo. Los principales factores a resaltar son dos: 1) El uso de un abordaje multidisciplinario; 2) La importancia del apoyo e involucramiento de los padres y de la

comunidad para mantener los resultados positivos. Esto permite apreciar el grado de complejidad que presenta la prevención y el tratamiento de la obesidad y el sobrepeso, así como sugerir que la mejora de la alimentación y de los niveles de actividad física, a pesar de ser fundamentales, son solamente dos de los componentes que una intervención sobre los problemas de peso requeriría para tener los mejores resultados posibles considerando que éstos tienen un origen multifactorial.

Capítulo 2

El Papel de la Autoeficacia para el Cambio

A pesar de que cualquiera podría estar de acuerdo de que una clave para disminuir el peligro que presentan los problemas de peso es la combinación de actividad física y una buena alimentación, la falta de resultados, en forma de una disminución significativa de la prevalencia de la obesidad y el sobrepeso en la población infanto-juvenil de México, abre paso al cuestionamiento de la efectividad de centrarse solamente en estos componentes. Esto no quiere decir que no sea importante, pero quizás sí incompleto considerando la naturaleza multifactorial de problema. Además, el centrarse solamente en enseñar y promover la adquisición de conocimientos y habilidades de salud puede ignorar o no dar la relevancia necesaria al componente psicológico individual, en el sentido de que no se considere el efecto que los procesos mentales tienen entre el conocer lo que hay que hacer y la aplicación de ese conocimiento con la intención de tener un impacto positivo en el bienestar personal y colectivo. En cuanto a esto, Bandura (1982) remarcaba la importancia de tomar en cuenta el pensamiento auto-referente personal, y dentro de esto, específicamente el papel de las creencias del individuo.

La influencia de las creencias individuales sobre la salud se puede apreciar en el campo de la psicología de la salud y en lo que se conoce como el Modelo de Creencias en Salud de Rosenstock (como se cita en Ogden, 2004) que establece que la conducta de salud se predice con base en las creencias que tienen las personas sobre su condición en relación a la percepción que tienen de: a) su susceptibilidad a la enfermedad; b) la severidad de la enfermedad; c) el costo que conlleva la realización de la conducta; d) los beneficios que conlleva la realización de la conducta. Posteriormente este modelo fue modificado y

expandido mediante la inclusión de la autoeficacia al sistema de creencias en salud volviéndolo más completo (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988). Es precisamente este último concepto el que se abordará en este capítulo.

La Definición de Autoeficacia

Cuando se escucha la idea de que las personas primero tienen que creer que pueden alcanzar lo que quieren para así finalmente hacerlo es posible que se piense que proviene directamente de la literatura de superación y desarrollo personal, sin embargo, no sería correcto solamente considerarla como una frase motivacional ya que existe todo un cuerpo de trabajo científico alrededor de esta idea desarrollado por Albert Bandura en lo que específicamente se conoce como autoeficacia.

Las creencias que las personas tienen acerca de su capacidad para alcanzar los estándares de desempeño que les permitirán alcanzar una meta o logro es lo que se conoce como autoeficacia (Bandura, 1977), y resulta especialmente importante ya que influye en la motivación de las personas para seguir determinadas líneas de acción, de manera que de tener una percepción de autoeficacia alta se esperaría que la persona persista y se empeñe en mayor medida (Garrido, García, Tamayo, & De Mier, 2014), siendo lo inverso cuando se cuenta con una baja percepción de autoeficacia (Bandura, 1997). Por lo tanto al tener una mayor percepción de autoeficacia las personas tenderían hacia la realización de conductas saludables o evitación de conductas dañinas y tener un mejor estado de salud (Grembowski et al., 2015; Klein-hessling, Lohaus, & Ball, 2005).

Un concepto fundamental para el desarrollo teórico de la autoeficacia fue el de agencia personal, el cual surge de la Teoría Social Cognitiva de Albert Bandura, donde establece que en lugar de que las personas se encuentren a completa merced de sus circunstancias o

ambiente, éstas poseen un gran nivel de influencia a través de la interacción recíproca y causal con el ambiente por medio de sus acciones, cogniciones y su factor afectivo. Dentro de los factores que constituyen la agencia personal, Bandura considera como ejes principales a las creencias que las personas tienen en cuanto a su capacidad para ejercer influencia y control sobre las circunstancias, y cambiar sus vidas (Bandura, 1999). Estas creencias son las que conforman la percepción de autoeficacia.

La autoeficacia tiene un potencial dividido, es decir, que puede ser una excelente herramienta de autoayuda, pero también un obstáculo. En el aspecto cognitivo se ha demostrado que la efectividad en el pensamiento analítico y resolución de problemas es significativamente más alta en sujetos que poseen una alta creencia en su capacidad en comparación con quienes presentan pensamientos que la ponen en duda (Bandura & Wood, 1989; Wood & Bandura, 1989). De manera similar, una percepción de autoeficacia alta tiende a fomentar buenas expectativas para la realización exitosa de una actividad subsecuente mientras que creencias de una eficacia personal baja tiene el efecto contrario (Bandura, 1989).

El objetivo entonces es poder desarrollar una alta percepción de autoeficacia en las personas para que puedan utilizar el potencial positivo de ésta y así poder tener la persistencia necesaria para enfrentar los retos y dificultades de la vida, y progresar. Como indica Bandura (1989), en la adquisición de conocimiento y el desarrollo de competencia en cualquier área de la vida, lo que cuenta es la resiliencia de las creencias que se tienen de uno mismo. De esta manera es claro que la autoeficacia es un componente esencial para que las personas puedan ser persistentes a lo largo del proceso que conlleva la reducción de peso, y por lo tanto es importante revisar de dónde proviene.

El Origen de la Autoeficacia

El estudio del origen de la autoeficacia puede hacerse de dos maneras principales. La primera es revisando su proceso evolutivo en las personas, es decir, cómo es que los individuos parten de no tener un sentido del Yo cuando son recién nacidos hasta llegar al punto en que la autoeficacia puede influenciar significativamente su vida. La segunda manera es por medio de la comprensión de las diferentes modalidades por las que las personas pueden adquirir información que específicamente tiene el potencial de influenciar, de manera positiva o negativa, su percepción y creencias de autoeficacia.

El desarrollo de la autoeficacia.

De manera general, según Bandura (1997) la formación de la autoeficacia inicia con la aparición de una noción de agencia personal, lo cual puede ser resumido en tres etapas progresivas: 1) la percepción de relaciones causales entre eventos; 2) la comprensión de que las acciones generan resultados específicos; 3) y el reconocimiento de uno mismo como agente que puede generar dichas acciones, y por lo tanto capaz de ejercer control sobre los diversos eventos de la vida. Las primeras de estas etapas se espera que sean alcanzadas al poco tiempo de nacer principalmente por medio del aprendizaje vicario al observar las acciones de otras personas sobre su ambiente, así como sobre uno mismo, y los efectos de dichas acciones. En cuanto al desarrollo del reconocimiento de agencia personal, se considera que ocurre como resultado de las acciones exploratorias de los infantes con su ambiente y aprender cómo es que sus acciones consiguen resultados específicos. Posteriormente esto se vuelve más sofisticado por medio de la diferenciación del Yo en relación con los demás, la maduración de las habilidades cognitivas como la atención y la memoria, así como la comprensión del lenguaje, y finalmente el desarrollo de un

pensamiento que permite el reflexionar sobre las propias experiencias. Todo esto da pie a la capacidad de crear una representación simbólica de sí mismos como personas capaces de generar resultados. A partir de ese momento la autoeficacia de las personas es influenciada por lo que es conocido como fuentes de autoeficacia (Bandura, 1997).

Las Fuentes de Información de Eficacia

Bandura (1997) identifica cuatro fuentes principales de información para el desarrollo de la autoeficacia, las cuales se describen a continuación:

- a. Experiencias de Maestría: Esta es la fuente que tiene mayor influencia en la formación de creencias de eficacia personal ya que consiste en la evidencia empírica de la capacidad propia de llevar a cabo exitosamente la tarea a realizar. De manera contraria, si se cuenta con experiencias de fracaso la percepción de autoeficacia disminuye. Sin embargo, a pesar del impacto positivo de las experiencias de maestría, Bandura hace distinción entre experiencias de maestría sencillas, que se obtienen sin mayor esfuerzo y pueden causar que la persona se desaliente fácilmente ante el fracaso, y las de maestría que requieren de persistencia, y por lo tanto construyen una autoeficacia con mayor resiliencia.
- b. Experiencia Vicaria: Esta fuente se da por medio de la observación del logro alcanzado por otras personas con características semejantes a las propias en alguna actividad. Por medio de este tipo de modelamiento el individuo considera que su probabilidad de éxito es mayor, teniendo el efecto contrario si la persona observada fracasa en su intento.

- c. Persuasión Verbal: Como su nombre lo indica, esta fuente implica que por medio de la comunicación persuasiva se fomente la creencia de que la persona puede enfrentar o realizar exitosamente la tarea en cuestión. Aunque para aumentar las probabilidades de éxito también se deben proporcionar condiciones que soporten al individuo para realizar la tarea.
- d. Estados Emocionales y Fisiológicos: Esta fuente brinda información de autoeficacia específicamente por la reacción emocional y fisiológica ante cierta situación o tarea. Una respuesta tensa y agitada tiende a disminuir la percepción de autoeficacia, mientras que una reacción tranquila tiene el efecto contrario.

Un señalamiento importante de Bandura (1997) acerca de estas fuentes es que solamente se encargan de hacer llegar la información de autoeficacia, y por lo tanto no implica que tengan un efecto directo sobre las creencias de eficacia que la persona posee, sino que esta información será procesada e interpretada de manera particular por el sujeto y se determinará si representa evidencia de una baja o alta eficacia personal. Todo este proceso puede ser complejo ya que la persona tiene que integrar la información dependiendo de la fuente que la aporta; las diferentes configuraciones en que la información puede ser transmitida dentro de una misma fuente de información de eficacia; el dominio de funcionamiento con el que se encuentra relacionada (p. ej. Si concierne a la capacidad intelectual o la capacidad física de la persona); las diferentes reglas de juicio que las personas puedan utilizar; el grado en que las experiencias atentan contra el autoestima o valor social de la persona; el estado emocional en el momento; su capacidad de auto-persuasión; y el nivel de desempeño de la persona en sus habilidades cognitivas como la atención y la memoria.

Los Procesos Mediadores en la Autoeficacia

La manera en que la autoeficacia impacta el funcionamiento humano es por medio de la influencia sobre lo que la persona siente, piensa, lo que le motiva y lo que la hace actuar. En cuanto a esto, Bandura (1997) identificó cuatro procesos centrales, que en conjunto con las creencias de eficacia, orquestan el funcionamiento individual.

- El Proceso Cognitivo: En este aspecto, las creencias de autoeficacia influenciarán la construcción mental que las personas utilizan para visualizar situaciones futuras, y de esta manera anticipar la probabilidad de éxito o fracaso. Adicionalmente, la percepción de eficacia influye en la capacidad de utilizar eficientemente la habilidad de toma de decisiones y solución de problemas.
- El Proceso Motivacional: De manera general, las creencias de autoeficacia influenciarán la motivación por medio de lo que indican que la persona puede alcanzar o los resultados que puede esperar. De esta manera planeará y establecerá metas para alcanzar aquello que anticipa como alcanzable, así como para evitar aquello de lo que tiene expectativas negativas.
- El Proceso Afectivo: En el área afectiva la autoeficacia incide en la manera en que las experiencias son consideradas positivas o negativas, al evaluar las capacidades personales para hacer frente a lo amenazante del ambiente; la capacidad percibida para transformar un ambiente amenazante en uno que la persona considere deseable; y finalmente en la capacidad percibida para poder controlar estados emocionales no deseados cuando ocurren.
- El Proceso Selectivo de su Ambiente: Finalmente, las creencias de autoeficacia influyen al proceso que las personas utilizan para elegir ambientes y

actividades que les permitan funcionar de la mejor manera posible según sus capacidades percibidas, es decir, aquello que creen que pueden manejar.

