



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

---

---

**Psicoeducación en Autoeficacia, Afecto Positivo y  
Autoatribución para Promover Conductas  
Alimentarias Saludables en Estudiantes de  
Secundaria**

Tesis que para obtener el grado de:

**MAESTRA EN CIENCIAS BIOMÉDICAS  
Y DE LA SALUD**

Presenta:

**LIC. EN PSIC. ANAHI GASPAR PÉREZ**

Directora de Tesis:

**DRA. REBECA MARÍA ELENA GUZMÁN SALDAÑA**

Comité:

**DRA. SILVIA PLATAS ACEVEDO  
DRA. ROSALIA VÁZQUEZ ARÉVALO  
DRA. LILIAN ELIZABETH BOSQUES BRUGADA  
DRA. ROSALINDA GUADARRAMA GUADARRAMA**

San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, Noviembre 2019



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

Instituto de Ciencias de la Salud

School of Medical Sciences

Área Académica de Medicina

Department of Medicine

Maestría en Ciencias Biomédicas y de la Salud



28/octubre/2019

AAM/MCBS/086/2019

Asunto: Asignación de Jurado de Examen

**Gaspar Pérez Anahí**

**Alumna de la Maestría en Ciencias Biomédicas y de la Salud**

Por este conducto le comunico el jurado que le fue asignado a su Tesis titulada "Psicoeducación en Autoeficacia, Afecto Positivo y Autoatribución para Promover Conductas Alimentarias Saludables en Estudiantes de Secundaria" con el cual obtendrá el **Grado de Maestra en Ciencias Biomédicas y de la Salud**; después de revisar la tesis mencionada y haber realizado las correcciones acordadas, han decidido autorizar la impresión de la misma.

A continuación, se anotan las firmas de conformidad de los integrantes del jurado:

- PRESIDENTE      Dra. Lilian Elizabeth Bosques Brugada
- PRIMER VOCAL    Dra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña
- SECRETARIO      Dra. Rosalía Vázquez Arévalo
- SUPLENTE         Dra. Silvia Platas Acevedo
- SUPLENTE         Dra. Rosalinda Guadarrama Guadarrama

Sin otro asunto en particular, reitero a usted la seguridad de mi atenta consideración.

Atentamente

"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

M.C. ESP. ADRIAN MOYA ESCALERA  
DIRECTOR DEL ICSA



DRA. LYDIA LÓPEZ PONTIGO  
COORDINADORA DE POSGRADO ICSA

DR. MANUEL SÁNCHEZ GUTIÉRREZ  
COORDINADOR DEL PROGRAMA

Circuito ex-Hacienda La Concepción s/n Carretera Pachuca Actopan, San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, México. C.P. 42160  
Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Ext. 4308  
medicina@uaeh.edu.mx



Durante el desarrollo de estos estudios, se contó con una beca de manutención otorgada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), número de beca **627660**.

Durante el periodo mayo-junio de 2019 se realizó una estancia internacional de investigación en la Universidad Autónoma de Barcelona, España, apoyada por Beca Mixta del CONACyT.

Agradezco el apoyo económico que me otorgó el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, al asignarme la beca para realizar mis estudios de posgrado, así como el apoyo brindado por la Universidad Autónoma de Barcelona para la realización de esta investigación.

## **DEDICATORIA**

A Dios, por la vida, bendiciones y amor.

A mi mamá, por su amor incondicional, por enseñarme el valor de la vida y ser mi ejemplo de superación y fuerza, me enseñaste a ser una mujer valiente e independiente, sé que desde la eternidad guías mis pasos y sigues estando presente en cada momento de mi vida. Cada logro, cada meta es en tu honor, te amo con todo mi ser.

A mi papá, por el apoyo y el amor que siempre me ha brindado; por sostenerme en todo momento, por creer en mí, por impulsarme a seguir creciendo profesional y personalmente; por su paciencia, trabajo y esfuerzo para darnos lo mejor a mi hermano y a mí, te amo con todo mi ser.

A mi hermano Luis Alberto, porque su presencia me ha dado la fuerza necesaria para seguir adelante, por su apoyo en cada uno de mis proyectos y por la alegría que me da todos los días al compartir nuestras actividades y experiencias, te quiero.

A mi tía Chave, por ser otra mamá; gracias por el cariño y apoyo incondicional, tengo la certeza de que siempre estarás conmigo, al igual que Chavelita y mi tío Adrián, gracias por iluminarme con su presencia.