Efectos de la Autoeficacia sobre la Salud

Como se indicó anteriormente, la autoeficacia influye en la toma de acción, y su mantenimiento, lo cual también tiene aplicación en las conductas de salud. Se ha demostrado que la autoeficacia tiene un papel importante en la conducta de salud, tanto en el inicio, mantenimiento, y control de ésta (Hevey, Smith, & Mcgee, 1998). Anderson, Winnet, & Wojck (2000) encontraron un efecto significativo de la autoeficacia sobre las conductas de nutrición, indicando que los participantes con mayor confianza en su habilidad para comprar y consumir alimentos tendían en mayor medida a llevar a cabo tales conductas. Por otra parte, se ha encontrado que la autoeficacia predice la adopción de ejercicio, así como su mantenimiento (Sallis et al., 1989).

Específicamente en el control de peso, se ha encontrado que en participantes sobre los cuales se fomentó el desarrollo de autoeficacia hubo una mayor pérdida de peso en comparación con el grupo en el cual no se intervino sobre la autoeficacia (Chambliss & Murray, 1979). Shin, Shin, Liu, Dutton, Abood y Llich (2011) reportaron que en una intervención para la pérdida de peso con una duración de 6 meses la autoeficacia general, así como autoeficacia específicamente percibida para resistirse a comer en situaciones de riesgo, cuando hay comida disponible, se asociaron con una mayor pérdida de peso. De manera similar, Armitage, Wright, Parfitt, Peginton, Donnelly & Harvie (2014) indicaron que la autoeficacia percibida para la resistencia a tentaciones, fue un predictor para la pérdida de peso. La asociación significativa entre autoeficacia y pérdida de peso se muestra

consistente en la literatura (Delahanty et al., 2013; Hays, Finch, Saha, Marrero, & Ackermann, 2014; Linde, Rothman, Baldwin, & Jeffery, 2006).

Es claro entonces, que intervenir sobre las creencias que tienen los individuos con respecto a la capacidad para alcanzar sus objetivos, en este caso controlar su peso, no solamente es justificable, sino necesario como uno de los primeros pasos para impactar significativamente la salud de la población infantil, especialmente de manera preventiva. Sin embargo, aun con mayor claridad en cuanto al problema, obesidad y sobrepeso, así como una posible mejor manera de intervenir sobre éste, también es necesario ganar claridad acerca de la población con la cual se desea trabajar.

Capítulo 3

El Papel de los Pre-adolescentes

En la adolescencia se dan una gran cantidad de cambios para el individuo en relación con su cuerpo y salud. Krauskopof (1999) establece que en la pre-adolescencia, que comprende la fase inicial de la adolescencia de los 10 a los 12 años, existe una preocupación por el cuerpo y los ajustes que deben llevarse a cabo como respuesta adaptativa a los cambios biológicos que acompañan al desarrollo, siendo también una etapa donde se reestructura la imagen corporal y surgen nuevas orientaciones conductuales en relación con su cuerpo. De esta manera, los constantes cambios y la necesidad de responder a ellos de manera adaptativa permiten apreciar lo que es una etapa de formación, pero también una de desequilibrio en la cual se comienzan a sentar bases importantes que determinaran su salud, tanto a corto como a largo plazo, mediante conductas que pueden fomentar su protección, pero también que la pueden poner en riesgo (Holmbeck, 2002).

La Tendencia del Pre-Adolescente Hacia las Conductas de Riesgo

Uno de los componentes fundamentales del papel que cumplen los pre-adolescentes en los problemas de peso es su tendencia hacia la realización de conductas riesgosas para su salud que específicamente son las que se manifiestan a través de la práctica y mantenimiento de malos hábitos alimenticios, así como de actividad física. Estas conductas son consideradas de riesgo por las serias consecuencias a corto y largo plazo que implican para esta población en forma de obesidad, sobrepeso y sus comorbilidades. Por lo tanto, es importante explorar la naturaleza de esta tendencia, la cual tiene un origen multifactorial, razón por la cual es mejor comprendida por medio de una perspectiva biopsicosocial tal como la que utilizan Sales e Irwin (2013).

Bajo esta perspectiva la tendencia a las conductas de riesgo de los pre-adolescentes se explican, de manera general, por medio de la influencia de tres factores principales:

- **Biológicos:** La pubertad, las hormonas, las predisposiciones genéticas y el desarrollo cerebral
- **Psicológicos:** La cognición, la personalidad, y las características disposicionales
- **Sociales o ambientales:** La familia, los pares, y la sociedad

A continuación se presenta una breve descripción de cada uno de estos factores.

Los factores biológicos.

Genética.

En el factor genético lo que se considera es el grado en que la influencia que la herencia genética familiar aumenta la probabilidad de la aparición de conductas de riesgo, por ejemplo, el abuso de sustancias, actividad criminal y actividades con altas probabilidades ocasionar una lesión (Sales & Irwin, 2013). Algunos hallazgos que sirven de ejemplo de este factor son las predisposiciones genéticas encontradas para el abuso de bebidas alcohólicas (Cloninger, 1987) abuso de alcohol y sustancias en general (Conner et al., 2005); la influencia de abuso de sustancia sobre la conducta sexual de riesgo (Kogan et al., 2010); la conducta alimentaria (Grimm & Steinle, 2011); y actividad física (Lin, Eaton, Manson, & Liu, 2017).

Hormonas.

Principalmente por medio de la pubertad, este factor indica la influencia que los cambios hormonales, principalmente gonadales (Spear, 2000), característicos de esta etapa de desarrollo tienen sobre el comportamiento de riesgo. En un estudio con chicas adolescentes

se encontró una asociación entre niveles altos de testosterona con una aumento en el riesgo de llevar a cabo conducta de riesgo, mientras que por otra parte un nivel alto de estradiol se asoció con menor riesgo de realizar dichas conductas (Op de Macks et al., 2016). Sin embargo, en cuanto a los problemas de peso, se debe considerar que durante esta etapa se considera normal un aumento de peso precisamente porque los cambios en la regulación hormonal afectan el apetito, la saciedad, y la distribución de grasa, siendo de preocupación solamente el caso en el que el menor llegue a esta nueva etapa ya padeciendo sobrepeso u obesidad (Jasik & Lustig, 2008).

Madurez puberal asíncrona.

Según Irwin y Millstein (1986) este factor aparece cuando la madurez que viene con la pubertad ocurre ya sea antes o después en comparación con la de los pares (como se cita en Sales & Irwin, 2013). Siendo específicamente los adolescentes que presentan una madurez física más elevada quienes estarían en mayor riesgo de participar en conductas como fumar, tomar bebidas alcohólicas, y actividad sexual prematura (Brooks-Gunn, 1988).

Desarrollo cerebral.

Este factor biológico es considerado uno de los principales por el hecho de que el cerebro aún se encuentra en desarrollo, lo cual permite comprender el comportamiento riesgoso de dos maneras en específico: 1) La tendencia a buscar estimulación y sensación debido a cambios en el sistema dopaminérgico durante la pubertad; y 2) la inmadurez de las áreas corticales encargadas de funciones esenciales de auto-regulación (Steinberg, 2004, 2008), así como de otras funciones ejecutivas como el planear, el pensar a futuro o en consecuencias y el control de impulsos (Giedd, 2008).

Los Factores Psicológicos.

Cognición.

En el factor cognitivo se explora la percepción del riesgo, aunque particularmente en este apartado se ha encontrado poca diferencia entre la percepción adolescente y la adulta, que generalmente es guiada por un sesgo que orienta hacia la creencia de invencibilidad personal y a una infravaloración del peligro asociado a ciertas conductas de riesgo, lo cual le resta significancia como explicación de las conductas de riesgo de esta etapa (Millstein & Halpern-felsher, 2002; Reyna & Farley, 2006). Por otra parte, también se considera la manera en que los adolescentes toman decisiones, siendo una de las teorías la de Rastro Difuso en la que se propone que la toma de decisión adolescente es simple y no caracterizada por un proceso detallado ni preciso, dando como resultado una evaluación entre riesgos y beneficios potencialmente incorrecta (Reyna & Farley, 2006).

Personalidad.

Dentro de este factor se ha tratado de clasificar la orientación al riesgo en rasgos de personalidad específicos como el de búsqueda de sensación o estimulación, del cual se han desarrollado escalas para determinar la asociación de este rasgo con conductas de riesgo específicas (Zuckerman & Kuhlman, 2000). En cuanto a la obesidad se ha encontrado que los rasgos de neuroticismo, impulsividad, y sensibilidad a la recompensa, se encuentran relacionados con mayor probabilidad de participar en conductas de riesgo, mientras que rasgos como la escrupulosidad y el auto-control, se relacionan con factores preventivos al aumento de peso en exceso (Gerlach, Herpertz, & Loeber, 2015).

Características Disposicionales.

Finalmente se considera el grado de influencia que aspectos psicológicos específicos como la autoestima, la depresión y el locus de control, tienen sobre el adolescente para que participe en ciertas conductas de riesgo. Por ejemplo, Wild, Flisher, Bhana y Lombard (2004) encontraron asociaciones significativas entre una baja autoestima en adolescentes y conductas de riesgo como abuso de alcohol y sustancias, así como conductas sexuales de riesgo.

Los factores sociales o ambientales.

Familia.

Este factor está conformado principalmente por la influencia que tienen los padres de familia sobre sus hijos a través de su rol como modelos de conducta y su actitud en relación a ciertas conductas de riesgo (Morrongiello, Corbett, & Bellissimo, 2008; Morrongiello & Lasenby-lessard, 2007). Particularmente se ha encontrado que una relación entre padres e hijos caracterizada por un apego seguro disminuye la probabilidad de que los menores participen en conductas de riesgo como abuso de alcohol, uso de drogas, conductas sexuales riesgosas, así como una disminución en tasas de embarazo adolescente (Moretti & Peled, 2004).

Pares.

En cuanto a este factor, Gardner & Steinberg (2005) encontraron que de manera general la presencia de pares incrementa la probabilidad de tomar decisiones más riesgosas en adolescentes, adultos jóvenes y adultos, aunque la influencia de los pares resultó más significativa en la población adolescente. Por otra parte, también se ha encontrado que los adolescentes efectivamente son influenciados por pares, pero solamente cuando éstos

incentivan las conductas de riesgo y no por el hecho en sí de que los pares estén presentes (Reynolds, Macpherson, Schwartz, & Fox, 2015).

Sociedad.

Dentro de la influencia que la sociedad tiene sobre la población adolescente se considera la facilidad de acceso que permite para la práctica de conductas de riesgo o el fomento de las mismas dentro de las comunidades, así como las expectativas culturales (Sales & Irwin, 2013). En relación a esto, uno de los factores que es considerado como influencia en las conductas de riesgo específicas que conducen a los problemas de peso es lo que se conoce como ambiente obeso-génico, un ambiente que fomenta el consumo de comida poco saludable y actividades sedentarias (Townshend & Lake, 2017).

Para terminar, al considerar todos los factores anteriores se puede apreciar nuevamente la complejidad que puede implicar el trabajar con los problemas de peso en la población pre-adolescente, específicamente por el aspecto multifactorial de cada uno de los elementos revisados hasta ahora. En la obesidad y el sobrepeso las causas; en las creencias de autoeficacia las diversas maneras de procesar la información de eficacia; y en la pre-adolescencia la esfera biopsicosocial de influencia en la que se encuentran los jóvenes. A pesar de esto, un componente especialmente importante, como se presentó en el capítulo anterior, es el nivel de autoeficacia con el que los jóvenes se encuentran al llegar a esta nueva etapa ya que tiene gran medida influencia el nivel de éxito con el que enfrentan los diversos retos y riesgos que suelen presentarse (Bandura, 1997), entre ellos las conductas de riesgo que los pueden llevar a desarrollar obesidad o sobrepeso, razón por la cual es crucial desarrollarla.

Método

Objetivo General

Evaluar la efectividad de un programa de intervención para incrementar la autoeficacia percibida para el control de peso en estudiantes de educación secundaria en la ciudad de Tijuana, B.C.

Objetivos Específicos

- Evaluar los niveles de autoeficacia de la muestra total antes y después de la intervención
- Evaluar y comparar los niveles de autoeficacia para la actividad física de los grupos de primer año antes y después de la intervención
- Evaluar y comparar los niveles de autoeficacia para la actividad física de los grupos de segundo año antes y después de la intervención
- Evaluar y comparar los niveles de autoeficacia para la alimentación saludable de los grupos de primer año antes y después de la intervención
- Evaluar y comparar los niveles de autoeficacia para la alimentación saludable de los grupos de segundo año antes y después de la intervención

Tipo y Diseño de Investigación

El tipo de estudio realizado fue exploratorio con un diseño cuasi-experimental.

Muestra

En el estudio inicialmente participaron 89 estudiantes de educación secundaria pertenecientes a una institución pública en la ciudad de Tijuana, Baja California, sin embargo, 3 de ellos fueron descartados por no haber presentado la evaluación final o por cuestionarios significativamente incompletos. Dentro de los 86 estudiantes 46 de sexo

femenino (53.5%) y 40 de sexo masculino (46.5%) todos en un rango de edad de los 11 a los 13 años. Como criterio de inclusión se consideró que los participantes se encontraran cursando únicamente primero y segundo grado de secundaria, mientras que de manera correspondiente como criterio de exclusión se consideró el no estar cursando primero o segundo grado de secundaria.

Definición de Variables

- Programa de Intervención para adolescentes
 - Definición Conceptual: Es un esfuerzo sistemático realizado con el fin de promover el bienestar físico, mental y social de la población adolescente (Constantine, 2013).
 - Definición Operacional: La aplicación de un conjunto de acciones diseñadas para alcanzar objetivos de salud específicos durante un periodo de tiempo determinado.

- Autoeficacia para el control de peso
 - Definición Conceptual: Es el conjunto de creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para mantener un control de peso saludable. Dichas creencias influyen en los pensamientos, sentimientos y conductas, a la vez que contribuyen significativamente a la motivación y a los logros humanos (Bandura, 1977).
 - Definición Operacional: Se define como las respuestas dadas por los participantes a los ítems del Inventario de Autoeficacia Percibida para el Control de Peso de Román, Díaz, Cárdenas y Lugli (2007), adaptado por Guzmán y Gómez-Peresmitré (como se cita en Gómez-Peresmitré, Platas, Pineda, Guzmán, y León, 2017).

Instrumentos

Medición de autoeficacia percibida para el control de peso.

Se utilizó el Inventario de Autoeficacia Percibida para el Control de Peso de Román, Díaz, Cárdenas y Lugli (2007). Dicho instrumento está integrado por 30 ítems con un formato de respuesta tipo Likert, que va desde 1) No soy capaz de hacerlo, hasta 4) Soy muy capaz de hacerlo. El criterio de calificación es a mayor puntaje, mayor es el problema. El coeficiente de confiabilidad indica una alta consistencia interna del instrumento (α de Cronbach=0.96). Está formado por cinco factores que explican el 48.5% de la varianza total.

Medición de afecto positivo y negativo.

Se utilizó una adaptación facilitada por personal del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnología (PAPPIIT) por parte de la Universidad Autónoma de México de la versión para niños y adolescentes de la prueba psicométrica Positive and Negative Affect Schedule (Watson, Clark, & Tellegen, 1988) realizada por Sandin (2003). El instrumento es un cuestionario de auto-informe conformado por 18 elementos, con 10 ítems evaluando el afecto negativo y 8 ítems evaluando el afecto positivo.

Medición de peso y estatura

Se utilizaron básculas digitales y estadímetros proporcionados por la Facultad de Medicina y Psicología de la Universidad Autónoma de Baja California (UNAM).

Procedimiento

Se implementó el taller Prevención Primaria. Factores de Riesgo para los Problemas de Peso Corporal en Preadolescentes desarrollado por la Facultad de Psicología de la UNAM, que forma parte del Proyecto PAPIIT IN307517 Segunda Etapa, durante los meses de Octubre y Noviembre del año 2018. Para el inicio del taller primero se acudió a la escuela secundaria para presentar el proyecto a los directivos y solicitar la autorización para llevar a cabo el taller en dos grupos, uno de primer grado y otro de segundo grado (grupos experimentales), así como en dos grupos adicionales de primero y segundo grado (grupos control). Una vez otorgada la autorización y acordada la fecha de inicio se procedió de la siguiente manera:

1. Primera sesión (En todos los grupos): Se llevó a cabo la presentación de los facilitadores ante el grupo, se informó acerca de los objetivos de la investigación, la importancia de su participación, y se les explicó y facilitó una hoja de consentimiento informado dejando claro que toda la información recabada sería confidencial y que la participación en la investigación era voluntaria. Posteriormente se les explicaron las instrucciones para el correcto llenado del pre-test que incluía las escalas correspondientes. Finalmente, se midió y pesó a los estudiantes.
2. Segunda sesión (Grupos experimentales): Se presentaron puntos importantes para el fomento de una alimentación saludable, como el plato del bien comer, así como herramientas para la elección de alimentos saludables y la definición del concepto de autoeficacia.

3. Tercera sesión (Grupos experimentales): Se les orientó acerca de la composición de un lunch saludable por medio del semáforo de los alimentos, la importancia de leer las etiquetas nutrimentales y cómo hacerlo, así como mitos y realidades referentes al tema de la buena alimentación.
4. Cuarta sesión (Grupos experimentales): Se presentaron los conceptos de auto-atribución, afecto, auto-concepto y autoestima, así como la importancia de realizar actividad física y ejercicios que pudieran comenzar a utilizar habitualmente.
5. Quinta sesión (Todos los grupos): Se agradeció a los estudiantes su participación en la intervención y se procedió con la aplicación del post-test.

Algunas consideraciones importantes durante el proceso de la aplicación del taller son las siguientes:

- En cada sesión se llevaron a cabo de 3 a 5 actividades que involucraran a los estudiantes y reforzaran la información teórica presentada
- Las fechas y horarios otorgados por la institución educativa para la aplicación del taller fueron irregulares según la disponibilidad de los maestros, y con un espacio entre sesión de aproximadamente una semana
- Se hizo una pausa de alrededor de una semana en la aplicación del taller debido a un paro de maestros en el estado
- La duración de las sesiones fluctuó de entre 30 a 50 minutos

Finalmente, se realizó el vaciado de los datos obtenidos en una base de datos facilitada por miembros de la Facultad de Psicología de la UNAM y del Proyecto PAPIIT IN307517 Segunda Etapa. El vaciado y el posterior análisis se llevaron a cabo en el software SPSS.

Resultados

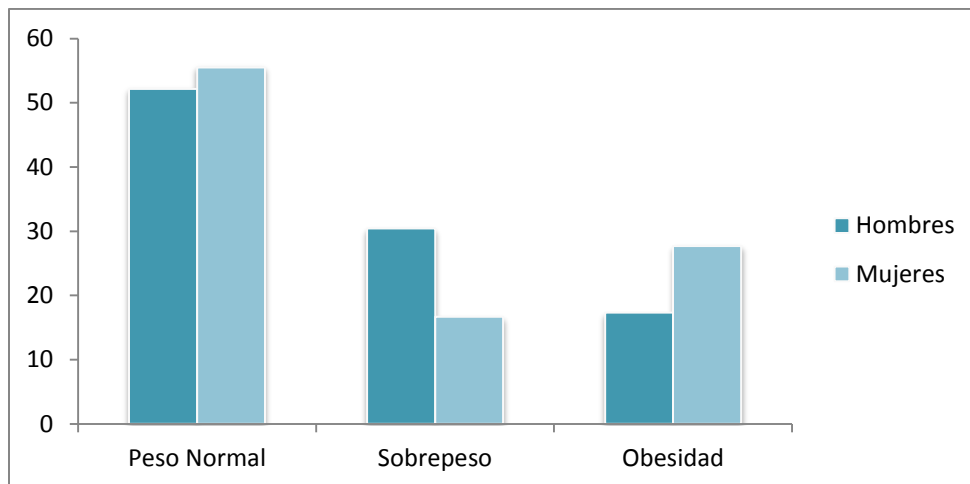
Estadísticos Descriptivos

Categorías de índice de masa corporal.

Grupos Experimentales.

En los estudiantes que formaron parte de los grupos experimentales y permitieron que se les pesara ($n = 41$) se encontró que la mayoría de los participantes (26.8%) se ubicaban dentro de lo considerado como peso normal, 12.2% en la categoría de sobrepeso, y 11% en la de obesidad. Ninguno de los participantes se ubicó dentro de las categorías de bajo peso ni desnutrición. En cuanto a las categorías del IMC por sexo, se encontró que tanto las estudiantes de sexo femenino como los de sexo masculino se ubicaron mayormente en la categoría de peso normal, con una mayor incidencia de obesidad en mujeres. (Véase Figura 1).

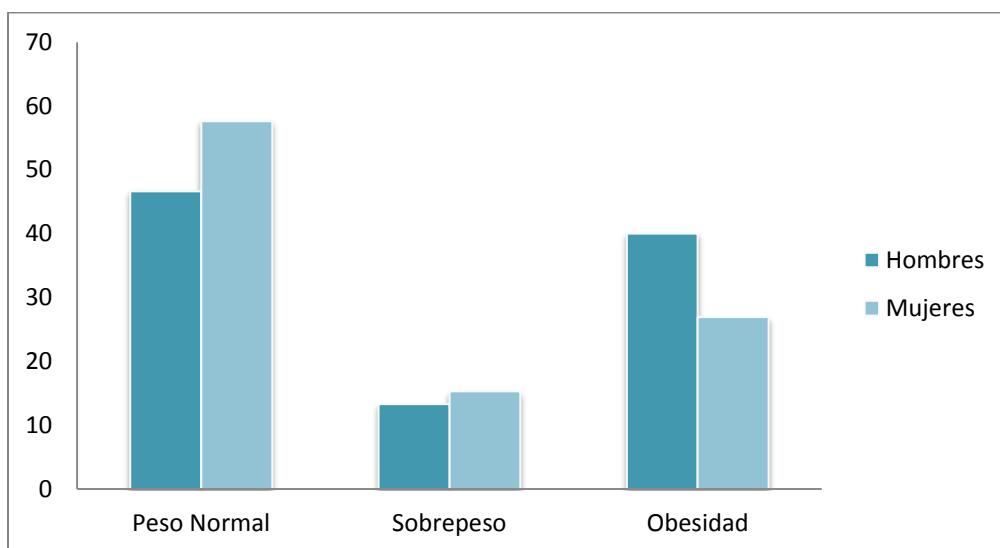
Figura 1. Distribución de categorías de IMC por sexo (Grupos Experimentales)



Grupos Control.

En los estudiantes que formaron parte de los grupos control (n = 41) se encontró que la mayoría de los participantes (26.8%) se ubicaban dentro de lo considerado como peso normal, 7.3% en la categoría de sobrepeso, y 15.9% en la de obesidad. Ninguno de los participantes se ubicó dentro de las categorías de bajo peso ni desnutrición. Con respecto a las categorías del IMC por sexo, también se encontró que las estudiantes de sexo femenino (57.6%) y los de sexo masculino (46.6%) se ubicaron mayormente en la categoría de peso normal (Véase Figura 2).

Figura 2. Distribución de categorías de IMC por sexo (Grupos Control)



Características Familiares.

Grupos Experimentales.

Se encontró que cerca de la mitad indicaron que el ingreso mensual familiar era aportado por solamente uno de los padres de familia (43.1%), y el 40.9% reportó que lo hacían ambos padres de familia. Por otra parte, el nivel de estudios mayormente reportado

para los padres fue el de preparatoria (27.2%) y para las madres el de secundaria (36.3%). Finalmente, la mayoría de los estudiantes reportaron vivir con su familia nuclear (70.45%).

Grupos Control.

Los participantes de los grupos control indicaron mayormente que ambos padres aportan para el ingreso mensual familiar (57.1%), mientras que el 33.3% indicó que solamente uno de los padres lo hacía. En el aspecto del nivel de estudios, se encontró que la mayoría de padres alcanzaron el nivel secundaria (23.8%) y de las madres el nivel preparatoria (33.3%). Con respecto a las personas con las que viven, se reportó que el 83.3% se encuentran con su familia nuclear.

Conductas de Riesgo.

Grupos Experimentales.