A Amairani, por ser mi cómplice, mi hermana y amiga, gracias por llenar mi vida de colores y alegría.

Al resto de mi familia, por ser un ejemplo de constancia y trabajo, por el apoyo y cariño que siempre me han brindado.

A mis amigas Sinaid y María Dolores, por su amistad incondicional; gracias por mostrarme que la familia también se elige, por siempre estar, por su cariño, paciencia y ser un ejemplo de superación y calidad humana. Su apoyo y motivación fueron esenciales para realizar este proyecto.

A la Mtra. Conchita, por su apoyo y motivación en este proyecto y en la vida diaria.

A la Dra. Clarita, por su amistad, cariño, interés por mí, y por el apoyo que me ha brindado durante estos años, es una gran ser humano.

A Fabiola, Rodolfo y Paty, por su presencia y amistad, son un regalo hermoso de la vida. A Nelly, Alexia y Marilú, por permitirme compartir una parte de su vida, por su confianza, apoyo y amistad.

A Siah, por todas las veces que ha iluminado mi vida con su presencia, travesuras y cariño.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a la Dra. Rebeca Guzmán Saldaña, por sus enseñanzas, apoyo y paciencia para realizar este proyecto; gracias por brindarme las herramientas y motivarme para ser mejor profesionista, pero, sobre todo, por su gran calidad humana, es un modelo a seguir.

A la Dra. Silvia Platas Acevedo, por su apoyo, paciencia y disposición para explicarme este proyecto, por compartir sus conocimientos conmigo y recibirme siempre con una sonrisa.

A la Dra. Rosalía Vázquez Arévalo, por permitirme formar parte del Seminario sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria que se imparte en la FES Iztacala, por sus valiosos comentarios y apoyo profesional y personal.

A la Dra. Lilian Elizabeth Bosques Brugada, por su tiempo, disposición y apoyo para realizar este proyecto.

A la Dra. Rosalinda Guadarrama Guadarrama, por sus valiosos comentarios y sugerencias, que enriquecieron este trabajo.

A la Dra. Marisol Mora Giral, por aceptarme en la Universidad Autónoma de Barcelona para realizar una estancia de investigación; por su tiempo, sugerencias y apoyo.

A mi alma mater: la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, por formarme y brindarme los conocimientos y herramientas para desempeñar esta noble profesión que es la Psicología, y por ser mi segundo hogar durante más de 9 años.

Al Dr. Manuel Sánchez, a la Dra. Jeaneth Izquierdo y a los profesores del posgrado, por sus enseñanzas y dedicación.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), por el apoyo económico otorgado durante mis estudios de maestría.

## ÍNDICE

RESUMEN .....	1
ABSTRACT .....	2
INTRODUCCIÓN .....	3
I. ANTECEDENTES .....	7
Capítulo 1. Conducta Alimentaria Saludable.....	7
1.1. Definición .....	7
1.2. Alimentación Saludable .....	8
1.3. Conceptos asociados .....	9
1.3.1. Peso Corporal .....	9
1.3.2. Control de peso.....	9
1.3.3. Estado nutricional.....	10
1.4. Medición Antropométrica.....	11
1.4.1. Índice de Masa Corporal (IMC).....	11
1.4.2. Circunferencia de la Cintura Cadera .....	14
1.4.3. Medición de pliegues cutáneos (plicometría).....	14
1.5. Epidemiología del Estado Nutricional.....	15
1.5.1. Mundial .....	15
1.5.2. Nacional .....	15
1.5.3. Estatal .....	16
Capítulo 2. Autoeficacia .....	17
2.1. Definición .....	17
2.2. Teorías y Modelos que explican la Autoeficacia.....	18
2.2.1. Teoría Social-Cognitiva .....	18
2.2.2. Modelo Transteórico del Cambio en el Comportamiento.....	20
2.2.3. Modelo Procesual de Acción en Salud (Health Action Process Approach HAPA) .....	21
2.3. Autoeficacia para la Alimentación.....	21
2.4. Estudios sobre la Autoeficacia para la Alimentación .....	22
2.5. Formas de Evaluación de la Autoeficacia para la Alimentación .....	23
2.6. Autoeficacia para Actividad Física.....	24
2.7. Estudios sobre la Autoeficacia para la Actividad Física.....	24
2.8. Formas de Evaluación de la Autoeficacia para Actividad Física .....	25
Capítulo 3. Afecto Positivo y Negativo .....	27

3.1. Definición .....	27
3.2. Formas de clasificación.....	27
3.2.1 Afecto Positivo.....	27
3.2.2. Afecto Negativo .....	27
3.3. Conceptos asociados .....	28
3.3.1. Emociones .....	28
3.3.2. Sentimientos.....	29
3.4. Modelos Teóricos que explican el Afecto Positivo y Negativo.....	29
3.4.1. Modelo Tripartito sobre el Afecto Positivo y Negativo, la Depresión y la Ansiedad .....	29
3.4.2. Modelo Dinámico del Afecto (DMA).....	30
3.4.3. Modelo del Espacio Evaluativo (MES).....	30
3.5. Estudios sobre el Afecto Positivo y Negativo.....	31
3.6. Formas de Evaluación del Afecto Positivo y Negativo .....	31
Capítulo 4. Autoatribución.....	33
4.1. Definición .....	33
4.2. Conceptos asociados .....	33
4.2.1. Autoestima .....	33
4.2.2. Autoconcepto .....	34
4.3. Modelos que explican la Autoatribución .....	34
4.3.1. Teoría de la Atribución .....	34
4.3.2. Modelo Motivacional de Weiner.....	35
4.3.3. Modelo de Covariación de Kelley.....	35
4.3.4. Modelo Cognitivo de Anderson .....	35
4.3.5. Autoatribucion desde el Proceso de la Percepción.....	36
4.4. Estudios sobre Autoatribución.....	36
4.5. Formas de Evaluación de la Autoatribución .....	37
Capítulo 5. Promoción del Comportamiento Alimentario Saludable .....	38
5.1. Definición de Promoción de la Salud .....	38
5.2. Definición y Clasificación de Prevención.....	39
5.3. Psicoeducación.....	40
5.4. Programas de Intervención para Favorecer Estilos de Vida Saludables.....	41
5.4.1 Programas Internacionales .....	41

5.4.2. Programas Nacionales.....	46
5.5. Programa Psicoeducativo para Incrementar Autoeficacia, Afecto Positivo y Autoatribución.....	48
5.5.1. Propuesta del Programa de Intervención.....	49
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	51
III. JUSTIFICACIÓN.....	53
IV. HIPÓTESIS.....	54
V. OBJETIVOS.....	55
5.1. Objetivo General.....	55
5.2. Objetivos Específicos.....	55
VI. MATERIALES Y MÉTODOS.....	55
6.1. Tipo de Estudio y Diseño Experimental.....	55
6.2. Contexto de la Investigación.....	56
6.3. Tamaño de la Muestra y Muestreo.....	56
6.3.1. Datos Generales de la Muestra.....	56
6.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	58
6.4.1. Criterios de inclusión.....	58
6.4.2. Criterios de exclusión.....	58
6.5. Procedimiento.....	59
6.6. Definición de variables.....	59
6.7. Diseño.....	64
6.8. Instrumentos.....	64
6.9. Análisis estadístico.....	65
VII. ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD.....	66
VIII. RESULTADOS.....	68
8.1. Imagen Corporal.....	68
8.2. Conocimientos en Alimentación Saludable.....	68
8.2.1. Conocimientos en Alimentación Saludable Mujeres.....	69
8.2.2. Conocimientos en Alimentación Saludable Hombres.....	69
8.3. Conductas Alimentarias de Riesgo.....	69
8.3.1. Conductas Alimentarias de Riesgo Mujeres.....	69
8.3.2. Conductas Alimentarias de Riesgo Hombres.....	70
8.4. Equivalencia inicial.....	70

8.5. Análisis de comparación intra e inter grupos antes, después de la intervención y seguimiento.....	71
8.6. Análisis de comparación intra e inter grupos antes, después de la intervención y seguimiento por Sexo.....	81
IX. DISCUSIÓN.....	96
X. CONCLUSIONES.....	103
XI. RECOMENDACIONES.....	105
XII. LIMITACIONES.....	106
XIII. REFERENCIAS.....	107
XIV. ANEXOS.....	123
Anexo 1. Consentimiento Informado Padres de Familia.....	123
Anexo 2. Asentimiento Informado Participantes.....	124
Anexo 3. Cuestionario de Alimentación Saludable.....	125
Anexo 4. Escala de Afecto Positivo y Negativo.....	129
Anexo 5. Inventario de Autoeficacia para el control de peso.....	131
Anexo 6. Escala de Autoatribución.....	133
Anexo 7. Carta Descriptiva de la Intervención.....	135
Anexo 8. Recetario de Desayunos y postres saludables.....	147
Anexo 9. Manual Nutrición.....	150
Anexo 10. Manual de Ejercicios “Cuerpo Sano, Mente Sana”.....	152
Anexo 11. Resultados del análisis estadístico en las variables que no tuvieron cambios significativos.....	155