En cuanto a conductas de riesgo, los estudiantes en su totalidad reportaron no consumir bebidas alcohólicas, cigarrillos ni drogas. Sin embargo, el 72.1% de ellos indicó consumir alimentos chatarra a veces, el 18.6% frecuentemente, y el 9.3% siempre.

Grupos Control.

De la misma manera, estos estudiantes indicaron no consumir, bebidas alcohólicas, cigarrillos ni drogas, y en cuanto al consumo de comida chatarra el 61.9% reportó hacerlo a veces, el 28.5% frecuentemente, el 4.7% siempre, y el 4.7% nunca.

Conductas de Salud.

Grupos Experimentales.

La mayoría de los estudiantes indicó que desayuna alimentos saludables todos los días frecuentemente (37.2%), que a veces realizan 3 comidas y 2 colaciones en sus comidas al día (36.3%), que nunca miden sus porciones (40.9%), que a veces eligen o preparan un lunch saludable (43.1%), que siempre mastican más de 5 veces los alimentos (38.6%), que siempre comen despacio y disfrutan sus alimentos (52.27%), que a veces leen las etiquetas nutrimentales (39.5%), y finalmente, que siempre consumen alimentos saludables (53.4%).

Grupos Control.

Los participantes de estos grupos indicaron que a veces desayunan de manera saludable todos los días (40.4%), que a veces realizan 3 comidas y 2 colaciones en sus comidas (42.8%), que nunca miden sus porciones (40.47%), que a veces eligen o preparan un lunch saludable (45.2%), que siempre mastican más de cinco veces los alimentos (34.1%), que siempre comen despacio y disfrutan sus alimentos (52.3%), que a veces leen las etiquetas nutrimentales (38.1), y que siempre consumen alimentos saludables como verduras frutas y agua natural (57.1%).

Percepciones y Preocupación Acerca de su Peso.

Grupos Experimentales.

El 39.02% de estos estudiantes se consideró dentro de la categoría de complexión ni gordo ni delgado, el 26.8% delgado, el 19.5% gordo, el 12.1% muy delgado, y el 2.4% muy gordo. Al respecto de la preocupación acerca de su peso corporal la mayoría indicó que sí (59.1%), siendo reportada como etapa de inicio de dicha preocupación los once años o menos (52.6%), así como el haber llevado a cabo una dieta restringida (59.1%) en el

periodo de los 9 a 11 años de edad (46.1%). Por otro lado, la mayoría consideró que nunca consumen más alimentos cuando se encuentran solos (58.1%), mientras que un 36.3% cree que nunca comen más rápido que los demás, aunque otro 36.3% considera que a veces lo hacen. También consideran que nunca comen mayor cantidad que los demás (41.8), y que nunca se han sentido preocupados porque coman mucho (43.1%).

Grupos Control.

De manera similar los participantes de estos grupos se perciben principalmente ni gordos ni delgados (50%), mientras que el 22.5% se considera gordo, el 20% delgado, el 5% muy delgado, y el 2.5% muy gordo. En relación a la pregunta acerca de la preocupación por su peso, la mayoría (64.2%) indicó que sí, así como haber iniciado a preocuparse a los once años o menos (56.25%). Por otra parte se encontró que los que habían hecho alguna vez una dieta restringida (50%), lo hizo en el rango de edad de los 9 a los 11 años (37.03%). Finalmente en sus creencias acerca de sus hábitos de consumo de alimentos indicaron que mayormente nunca comen más cuando no se encuentran con otras personas (64.2%), que tampoco comen más rápido que los demás (54.76%), y un 40.4% indicó que nunca cree que come más que los demás, pero otro 40.4% indicó que a veces. Finalmente la mayoría reportó que nunca se han sentido preocupados porque coman mucho (50%).

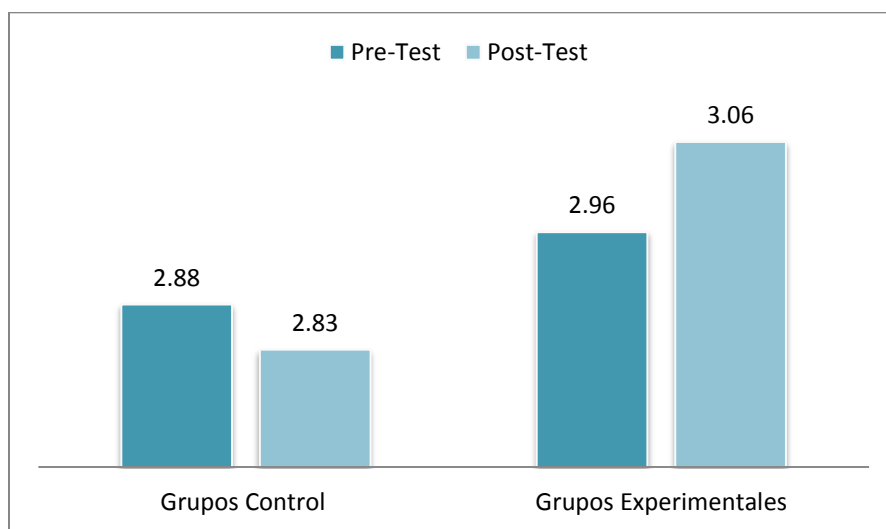
Estadísticos Inferenciales

Para la determinación de significancia estadística en la diferencia de las medias de los grupos experimentales en las dos condiciones (pre-test y post-test) se utilizó la prueba t para muestras relacionadas, mientras que para determinar la significancia en la diferencia entre grupos experimentales y grupos control se utilizó la prueba t para muestras independientes.

Autoeficacia para el control de peso.

Como resultado de la aplicación del taller preventivo se encontró que el puntaje de autoeficacia para el control de peso de los estudiantes aumentó ligeramente al finalizar la intervención (M = 3.06) en comparación con la línea base (M = 2.96). Sin embargo, la diferencia no resultó significativa, $t(43) = -1.776$, $p > .05$. Por otra parte, al momento de comparar los efectos con el grupo control (M = 2.83), se encontró que la autoeficacia para el control de peso en el grupo experimental (M = 3.06) fue superior, sin embargo esto tampoco resultó significativo estadísticamente, $t(84) = -1.727$, $p > .05$.

Figura 3. Autoeficacia Para el Control de Peso: Medias

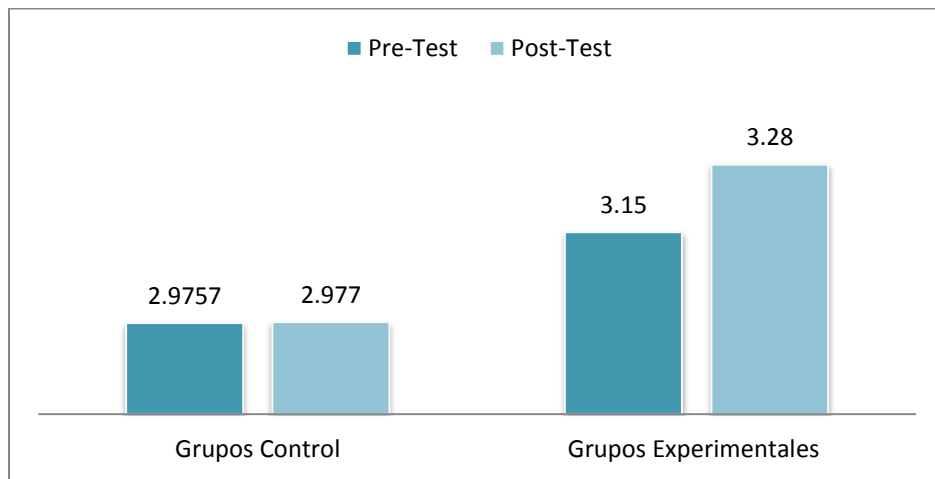


Autoeficacia hacia la actividad física (factor 1).

Con respecto al factor 1 los resultados indicaron que hubo un incremento en el puntaje de autoeficacia inicial (M = 3.15) en comparación con el final (M = 3.28), siendo esta diferencia estadísticamente significativa, $t(43) = -2.106$, $p < .05$. De manera similar, al

comparar los resultados con los obtenidos en el grupo control ($M = 2.97$) también se encontró un incremento significativo en este factor, $t(84) = -2.103$, $p < .05$.

Figura 4. Autoeficacia Hacia la Actividad Física: Medias



Autoeficacia para la alimentación saludable (factor 2).

Finalmente se obtuvo que para el factor 2 los estudiantes de los grupos experimentales aumentaron su puntaje de autoeficacia inicial ($M = 2.78$) con respecto del puntaje al finalizar el taller de prevención ($M = 2.85$), aunque sin ser esta diferencia significativa, $t(43) = -.665$, $p > .05$. En cuanto al resultado de la comparación con el grupo control, efectivamente ocurrió un incremento ($M = 2.85$), pero éste tampoco resultó significativo, $t(84) = 1.000$, $p > .05$.

Figura 5. Autoeficacia Para la Alimentación Saludable: Medias

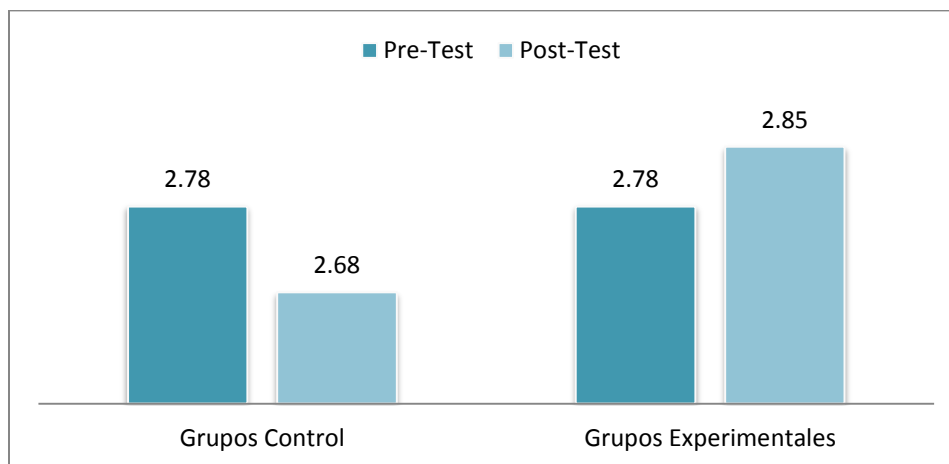


Tabla 1. Efectos del Taller de Prevención en el Grupo Experimental (Prueba de muestras emparejadas)

Variables	t	gl	Sig.
Autoeficacia para el control de peso	-1.72	84	.088
Factor 1. Autoeficacia hacia la actividad física	-2.10	43	.041
Factor 2. Autoeficacia para la alimentación saludable	-.665	43	.510

Discusión

En el presente estudio se evaluaron los efectos de un taller de prevención para los problemas de peso que tuvo una duración de cuatro sesiones y el objetivo de promover la autoeficacia para el control de peso en una muestra de pre-adolescentes estudiantes de educación secundaria. Los resultados al terminar la intervención reflejaron que no hubo un efecto significativo en la autoeficacia percibida para el control de peso, siendo el mismo caso para el factor 2 (autoeficacia para la alimentación saludable). Sin embargo, sí hubo un impacto positivo significativo en la autoeficacia hacia la actividad física (factor 1) de los grupos experimentales, convirtiéndose este hallazgo en el más importante de este trabajo de investigación considerando la importancia de la autoeficacia para la realización de conductas de salud y el bajo nivel de actividad física que se encuentra en la actualidad en el rango de edad de 10 a 14 años a nivel nacional (Medina, Jáuregui, Campos-Nonato, & Barquera, 2018).

Estos datos concuerdan con lo encontrado por el estudio de tesis de licenciatura elaborado por Eguía (2015), aunque únicamente en el aspecto del impacto significativo de un taller de corta duración sobre la autoeficacia para incrementar la actividad física, en el resto de los resultados se difiere puesto que se reportó un impacto positivo en todos los factores de autoeficacia. Por otra parte, los resultados difieren completamente por lo que reporta López (2018) en su tesis de licenciatura ya que indica un efecto significativo de un taller corto centrado en autoeficacia en todos los factores de autoeficacia excepto en el que concierne a la actividad física. Sin embargo, es importante mencionar algunos detalles: 1) en sus investigaciones se trabajó con niños y niñas de educación primaria; 2) se tuvo una

sesión con los padres de familia, lo cual es relevante por el importante papel que tiene la influencia familiar para el desarrollo de autoeficacia en los menores (Bandura, 1997); y 3) las sesiones tuvieron una duración promedio de 2 horas. Esto a diferencia de la presente investigación donde se trabajó con pre-adolescentes de secundaria; no se realizaron sesiones con los padres; y las sesiones tuvieron una duración de entre 30 a 50 minutos.