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Elementos considerados en el Programa de Psicoeducación en Autoeficacia, Afecto Positivo y Autoatribución para Promover Conductas Alimentarias Saludables en Estudiantes de Secundaria.....	50
Figura 2. Diseño de las fases de evaluación .....	56
Figura 3. Distribución porcentual de la muestra por familiar con quién viven .....	57
Figura 4. Distribución porcentual de la muestra por lugar que ocupa entre hermanos .....	58
Figura 5. Medias de la variable Autoeficacia para la Actividad Física. Tiempo por grupo.	73
Figura 6. Medias de la variable Afecto Negativo. Tiempo por grupo.....	76
Figura 7. Medias de la variable Autoatribución Positiva. Tiempo por grupo .....	78
Figura 8. Medias de la variable Autoatribución Negativa. Tiempo por grupo.....	80
Figura 9. Medias de la variable Autoeficacia para la Actividad Física Mujeres. Tiempo por grupo.....	83
Figura 10. Medias de la variable Afecto Negativo Mujeres. Tiempo por grupo.....	86
Figura 11. Medias de la variable Afecto Negativo Hombres. Tiempo por grupo .....	88
Figura 12. Medias de la variable Autoatribución Positiva Mujeres. Tiempo por grupo .....	90
Figura 13. Medias de la variable Autoatribución Positiva Hombres. Tiempo por grupo.....	92
Figura 14. Medias de la variable Autoatribución Negativa Mujeres. Tiempo por grupo.....	94

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Diagnóstico del IMC Quetelet (49) .....	13
Tabla 2. Diagnóstico del IMC percentilar (49).....	13
Tabla 3. Descripción de los participantes por grupo .....	57
Tabla 4. Definición de las Variables Dependientes.....	59
Tabla 5. Definición de la Variable Independiente.....	63
Tabla 6. Definición de Variables Intervenientes .....	63
Tabla 7. Equivalencia inicial entre grupo experimental y en fase de espera.....	70
Tabla 8. ANOVA MR (2X3). Autoeficacia para la Actividad Física .....	72
Tabla 9. Comparación de medias de Autoeficacia para la Actividad Física en el grupo experimental y en el grupo en fase de espera .....	73
Tabla 10. Prueba Post-Hoc Bonferroni Autoeficacia para la Actividad Física. Tiempo de comparación por pares.....	74
Tabla 11. ANOVA MR (2X3). Afecto Negativo .....	75
Tabla 12. Comparación de medias de Afecto Negativo en el grupo experimental y en el grupo en fase de espera.....	76
Tabla 13. Prueba Post-Hoc Bonferroni Afecto Negativo. Tiempo de comparación por pares .....	77
Tabla 14. ANOVA MR (2X3). Autoatribución Positiva.....	78
Tabla 15. Comparación de medias de Autoatribución Positiva en el grupo experimental y en el grupo en fase de espera.....	78