Además de las diferencias anteriores, un factor que pudo haber influido es el de las limitaciones específicas del programa utilizado, y a lo que se refiere esto es a una posible falta de consideración de las características del desarrollo de la población pre-adolescente. Aunque esto tiene implicaciones desde el diseño del taller hasta la aplicación del mismo, particularmente debe mencionarse y considerarse la etapa de desarrollo cognitivo en la que se encuentran los estudiantes, ya que es en esa área donde se espera intervenir, específicamente en las percepciones y creencias de autoeficacia. Los pre-adolescentes tienen características y capacidades únicas a su etapa cognitiva, que al fin de cuentas establecen el alcance de las intervenciones empleadas, lo cual exige que sean diseñadas para que los conceptos y habilidades que se buscan promover sean correctamente asimilados (Weisz & Hawley, 2002). Con respecto a esto, es importante considerar que unas de las capacidades esenciales para modificar percepciones y creencias son el reflexionar acerca de lo que uno mismo piensa (auto-reflexión), así como acerca de la manera en que un cambio en el presente puede impactar el futuro personal. Ambas capacidades implican procesos cognitivos y simbólicos que requieren un desempeño elevado cuya eficiencia dependerá del nivel de madurez del adolescente en cuestión (Holmeck, O'Mahar, Abad, Colder & Updegrave, 2006). Finalmente, en relación a lo anterior, es importante mencionar que en el programa utilizado para el presente estudio principalmente se utilizó la persuasión verbal para promover la autoeficacia mediante la

solicitud a los estudiantes de que repitieran frases como “Soy capaz de servirme las porciones que me tocan en platos blancos y pequeños”, seguidas de la afirmación “Hazlo, lo conseguirás” por parte del facilitador. Esto podría ser un poco limitando considerando lo siguiente: 1) La persuasión verbal es solamente una de 5 fuentes de información de eficacia disponibles; 2) que el proceso de persuasión tuvo una duración corta, y que por sí sola esta fuente puede ser una manera limitada de promover la autoeficacia de una manera que perdure en el tiempo (Bandura, 1997), siendo esta última consideración especialmente relevante en lo que respecta a la permanencia de los efectos logrados debido a la aplicación del taller.

Limitaciones del Estudio

Algunas de las limitaciones identificadas se presentan a continuación:

- El trabajar con una muestra no probabilística que por lo tanto no permite generalizar los resultados obtenidos.
- La corta duración de la intervención que podría no ser suficiente para generar cambios duraderos en las percepciones y creencias de los pre-adolescentes.
- De la mano con la anterior, el recoger únicamente datos post-test después de una semana, sin un seguimiento posterior para verificar el mantenimiento de los efectos del taller.
- La complicación de utilizar más de una fuente de información de autoeficacia para alcanzar los objetivos

Sugerencias

- Llevar a cabo un seguimiento de los efectos obtenidos por el taller de prevención sobre la autoeficacia.
- Diseñar e implementar programas de intervención de manera específica para la población pre-adolescente considerando el mayor número de factores posible bajo una perspectiva biopsicosocial.
- Establecer pautas claras y específicas para la aplicación de los talleres de intervención, para así tener la mayor integridad de implementación posible.

Conclusión

La autoeficacia para el control de peso es una de las variables psicológicas que más podrían aportar a la población pre-adolescente para hacer frente a la alta prevalencia de problemas de peso que amenaza con seguir incrementando. Su importancia radica en que en esencia implica intervenir sobre las raíces de las conductas de salud, las creencias de los individuos, siendo también la pre-adolescencia una etapa de la vida en la que particularmente se puede intervenir para sentar las bases de los hábitos que tienen el potencial de construir una excelente calidad de vida tanto en el presente de los jóvenes como para su futuro. En el intento realizado de impactar positivamente a esta variable por medio de un taller centrado en la promoción de la autoeficacia para el control de peso se encontraron resultados significativos únicamente en el factor 1 (la autoeficacia hacia la actividad física), lo cual es relevante considerando la tendencia hacia la conducta sedentaria en este rango de edad. Sin embargo, es importante tomar en cuenta la influencia de la participación de los padres de familia, así como la duración de las sesiones en la obtención de resultados significativos en la autoeficacia para el control de peso en general, así como en todos sus factores. Por otra parte, se invita a considerar la necesidad actual de diseñar e implementar programas de prevención que consideren las características con las que la población objetivo cuenta, siendo en el caso de las intervenciones centradas en la autoeficacia especialmente importante el tomar en cuenta las características de la etapa de desarrollo cognitivo en la que se encuentran los participantes. Finalmente, es importante no perder de vista que además de querer aportar al acervo de conocimiento en el campo de la psicología científica, el objetivo principal debe siempre ser el impactar positivamente la calidad de

vida de los individuos, y que por lo tanto esto se vea reflejado por medio de un trabajo diligente, cuidadoso e intencional a lo largo de todo el proceso de intervención.

Referencias

- Angulo-Valenzuela, R. A., Delgado-Quiñones, E. G., Urióstegui-Espíritu, L. C., Patiño, J. G. D.-R., Figueroa-Hernández, G., & Montalbán-Castellanos, J. M. (2016). Prevalencia de depresión y dislipidemia en un grupo de adolescentes obesos mexicanos. *Atención Familiar*, 23(2), 53–56. <http://doi.org/10.1016/j.af.2016.03.005>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy : Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.
- Bandura, A. (1989). Human Agency in Social Cognitive Theory. *American Psychologist*, 44(9), 1175–1184.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. (W. H. F. Company, Ed.) (1st ed.). New York: Worth Publishers.
- Bandura, A. (1999). Social cognitive theory : An agentic Albert Bandura. *Asian Journal of Social Psychology*, 2, 21–41.
- Bandura, A., & Wood, R. (1989). Effect of Perceived Controllability and Performance Standards on Self-Regulation of Complex Decision Making. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(5), 805–814.
- Bereket, A., Kiess, W., Lustig, R. H., Muller, H. L., Goldstone, A. P., Weiss, R., ... Hochberg, Z. (2012). Hypothalamic obesity in children. *Obesity Reviews*, 13(9), 780–798. <http://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2012.01004.x>
- Bermúdez Borja, B; Hernández Rodríguez, F. (2012). La estigmatización del cuerpo obeso : percepción en un grupo de adolescentes mexicanos. *Archivos En Medicina Familiar*, 14(1), 21–27.
- Brooks-Gunn, J. (1988). Antecedents and consequences of variations in girls' maturational timing. *Journal of Adolescent Health Care*, 9(5), 365–373.
- Caballero, B., Clay, T., Davis, S. M., Ethelbah, B., Rock, B. H., Lohman, T., ... Stephenson, L. (2016). Pathways: a school-based, randomized controlled trial for the prevention of obesity in American Indian schoolchildren, 78(5), 1030–1038.
- Cabrera, C. E. G., Díaz, J. V., Pennini, J. J. A., Romero, A. del C. C., Carballosa, I. S., & Sabina, P. M. A. (2009). Factores de riesgo asociados a sobrepeso y obesidad en adolescentes. *Medisur*, 7(2), 25–34.
- Cárdenas-García, L. de J., Alquicira-Sahagún, R. A., Martínez-Maraver, M. del C., & Domínguez, A. R. (2014). Obesidad y su asociación con factores emocionales: estudio comparativo entre alumnos universitarios de nuevo ingreso. *Atención Familiar*, 21(4), 121–125. [http://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30033-5](http://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30033-5)

- Carpenter, K. M., Hasin, D. S., Allison, D. B., & Faith, M. S. (2000). Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: Results from a general population study. *American Journal of Public Health, 90*(2), 251–257. <http://doi.org/10.2105/AJPH.90.2.251>
- Chambliss, C. A., & Murray, E. J. (1979). Efficacy Attribution, Locus of Control, and Weight Loss. *Cognitive Therapy and Research, 3*(4), 349–353.
- Cloninger, C. R. (1987). Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science, 236*, 410–416. <http://doi.org/10.1126/science.2882604>
- Conner, B. T., Noble, E. P., Berman, S. M., Ozkaragoz, T., Ritchie, T., Antolin, T., & Sheen, C. (2005). DRD2 genotypes and substance use in adolescent children of alcoholics. *Drug and Alcohol Dependence, 79*, 379–387. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.03.005>
- Constantine, N. (2013). Intervention Effectiveness Research in Adolescent Health Psychology: Methodological Issues and Strategies. En O'Donohue, W. T., Benuto, L. T., & Tolle, L. W. (Eds), *Handbook of Adolescent Health Psychology* (pp.295-322). New York: Springer Science+Business Media.
- Contreras, C. A., Javier, M. K., Scarlett, F. H., Carola, L. O., María Paz, M. F., María De Los Ángeles, P. B., & Érika, S. A. (2015). Conductas de control de peso en mujeres adolescentes dietantes y su relación con insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez. *Revista Chilena de Pediatría, 86*(2), 97–102. <http://doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.04.020>
- Daniels, S. R. (2006). The consequences of childhood overweight and obesity. *Project Muse, 16*(1), 47–67. <http://doi.org/10.1353/foc.2006.0004>
- DE Domingo Bartolomé, M., & López Guzmán, M. Y. (2014). the Social Stigma of Obesity. *Cuadernos de Bioética, XXV*(2), 273–284. Retrieved from <http://aebioetica.org/revistas/2014/25/84/273.pdf>
- Delahanty, L. M., Peyrot, M., Shrader, P. J., Williamson, D. A., Meigs, J. B., & Nathan, D. M. (2013). Pretreatment, Psychological, and Behavioral Predictors of Weight Outcomes Among Lifestyle Intervention Participants in the Diabetes Prevention Program (DPP). *Diabetes Care, 36*(1), 34–40. <http://doi.org/10.2337/dc12-0733>.
- Dell'Aquila, D. C., Castro, E. G., & Mosca, A. S. (2009). Obesity and adolescence: Exploration of relational and emotional aspects. *Obesidad y Adolescencia: Exploracion de Aspectos Relacionales y Emocionales.*, 27(1), 143–149. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc6&NEWS=N&AN=2010-23914-014>
- Deshmukh-Taskar, P., Nicklas, T. A., Morales, M., Yang, S. J., Zakeri, I., & Berenson, G. S. (2006). Tracking of overweight status from childhood to young adulthood: The

- Bogalusa Heart Study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 60(1), 48–57.
<http://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1602266>
- Dietz, W. H. (1998). Health Consequences of Obesity in Youth: Childhood Predictors of Adult Disease. *Pediatrics*, 101(Supplement 2), 518–525.
- Eguía, V. (2015). Resultados de un Programa de Prevención de Obesidad Basado en Autoeficacia, en Niños y Escolares de Distintas Categorías de Peso (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D., & Story, M. (2003). Association of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 32(2), 121. [http://doi.org/10.1016/S1054-139X\(02\)00610-9](http://doi.org/10.1016/S1054-139X(02)00610-9)
- Elizondo-Montemayor, L., Gutiérrez, N. G., Sánchez Moreno, D. M., Rodríguez Monsiváis, F. V., Martínez, U., Nieblas, B., & Lamadrid-Zertuche, A. C. (2014). Intervención para promover hábitos saludables y reducir obesidad en adolescentes de preparatoria Intervention to promote healthy habits. *Estudios Sociales*, 22(43), 217–239.
- Finucane, M., Stevens, G., Cowan, M., Danaei, G., Lin, J. K., Paciorek, C. J., ... Ezzati, M. (2011). National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-. *The Lancet*, 377(9765), 557–567. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62037-5](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62037-5).National
- Gadalla, T. M. (2009). Association of obesity with mood and anxiety disorders in the adult general population. *Chronic Diseases in Canada*, 30(1), 28–35.
- Gardner, M., & Steinberg, L. (2005). Peer Influence On Risk Taking, Risk Preference, And Risky Decision Making In Adolescence And Adulthood: An Experimental Study. *Developmental Psychology*, 41(4), 625-635. DOI: 10.1037/0012-1649.41.4.625
- Garrido, R. E. R., García, A. V., Tamayo, I. M., & De Mier, R. J. R. (2014). Importancia del autoconcepto físico y la autoeficacia general en la predicción de la conducta de práctica física. *Apunts. Educación Física y Deportes*, 2(112), 46–51.
- Gerlach, G., Herpertz, S., & Loeber, S. (2015). Personality traits and obesity : a systematic review. *Obesity Reviews*, 16(1), 32–63. <http://doi.org/10.1111/obr.12235>
- Giedd, J. N. (2008). The Teen Brain : Insights from Neuroimaging. *Journal of Adolescent Health*, 42(4), 335–343. <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.01.007>
- Golan, M., & Crow, S. (2004). Targeting parents exclusively in the treatment of childhood obesity: Long-term results. *Obesity Research*, 12(2), 357–361.
<http://doi.org/10.1038/oby.2004.45>
- Gómez-Peresmitré, G., Platas, S., Pineda, G., Guzmán, R., & León, R. (2017). Validación