Tabla 16. Prueba Post-Hoc Bonferroni Autoatribución Positiva. Tiempo de comparación por pares .....	79
Tabla 17. ANOVA MR (2X3). Autoatribución Negativa .....	80
Tabla 18. Comparación de medias de Autoatribución Negativa en el grupo experimental y en el grupo en fase de espera .....	80
Tabla 19. Prueba Post-Hoc Bonferroni Autoatribución Negativa. Tiempo de comparación por pares .....	81
Tabla 20. ANOVA MR (2X3). Autoeficacia para la Actividad Física Mujeres .....	82
Tabla 21. Comparación de medias de Autoeficacia para la Actividad Física Mujeres en el grupo experimental y en el grupo en fase de espera.....	83
Tabla 22. Prueba Post-Hoc Bonferroni Autoeficacia para la Actividad Física Mujeres. Tiempo de comparación por pares.....	84
Tabla 23. ANOVA MR (2X3). Afecto Negativo Mujeres .....	86
Tabla 24. Comparación de medias Afecto Negativo Mujeres en el grupo experimental y en el grupo en fase de espera.....	87
Tabla 25. Prueba Post-Hoc Bonferroni Afecto Negativo Mujeres. Tiempo de comparación por pares .....	87
Tabla 26. ANOVA MR (2X3). Afecto Negativo Hombres.....	88
Tabla 27. Comparación de medias de Afecto Negativo Hombres en el grupo experimental y en el grupo en fase de espera .....	89
Tabla 28. Prueba Post-Hoc Bonferroni Afecto Negativo Hombres. Tiempo de comparación por pares .....	89
Tabla 29. ANOVA MR (2X3). Autoatribución Positiva Mujeres.....	90
Tabla 30. Comparación de medias de Autoatribución Positiva Mujeres en el grupo experimental y en el grupo en fase de espera .....	90
Tabla 31. Prueba Post-Hoc Bonferroni Autoatribución Positiva Mujeres. Tiempo de comparación por pares.....	91
Tabla 32. ANOVA MR (2X3). Autoatribución Positiva Hombres .....	92
Tabla 33. Comparación de medias de Autoatribución Positiva Hombres en el grupo experimental y en el grupo en fase de espera .....	92
Tabla 34. Prueba Post-Hoc Bonferroni Autoatribución Positiva Hombres. Tiempo de comparación por pares.....	93
Tabla 35. ANOVA MR (2X3). Autoatribución Negativa Mujeres .....	94
Tabla 36. Comparación de medias de Autoatribución Negativa Mujeres en el grupo experimental y en el grupo en fase de espera .....	94
Tabla 37. Prueba Post-Hoc Bonferroni Autoatribución Negativa Mujeres. Tiempo de comparación por pares.....	95

## **ABREVIATURAS**

<b>TAIA</b>	Trastorno Alimentario o de la Ingestión de Alimentos
<b>CAS</b>	Conductas Alimentarias Saludables
<b>CA</b>	Conducta Alimentaria
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ENSANUT</b>	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
<b>ENSANUT MC</b>	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino
<b>ENT</b>	Enfermedades No Transmisibles
<b>CAR</b>	Conductas Alimentarias de Riesgo
<b>AE</b>	Autoeficacia
<b>CP</b>	Control de Peso
<b>EF</b>	Ejercicio Físico
<b>AF</b>	Actividad Física
<b>AP</b>	Afecto Positivo
<b>AN</b>	Afecto Negativo

## RESUMEN

La promoción de Conductas Alimentarias Saludables en la adolescencia es una de las maneras más efectivas para mantener un estilo de vida adecuado en cada una de las etapas de vida, y reducir el riesgo de presentar alguna enfermedad; por esto, el objetivo de este estudio fue determinar la efectividad de un Programa Psicoeducativo para modificar niveles de Autoeficacia, Afecto y Autoatribución en escolares de educación secundaria, de una escuela pública del municipio de Mineral de la Reforma, Hidalgo. El diseño fue cuasi experimental con dos grupos (experimental y en fase de espera), con tres momentos de evaluación (pretest, postest y seguimiento). El muestreo fue no probabilístico, de manera aleatoria se asignó a los participantes a cada grupo. La muestra total fue de  $N=116$ , de los cuales  $n=55$  se integraron al grupo experimental, y  $n=61$  al grupo en fase de espera;  $n=60$  (51.7%) mujeres y  $n=56$  (48.3%) hombres, en un rango de edad de 12 a 15 años ( $\mu = 13$  años,  $DE=.50$ ). Se aplicó en tres momentos una batería de instrumentos conformada por: *Cuestionario de Alimentación Saludable*, *Inventario de Autoeficacia para Control de Peso*, *Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS)* e *Inventario de Autoatribución para Adolescentes de Secundaria*. El Programa Psicoeducativo consistió en tres sesiones, cada una con 50 minutos de duración, abordó aspectos asociados con Promoción de Conductas Alimentarias Saludables. Los resultados fueron descriptivos, y se aplicó un Análisis de Varianza Medidas Repetidas (ANOVA MR), en cuanto a Autoeficacia para la Actividad Física, Afecto Negativo, Autoatribución Positiva y Autoatribución Negativa se evidenciaron cambios favorables y estadísticamente significativos tanto en hombres como en mujeres integrantes del grupo experimental, estos cambios se mantuvieron en el seguimiento. Es importante destacar que se presentaron mayores efectos del Programa en las mujeres particularmente en Autoeficacia para la Actividad Física y Autoatribución Positiva.