- de un Instrumento de Autoeficacia para la Prevención de Obesidad en Niños Escolares. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(1), 21-30.
- Grembowski, D., Patrick, D., Diehr, P., Durham, M., Beresford, S., Kay, E., ... Hecht, J. (2015). Self-Efficacy and Health Behavior Among Older Adults *, 34(2), 89–104.
- Grimm, E. R., & Steinle, N. I. (2011). Genetics of Eating Behavior: Established and Emerging. *Nutrition Review*, 69(1), 52–60. <http://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2010.00361.x>.Genetics
- Guajardo, P., & Peña, M. (2014). adolescentes con sobrepeso y obesidad *. *Tesis*, 9(2), 150–161.
- Guo, S. S., Roche, A. F., Chumlea, C., Gardner, J. D., & Siervogel, R. M. (1994). The predictive value of childhood body mass index values for overweight at age 35 y11 3. *Am J Clin Nutr*, 59, 8–0.
- Haslam, D. (2007). Obesity : a medical history. *Obesity Reviews*, 8, 31–36.
- Hays, L. M., Finch, E. A., Saha, C., Marrero, D. G., & Ackermann, R. T. (2014). Effect of Self-Efficacy on Weight Loss : A Psychosocial Analysis of a Community-Based Adaptation of the Diabetes Prevention Program Lifestyle Intervention. *Diabetes Spectrum*, 27(4), 270–275.
- Hernández-Cordero, S., Cuevas-Nasu, L., Morán-Ruán, M. C., Méndez-Gómez Humarán, I., Ávila-Arcos, M. A., & Rivera-Dommarco, J. A. (2017). Overweight and obesity in Mexican children and adolescents during the last 25 years. *Nutrition & Diabetes*. <http://doi.org/10.1038/nutd.2016.52>
- Hevey, D., Smith, M., & Mcgee, H. (1998). Self-efficacy and health behaviour : A review The Irish Journal of Self-efficacy and health behaviour : A review. *The Irish Journal of Psychology*, 19(2–3), 248–273. <http://doi.org/10.1080/03033910.1998.10558189>
- Holmbeck, G. N. (2002). A Developmental Perspective on Adolescent Health and Illness : An Introduction to the Special Issues. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(5), 409–415.
- Holmbeck, G. N., O'Mahar, M. A., Colder, C., & Updegrave, A. (2006). Cognitive-Behavioral Therapy with Adolescents: Guides from Developmental Psychology. En Kendall, P. C. (Eds), *Child and Adolescent Therapy: Cognitive-Behavioral Procedures* (pp.419-464). New York: The Guildford Press.
- Jasik, C. B., & Lustig, R. H. (2008). Adolescent obesity and puberty: The “perfect storm.” *The Menstrual Cycle and Adolescent Health*, 1135(1), 265–279. <http://doi.org/10.1196/annals.1429.009>
- Jones, R. A., Sinn, N., Campbell, K. J., Hesketh, K., Denney-Wilson, E., Morgan, P. J., ... Magarey, A. (2011). The importance of long-term follow-up in child and adolescent

- obesity prevention interventions. *International Journal of Pediatric Obesity*, 6(3–4), 178–181. <http://doi.org/10.3109/17477166.2011.575155>
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Christensen, H., Jacomb, P. A., Rodgers, B., & Parslow, P. A. (2003). Association of obesity with anxiety, depression and emotional well-being: a community survey. *Australian & New Zealand Journal of Public Health*, 27(4), 434–440. <http://doi.org/10.1111/j.1467-842X.2003.tb00423.x>
- Klein-hessling, J., Lohaus, A., & Ball, J. (2005). Psychological predictors of health-related behaviour in children. *Psychology, Health & Medicine*, 10(1), 31–43. <http://doi.org/10.1080/13548500512331315343>
- Krauskopf, Dina. (1999). El Desarrollo Psicológico en la Adolescencia: las Transformaciones en una Época de Cambios. *Adolescencia y Salud*, 1(2). Recuperado de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200004
- Kogan, S. M., Beach, S. R. H., Philibert, R. A., Brody, G. H., Chen, Y., & Lei, M. (2010). 5-HTTLPR Status Moderates the Effect of Early Adolescent Substance Use on Risky Sexual Behavior. *Health Psychology*, 29(5), 471–476. <http://doi.org/10.1037/a0020594>
- Lin, X., Eaton, C. B., Manson, J. E., & Liu, S. (2017). The Genetics of Physical Activity. *Current Cardiology Reports*, 19(12), 118–127.
- Linde, J. A., Rothman, A. J., Baldwin, A. S., & Jeffery, R. W. (2006). The Impact of Self-Efficacy on Behavior Change and Weight Change Among Overweight Participants in a Weight Loss Trial The Impact of Self-Efficacy on Behavior Change and Weight Change Among Overweight Participants in a Weight Loss Trial. *Health Psychology*, 25(3), 282–291. <http://doi.org/10.1037/0278-6133.25.3.282>
- López, A. (2018). Resultados de un Programa de Prevención de Obesidad Basado en Autoeficacia en Niños y Niñas de Primaria de Pachuca, Hidalgo (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Lustig, R. H. (2001). The neuroendocrinology of childhood obesity. *Pediatric Clinics of North America*, 48(4), 909–930. [http://doi.org/10.1016/S0031-3955\(05\)70348-5](http://doi.org/10.1016/S0031-3955(05)70348-5)
- Lustig, R. H. (2006). Childhood obesity: Behavioral aberration or biochemical drive? Reinterpreting the First Law of Thermodynamics. *Nature Clinical Practice Endocrinology and Metabolism*. <http://doi.org/10.1038/ncpendmet0220>
- Mather, A. A., Cox, B. J., Enns, M. W., & Sareen, J. (2009). Associations of obesity with psychiatric disorders and suicidal behaviors in a nationally representative sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(4), 277–285. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.09.008>
- McCarty, C. A., Rick, K., Mason, W. A., McCauley, E., Hawkins, D., Herrenkohl, T. I., &

- Lengua, L. (2009). Longitudinal Associations Among Depression, Obesity, and Alcohol Use Disorders in Young Adulthood. *General Hospital Psychiatry, 31*(5), 442–450. <http://doi.org/10.1016/j.immuni.2010.12.017>. Two-stage
- Medina, C., Jáuregui, A., Campos-Nonato, I., & Barquera, S. (2018). Prevalencia y tendencias de actividad física en niños y adolescentes : resultados de Ensanut 2012 y Ensanut MC 2016. *Salud Pública de México, 60*(3), 263–271.
- Millstein, S. G., & Halpern-felsher, B. L. (2002). Perceptions of Risk and Vulnerability. *Journal of Adolescent Health, 31*(1), 10–27.
- Morales-ruán, M. C., Shamah-levy, T., Amaya-castellanos, C. I., Salazar-coronel, A. A., & Jiménez-aguilar, A. (2014). Effects of an intervention strategy for school children aimed at reducing overweight and obesity within the State of Mexico. *Salud Pública de México, 56*(2), 113–122.
- Moretti, M. M., & Peled, M. (2004). Adolescent-parent attachment : Bonds that support healthy development. *Paediatrics Child Health, 9*(8), 551–555.
- Morrongiello, B. A., Corbett, M., & Bellissimo, A. (2008). “ Do as I say , Not as I do ”: Family Influences on Children ’ s Safety and Risk Behaviors. *Health Psychology, 27*(4), 498–503. <http://doi.org/10.1037/0278-6133.27.4.498>
- Morrongiello, B. A., & Lasenby-lessard, J. (2007). Psychological determinants of risk taking by children: an integrative model and implications for interventions. *Injury Prevention, 13*(1), 20–25. <http://doi.org/10.1136/ip.2005.011296>
- Myers, a, & Rosen, J. C. (1999). Obesity stigmatization and coping: relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, 23*, 221–230. <http://doi.org/10.1038/sj.ijo.0800765>
- Nader, P. R., O’Brien, M., Houts, R., Bradley, R., Belsky, J., Crosnoe, R., ... Susman, E. J. (2006). Identifying Risk for Obesity in Early Childhood. *Pediatrics, 118*(3), e594–e601. <http://doi.org/10.1542/peds.2005-2801>
- Nigatu, Y. T., Bültmann, U., & Reijneveld, S. A. (2015). The prospective association between obesity and major depression in the general population: Does single or recurrent episode matter? *BMC Public Health, 15*(1), 1–8. <http://doi.org/10.1186/s12889-015-1682-9>
- Op de Macks, Z. A., Bunge, S. A., Bell, O. N., Wilbrecht, L., Kriegsfeld, L. J., Kayser, A. S., & Dahl, R. E. (2016). Psychoneuroendocrinology Risky decision-making in adolescent girls : The role of pubertal hormones and reward circuitry Zde na. *Psychoneuroendocrinology J, 74*, 77–91. <http://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2016.08.013>
- Perusse, L., Chagnon, Y. C., Weisnagel, J., & Bouchard, C. (1999). The human obesity gene map: The 1998 update. *Obesity Research, 7*(1), 111–129. Retrieved from

//7.187.0.13

- Petry, N. M., Barry, D., Pietrzak, R. H., & Wagner, J. A. (2008). Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Psychosomatic Medicine*, *70*(3), 288–297. <http://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181651651>
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2006). Confronting and coping with weight stigma: An investigation of overweight and obese adults. *Obesity*, *14*(10), 1802–1815. <http://doi.org/10.1038/oby.2006.208>
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: A review and update. *Obesity*, *17*(5), 941–964. <http://doi.org/10.1038/oby.2008.636>
- Puhl, R. M., & Latner, J. D. (2007). Stigma, Obesity, and the Health of the Nation's Children. *Psychological Bulletin*, *133*(4), 557–580. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.557>
- Quintero, J., Félix Alcántara, M. P., Banzo-Arguis, C., de Velasco Soriano, R. M., Barbudo, E., Silveria, B., & de Guevara, J. P. T. L. (2016). Psicopatología en el paciente con obesidad. *Salud Mental*, *39*(3), 123–130. <http://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2016.010>
- Reilly, J. J. (2005). Descriptive epidemiology and health consequences of childhood obesity. *Best Practice and Research: Clinical Endocrinology and Metabolism*, *19*(3 SPEC. ISS.), 327–341. <http://doi.org/10.1016/j.beem.2005.04.002>
- Reilly, J. J. (2012). Evidence-Based Obesity Prevention in Childhood and Adolescence: Critique of Recent Etiological Studies, Preventive Interventions, and Policies. *Advances in Nutrition: An International Review Journal*. <http://doi.org/10.3945/an.112.002014>
- Reinehr, T., Schaefer, A., Winkel, K., Finne, E., Toschke, A. M., & Kolip, P. (2010). An effective lifestyle intervention in overweight children : Findings from a randomized controlled trial on ““ Obeldicks light .”” *Clinical Nutrition*, *29*(3), 331–336. <http://doi.org/10.1016/j.clnu.2009.12.010>
- Reinehr, T., Temmesfeld, M., Kersting, M., De Sousa, G., & Toschke, A. M. (2007). Four-year follow-up of children and adolescents participating in an obesity intervention program. *International Journal of Obesity*, *31*(7), 1074–1077. <http://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803637>
- Reyna, V. F., & Farley, F. (2006). Risk and Rationality in Adolescent Decision Making: Implications for Theory, Practice, and Public Policy. *Psychological Science in the Public Interest*, *7*(1), 1–44.
- Reynolds, E. K., Macpherson, L., Schwartz, S., & Fox, N. A. (2015). Analogue Study of Peer Influence on Risk-Taking Behavior in Older Adolescents. *Prevention Science*,

15(6), 842–849. <http://doi.org/10.1007/s11121-013-0439-x>. Analogue

- Ríos-Martínez, B. P., Rangel-Rodríguez, G., & Pedraza-Moctezuma, L. G. (2013). How do the obese persons perceive their overall health? *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 51(4), 390–395. Retrieved from <http://ezproxy.umsl.edu/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=90457711&site=ehost-live&scope=site>
- Rivera, J. Á., De Cossío, T. G., Pedraza, L. S., Aburto, T. C., Sánchez, T. G., & Martorell, R. (2014). Childhood and adolescent overweight and obesity in Latin America: A systematic review. *The Lancet Diabetes and Endocrinology*, 2(4), 321–332. [http://doi.org/10.1016/S2213-8587\(13\)70173-6](http://doi.org/10.1016/S2213-8587(13)70173-6)
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175–183.
- Roman, Y., Díaz, B., Cárdenas, M., & Lugli, Z. (2007). Construcción y Validación del Inventario Autoeficacia Percibida para el Control de Peso. *Clínica y Salud*, 18(1), 45–56.
- Sales, J. M., & Irwin, C. E. (2013). A Biopsychosocial Perspective of Adolescent Health and Disease. En O'Donohue, W. T., Benuto, L. T., & Tolle, L. W. (Eds), *Handbook of Adolescent Health Psychology* (pp.13-29). New York: Springer Science+Business Media.
- Sallis, J. F., Hovell, Melbourne, F., Hofstetter, C. R., Faucher, P., Elder, J. P., Blanchard, J., ... Christenson, G. M. (1989). A Multivariate Study of Determinants of Vigorous Exercise in a Community Sample'. *Preventive*, 18, 20–34.
- Sandin, B. (2003). Escalas Panas de Afecto Positivo y Negativo para Niños y Adolescentes (PANASN). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(2), 173-182.
- Schaefer, A., Winkel, K., Finne, E., Kolip, P., & Reinehr, T. (2011). An effective lifestyle intervention in overweight children: One-year follow-up after the randomized controlled trial on “Obeldicks light.” *Clinical Nutrition*, 30(5), 629–633. <http://doi.org/10.1016/j.clnu.2011.03.012>
- Scott, K. M., McGee, M. A., Wells, J. E., & Oakley Browne, M. A. (2008). Obesity and mental disorders in the adult general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(1), 97–105. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.09.006>
- Serdula, M. K., Ivery, D., Coates, R. J., Freedman, D. S., Williamson, D. F., & Byers, T. (1993). Do Obese Children Become Obese Adults? *Preventive Medicine*, 22, 167–177.
- Shin, H., Shin, J., Liu, P., & Dutton, G. R. (2011). Self-efficacy improves weight loss in overweight / obese postmenopausal women during a 6-month weight loss intervention. *Nutrition Research*, 31(11), 822–828. <http://doi.org/10.1016/j.nutres.2011.09.022>

- Speakman, J. R. (2013). Evolutionary Perspectives on the Obesity Epidemic: Adaptive, Maladaptive, and Neutral Viewpoints. *Annual Review of Nutrition*, 33(1), 289–317. <http://doi.org/10.1146/annurev-nutr-071811-150711>
- Spear, L. P. (2000). The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neuroscience and Biobehavioral Review*, 24(4), 417–463.
- Steinberg, L. (2004). Risk Taking in Adolescence: What Changes, and Why? *Adolescent Brain Development: Vulnerabilities and Opportunities*, 1021(1), 51–58.
- Steinberg, L. (2008). A Social Neuroscience Perspective on Adolescent Risk-Taking. *Developmental Review*, 28(1), 78–106. <http://doi.org/10.1016/j.dr.2007.08.002.A>
- Stunkard, A. J., Sorensen, T. I. A., Hanis, C., Teasdale, Thomas. Chakraborty, R., Schull, W. J., & Schulsinger, F. (1986). An Adoption Study of Human Obesity. *The New England Journal of Medicine*, 314(4), 193–198.
- Swinburn, B. A., Sacks, G., Hall, K. D., Mcpherson, K., Finegood, D. T., Moodie, M. L., & Gortmaker, S. L. (2011). Obesity 1 The global obesity pandemic : shaped by global drivers and local environments. *The Lancet*, 378(9793), 804–814. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60813-1](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60813-1)
- Taylor, R. W., Mcauley, K. A., Barbezat, W., Strong, A., Williams, S. M., & Mann, J. I. (2007). APPLE Project : 2-y findings of a community-based obesity prevention program in primary school – age children 1 – 3. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 86(3), 735–742.
- Taylor, R. W., Mcauley, K. a, Barbezat, W., Farmer, V. L., Williams, S. M., & Mann, J. I. (2008). Two-year follow-up of an obesity prevention initiative in children : the APLLE project. *American Journal of Clinical Nutrition*, 88, 1371–1377. <http://doi.org/10.3945/ajcn.2007.25749>.
- Townshend, T., & Lake, A. (2017). Obesogenic environments : current evidence of the built and food environments Authors. *Perspectives in Public Health*, 137(1), 38–44. <http://doi.org/10.1177/1757913916679860>
- Volkow, N. D., & Wise, R. A. (2005). How can drug addiction help us understand obesity ?, 8(5), 555–560. <http://doi.org/10.1038/nn1452>
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect : The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070.
- Weisz, J. R., & Hawley, K. M. (2002). Developmental Factors in the Treatment of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 21–43. <http://doi.org/10.1037//0022-006X.70.1.21>
- Wild, L. G., Flisher, A. J., Bhana, A., & Lombard, C. (2004). Associations Among

Adolescent Risk Behaviours And Self-Esteem In Six Domains. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(8), 1454-1467. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2004.00851.x

Wood, R., & Bandura, A. (1989). Impact of Conceptions of Ability on Self-Regulatory Mechanisms and Complex Decision Making. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(3), 407–415.

Zuckerman, M., & Kuhlman, D. M. (2000). Personality and Risk-Taking : Common Biosocial Factors. *Journal of Personality*, 68(6), 999–1029.

Anexos

I. Carta de Consentimiento Informado

Por este medio, solicitamos el consentimiento para que _____ participe en la tercera etapa del programa de prevención cuyo propósito es eliminar o disminuir factores de riesgo asociados a obesidad y trastornos alimentarios, que lleva por título **“Prevención primaria. Factores de riesgo para los problemas de peso corporal en preadolescentes”**. Dicho programa se aplicará en las instalaciones de la escuela secundaria. Este proyecto está a cargo de la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré y la Dra. Silvia Platas, adscritos a la **Facultad de Psicología de la UNAM**, la Dra. Gisela Pineda García y el pasante Cristian Geovany Larios Álvarez por parte de la **Universidad Autónoma de Baja California**, en coordinación con los directivos del plantel escolar. En este programa se abordan temas tales como alimentación saludable, imagen corporal, conducta alimentaria de riesgo y autoeficacia para la alimentación y para la realización de actividad física. Es importante subrayar que contamos con el apoyo de los profesores de esta institución y de acuerdo a los criterios éticos que rigen nuestra disciplina, es nuestro deber darle a conocer, a usted las siguientes consideraciones:

- a) Se solicitará la participación voluntaria a los participantes.
- b) Se mantendrá el anonimato de los mismos.
- c) Los datos obtenidos serán confidenciales y con fines de investigación.
- d) Los participantes podrán abandonar la intervención si así lo deciden, sin que esto implique ningún riesgo para su salud.
- e) No se utilizará ningún procedimiento invasivo que afecte su integridad.
- f) Los resultados de la investigación serán entregados a las autoridades de la escuela, y si ustedes lo deciden, se llevará a cabo una exposición de los mismos.

Si usted considera que puede beneficiarse participando en dicho programa, le solicitamos su consentimiento firmado. Si desea más información al respecto nos ponemos a su disposición en el número telefónico 56222252.

Nombre y firma del participante.

II. Inventarios



ESTUDIO SOBRE ALIMENTACION Y SALUD

Este cuestionario tiene la finalidad de conocer hábitos, formas de ser y de pensar de los estudiantes mexicanos, en relación con la alimentación y con la salud en general. **No existen respuestas buenas o malas** El éxito de nuestra tarea depende de ti, de tu colaboración: **que respondas lo más cuidadosa y honestamente posible.** Marca con **X** la opción que corresponda a tu situación.

Nombre _____

Sexo Hombre () Mujer ()

1. Tipo de Escuela a la que asistes Privada () Pública ()
Estado _____

2. Grado que cursas _____ **3. Edad** _____

3. ¿Cuánto pesas? _____ Kg. **Si no sabes con exactitud ¿Cuánto crees que pesas?** _____ Kg.

4. ¿Cuánto mides? _____ Mts. **Si no sabes con exactitud ¿Cuánto crees que mides?** _____ Mts.

5 ¿Has reprobado algún grado escolar? Si () No ()

6. ¿Quién o quiénes aportan al ingreso mensual familiar?

A) Mamá O Papá B) Ambos (Papá y Mamá) C) Tú
D) Tú, hermanos/as y/o padres E) Tú y padre y/o madre F) Algún otro familiar

Especifica quién _____

7. ¿En qué trabaja tu papá? _____
() No tiene Trabajo () No tiene papá

8. ¿A qué se dedica tu mamá? _____
() No tiene trabajo () No tiene mamá

9. ¿Cuál fue el último año de estudios que completó tu papá?

() No estudió () No tiene papá

10. ¿Cuál fue el último año de estudios que completó tu mamá?

() No estudió () No tiene mamá

11. Actualmente vives con:

- a) Familia nuclear (padres y hermanos) b) solo papá c) solo mamá
 d) hermano(s) e) tíos o abuelos

12. Lugar que ocupas entre tus hermanos:

- a) soy hijo único b) soy el mayor
 c) soy el de en medio d) soy el más pequeño

Inventario de Autoeficacia para el control de peso

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones sobre el nivel de confianza que tienes sobre ti mismo(a) para realizar eficientemente diferentes actividades para controlar tu peso. Recuerda que no se te pregunta si te agradan o desagradan estas actividades, sino por **la confianza que sientes para realizarlas**. Para responder tienes cuatro opciones de respuesta. Coloca una “**X**” en la opción que se ajuste mejor a tu forma de pensar

Soy capaz de:	No soy capaz de hacerlo	Soy capaz de intentarlo	Soy capaz de hacerlo	Soy muy capaz de hacerlo
1. Realizar ejercicio diariamente (correr, caminar, saltar, etc.)				
2. Evitar comer alimentos chatarra				
3. Evitar siempre que me sea posible cualquier medio de transporte.				
4. Realizar ejercicio o salir a caminar a un parque público.				
5. Tener fuerza de voluntad para dejar de comer dulces.				
6. Aumentar poco a poco mi rutina de ejercicio.				
7. Dejar de comer chocolates u otras golosinas cuando me siento presionado/a.				

8. Subir y bajar escaleras en lugar de utilizar las eléctricas, o el elevador.				
9. Correr todos los días.				
10. Comer poco cuando estoy con mis amigo(a)s.				
11. Realizar abdominales en casa.				
12. Evitar los dulces aunque se me antojen.				
13. Evitar ver la televisión, el celular o la tablet mientras como				
14. Cenar alimentos saludables (yogurt, fruta, cereal, verduras, etc)				
15. Realizar rutinas de ejercicio a pesar de que no tenga ganas de hacerlo.				
16. Evitar los dulces y chocolates.				
17. Usar las escaleras y no el elevador a pesar de estar cansado/a.				
18. Resistir los deseos de comer (a cada rato)cuando estoy nervioso/a.				
19. Esforzarme más cuando hago ejercicio.				
20. Salir a caminar cuando me siento ansioso/a y tengo deseos de estar comiendo.				

Escala de Autoatribución

INSTRUCCIONES: Te proporcionamos una lista de atributos o adjetivos que todos los seres humanos tenemos en mayor o menor medida. Sin embargo lo que importa es como nos vemos nosotros mismos. Para cada adjetivo o atributo indica que tanto te describe. Por favor no lo pienses mucho y trata de responder lo más rápidamente posible. Coloca una “X” en la opción que se ajuste mejor a tu forma de pensar

SOY UNA PERSONA:	A) No me describ e nada	B) Me describe poco	C) Me describe regular	D) Me describe bien	E) Me describe exactamente
1. Atractiva (Guapa)					
2. Inteligente					
3. Agresiva					
4. Rígida (Alguien que no cambia)					
5. Sociable					
6. Desconfiada					
7. Independiente					
8. Estudiosa					
9. Comprensiva					
10. Pasiva (No reacciona)					
11. Sana (Saludable)					
12. Trabajadora					
13. Insegura					
14. Ágil (Mentalmente)					
15. Solidaria					
16. Controlada (Calmada)					
17. Pesimista (Negativa)					
18. Optimista					
19. Ansiosa					
20. Triunfadora					
21. Agradable					
22. Torpe					
23. Dominante					
24. Eficiente (Hago bien las cosas)					
25. Falsa					
26. Fracasada					

27. Exitosa					
28. Incompetente (no soy hábil)					
29. Inestable (Indecisa)					
30. Responsable					
31. Triste					
32. Fuerte (Físicamente)					

Sección I.

Responder la siguiente pregunta colocando una **X** en la opción que corresponda.

1.- Sí eres **Hombre**. ¿Cuál fue la Edad de tu primera eyaculación (sueños húmedos).

() Menos de 9 años () 9 a 11 años () Aún no he tenido.

Pasa a la sección II

() 12 a 14 años () 15 o más

2.- Sí eres **Mujer**. Cuál fue la-Edad de tu primera menstruación?

() Menos de 9 años () 9 a 11 años () Aún no he tenido.

Pasa a la sección II

() 12 a 14 años () 15 o más

3- ¿Tu menstruación se presenta de manera regular? () si () no

Sección II.

1. Tienes alguno(s) de los siguientes hábitos, coloca una **X** en la opción que corresponda:

Fumas	Sí ()	No ()
Ingieres bebidas alcohólicas	Sí ()	No ()
Consumes drogas	Sí ()	No ()

2. Coloca una **X** en la frecuencia con la que realizas las siguientes acciones:

	Nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre
a) Consumes alimentos chatarra	()	()	()	()
b) Desayunas alimentos saludables todos los días	()	()	()	()
c) Realizas 3 comidas y 2 colaciones al día	()	()	()	()

d) Mides tus porciones (método de la mano)	()	()	()	()
e) Eliges o preparas un lunch saludable	()	()	()	()
f) Masticas más de 5 veces tus alimentos	()	()	()	()
g) Comes despacio y disfrutas tus alimentos	()	()	()	()
h) Lees etiquetas nutrimentales	()	()	()	()
i) Consumes alimentos saludables (verduras, frutas, agua natural).	()	()	()	()

Sección III.

Responde colocando una **X** en la opción que corresponda.

- Creo que estoy:
 - () Muy delgado/a
 - () Delgado/a
 - () Ni gordo/a ni delgado/a
 - () Gordo/a
 - () Muy gordo/a

- ¿Te preocupa tu peso corporal?
 - () No, pasa a la Sección IV
 - () Sí, pasa a la siguiente pregunta

- ¿A qué edad empezaste a preocuparte por tu peso corporal?
 - () A los once años o menos años
 - () entre los 12 y los 14 años
 - () A los 14 años o más

Sección IV.

Responde la siguiente pregunta colocando una **X** en la opción que mejor refleje tu conducta.

- ¿Has hecho dieta restringida (porciones pequeñas, dejar de comer algunos alimentos, etc.)?
 - () Si
 - () no
- ¿A qué edad hiciste tu primera dieta?
 - () Menos de 9 años
 - () 9 a 11 años
 - () 12 a 14 años
 - () 15 o más

Sección V.

Lee la siguiente lista de enunciados y anota en el paréntesis una **X** en la opción que mejor refleje tu conducta. Recuerda seleccionar sólo una.

Nunca	A	Frecuentemente	Muy	Siempre
-------	---	----------------	-----	---------

		Veces		Frecuentemente	
1. Acostumbro comer entre comidas	()	()	()	()	()
2. Siento que la comida me tranquiliza	()	()	()	()	()
3. Cuando no me ven los demás como más que cuando estoy con otros	()	()	()	()	()
4. Creo que como más rápido de lo que comen los demás	()	()	()	()	()
5. Creo que como más que los demás	()	()	()	()	()
6. Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión	()	()	()	()	()
7. Me he sentido preocupado/a porque como mucho	()	()	()	()	()
8. Cuando me siento solo/a me da por comer	()	()	()	()	()

Escala de Afecto Positivo y Negativo

Instrucciones: A continuación, te mostramos algunas frases que los chicos y chicas utilizan para describirse a sí mismos. Lee detenidamente cada frase y marca con una X la alternativa que te describa mejor. No existen contestaciones buenas ni malas.

	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
--	-------	---------	----------------	--------------------	---------

1. Me siento Atemorizado/a (acobardado/a)					
2. Me siento Miedoso/a (cuando pienso que va a pasar algo malo).					
3. Me siento Nervioso/a					
4. Me siento Asustado/a (espantado/a)					
5. Me siento Irritable					
6. Me siento Tenso/a					
7. Me siento Culpable					
8. Me siento Disgustado/a					
9. Me siento Avergonzado/a					
10. Me siento Enojado/a					
11. Me siento Decidido/a					
12. Me siento Atento/a (presto atención)					
13. Me siento Entusiasmado/a					
14. Me siento Activo/a (con energía)					
15. Me siento Inspirado/a					
16. Me siento Estimulado/a (motivado/a)					
17. Me siento Orgullosa/a (al alcanzar una meta)					
18. Me siento Interesado/a (cuando estoy al pendiente de algo)					

III. Programa Resumido del Taller Prevención Primaria. Factores de Riesgo para los Problemas de Peso Corporal en Preadolescentes Desarrollado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnología PAPIIT

Día 1: Presentación y Evaluación Inicial

- Actividad 1. Presentación con estudiantes
- Actividad 2. Aplicación de Pre-test
- Actividad.3 Medición de Talla y Peso

Día 2: Autoeficacia Hacia la Alimentación Correcta (Parte 1)

- Actividad de Integración Únete a la Fiesta
- Actividad 1. Autoeficacia
- Actividad 2. Alimentación Saludable
- Actividad 3. Mano, Porción y Comida
- Actividad 4. ¡A Desayunar!
- Actividad 5. ¿Disfrutas de Tus Alimentos? Hazlo Comiendo Despacio (Parte 1)

Día 3: Autoeficacia Hacia la Alimentación Correcta (Parte 2)

- Retroalimentación de la Sesión Pasada
- Actividad 1. Lunch Saludable
- Actividad 2. Mini Taller de Lectura de Etiquetas
- Actividad 3. ¿Disfrutas de Tus Alimentos? Hazlo Comiendo Despacio (Parte 2)
- Actividad 4. Imagen Corporal: Mitos y Realidades
- Actividad 5. Estoy Aquí Para Mí

Día 4: Autoeficacia Hacia la Actividad Física

- Retroalimentación de la Sesión Pasada
- Actividad 1. Lista del Súper
- Actividad 2. ¡Ejercicio Fácil y Divertido!
- Actividad 3. ¡A Moverse!
- Actividad 4. ¡Pluma, Papel y Tijera!
- Actividad 5. Aplicación de Post-Test

Tijuana, B.C., a 01 de agosto del 2019

ASUNTO: Voto aprobatorio.

DR. ARTURO JIMÉNEZ CRUZ

DIRECTOR DE LA FACULTAD
DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

Presente.-

Por este conducto me permito comunicarle que en calidad de presidenta del jurado para el examen de grado del alumno CRISTIAN GEOVANY LARIOS ALVAREZ, he leído y revisado la tesis titulada "LA AUTOEFICACIA PARA EL CONTROL DE PESO EN PRE-ADOLESCENTES: RESULTADO DE UN TALLER DE PREVENCIÓN", y considero que ésta cubre los requisitos académicos necesarios, por lo que otorgo mi VOTO APROBATORIO.

Sin más por el momento, quedo de usted.

ATENTAMENTE


DRA. ARECELY SERRANO MEDINA

Tijuana, B.C., a 01 de agosto del 2019

ASUNTO: Voto aprobatorio.

DR. ARTURO JIMÉNEZ CRUZ

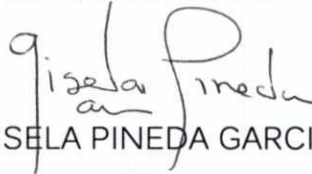
DIRECTOR DE LA FACULTAD
DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

Presente.-

Por este conducto me permito comunicarle que en calidad de sinodal del jurado para el examen de grado del alumno CRISTIAN GEOVANY LARIOS ALVAREZ, he leído y revisado la tesis titulada "LA AUTOEFICACIA PARA EL CONTROL DE PESO EN PRE-ADOLESCENTES: RESULTADO DE UN TALLER DE PREVENCIÓN", y considero que ésta cubre los requisitos académicos necesarios, por lo que otorgo mi VOTO APROBATORIO.

Sin más por el momento, quedo de usted.

ATENTAMENTE

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Gisela Pineda Garcia". The signature is written in a cursive style with a large initial 'G' and 'P'.

DRA. GISELA PINEDA GARCIA

Tijuana, B.C., a 01 de agosto del 2019

ASUNTO: Voto aprobatorio.

DR. ARTURO JIMÉNEZ CRUZ

DIRECTOR DE LA FACULTAD
DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA
Presente.-

Por este conducto me permito comunicarle que en calidad de secretario del jurado para el examen de grado del alumno CRISTIAN GEOVANY LARIOS ALVAREZ, he leído y revisado la tesis titulada "LA AUTOEFICACIA PARA EL CONTROL DE PESO EN PRE-ADOLESCENTES: RESULTADO DE UN TALLER DE PREVENCIÓN", y considero que ésta cubre los requisitos académicos necesarios, por lo que otorgo mi VOTO APROBATORIO.

Sin más por el momento, quedo de usted.

ATENTAMENTE



DRA. ESTEFANIA OCHOA RUIZ

Tijuana, B.C., a 01 de agosto del 2019

ASUNTO: Voto aprobatorio.

DR. ARTURO JIMÉNEZ CRUZ

DIRECTOR DE LA FACULTAD
DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

Presente.-

Por este conducto me permito comunicarle que en calidad de sinodal del jurado para el examen de grado del alumno CRISTIAN GEOVANY LARIOS ALVAREZ, he leído y revisado la tesis titulada "LA AUTOEFICACIA PARA EL CONTROL DE PESO EN PRE-ADOLESCENTES: RESULTADO DE UN TALLER DE PREVENCIÓN", y considero que ésta cubre los requisitos académicos necesarios, por lo que otorgo mi VOTO APROBATORIO.

Sin más por el momento, quedo de usted.

ATENTAMENTE



DRA. GLENDA DIAZ RAMIREZ

Tijuana, B.C., a 01 de agosto del 2019

ASUNTO: Voto aprobatorio.

DR. ARTURO JIMÉNEZ CRUZ
DIRECTOR DE LA FACULTAD
DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA
Presente.-

Por este conducto me permito comunicarle que en calidad de sinodal del jurado para el examen de grado del alumno CRISTIAN GEOVANY LARIOS ALVAREZ, he leído y revisado la tesis titulada "LA AUTOEFICACIA PARA EL CONTROL DE PESO EN PRE-ADOLESCENTES: RESULTADO DE UN TALLER DE PREVENCIÓN", y considero que ésta cubre los requisitos académicos necesarios, por lo que otorgo mi VOTO APROBATORIO.

Sin más por el momento, quedo de usted.

ATENTAMENTE



DRA. GILDA GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