**Palabras clave:** Psicoeducación, Conductas Alimentarias Saludables, Autoeficacia, Afecto, Autoatribución, Adolescentes.

## ABSTRACT

The promotion of Healthy Eating Behaviors in adolescence is one of the most effective ways to maintain an adequate lifestyle at each stage of life, and reduce the risk of presenting a disease; Therefore, the objective of this study was to determine the modification of the Psychoeducational Program to modify the levels of Self-efficacy, Affection and Self-Attribution in secondary school students, of a public school in the municipality of Mineral de la Reforma, Hidalgo. The design was quasi-experimental with two groups (experimental and in the waiting phase), with three evaluation moments (pretest, posttest and follow-up). Sampling was not probabilistic, randomly assigned to participants in each group. The total sample was  $N = 116$ , of which  $n = 55$  were integrated into the experimental group, and  $n = 61$  to the waiting phase group;  $n = 60$  (51.7%) women and  $n = 56$  (48.3%) men, in an age range of 12 to 15 years (Mean = 13 years,  $SD = .50$ ). An instrument battery was applied in three moments, consisting of: *Healthy Eating Questionnaire Self-efficacy Inventory for Weight Control*, *Positive and Negative Affect Scale (PANAS)* and *Self-Attribution Inventory for Secondary Adolescents*. The Psychoeducational Program consisted of three sessions, each 50 minutes long, addressed aspects associated with the Promotion of Healthy Eating Behaviors. The results were descriptive, and a Repeated Measures Variance Analysis (ANOVA MR) was applied, in terms of Self-efficacy for Physical Activity, Negative Affect, Positive Self-Attribution and Negative Self-Attribution, favorable and statistically significant changes were evidenced in both men and women. In the experimental group, these changes were maintained in the follow-up. It is important to note that there were greater effects of the Program on women, particularly in Self-efficacy for Physical Activity and Positive Self-attribution.

**Keywords:** Psychoeducation, Healthy Eating Behaviors, Self-Efficacy, Affection, Self-Attribution, Adolescents.

## INTRODUCCIÓN

La Psicología de la Salud estudia y comprende el proceso salud-enfermedad desde una nueva visión que integra los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que se encuentran involucrados en este proceso, generando así estrategias efectivas de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Comprende el comportamiento saludable y no saludable, para lo cual desarrolla sus propios modelos explicativos y estrategias de intervención (1).

Al ser entendida la salud como un proceso, la alimentación y la nutrición también han sido abordadas desde aspectos biológicos, ambientales y socioculturales, que incluyen hábitos y costumbres alimentarias individuales y colectivas; igualmente, el comer es un comportamiento gratificante por lo que está directamente relacionado con el estado de ánimo y las emociones (2,3). La infancia y la adolescencia son etapas de la vida óptimas para promover conductas alimentarias saludables, las prácticas establecidas en edades tempranas suelen persistir en la adultez, por lo que establecer hábitos saludables de alimentación y evitar tanto la desnutrición como el sobrepeso también previene el riesgo en esta población de presentar en el futuro enfermedades crónicas (e.g. diabetes, obesidad, enfermedades cerebrovasculares, entre otras.) (4,5). Es necesario autorregular la alimentación para comer de manera saludable; es decir, proporcionar al organismo los nutrientes necesarios y disfrutar de los aspectos gratificantes de los alimentos sin perder el control del consumo de los mismos (6).

Particularmente, la adolescencia es una etapa especialmente vulnerable tanto física como psicológicamente, en ella se experimentan modificaciones en el organismo, donde la nutrición tiene un papel fundamental para su desarrollo, la correcta nutrición le aportará los nutrientes necesarios. Esta etapa de vida, también representa un periodo de importantes cambios emocionales, sociales y cognitivos, por lo que la adquisición de hábitos poco saludables puede comprometer su salud (7). Durante la adolescencia, la figura corporal está sujeta a transformaciones, por lo que, muchos adolescentes preocupados por su imagen corporal cambian sus hábitos alimentarios. Esto puede representar un riesgo para el desarrollo de un trastorno de la alimentación, pues la percepción del peso corporal involucra

sentimientos, creencias y comportamientos en torno a la apariencia física, y no solo la autopercepción del tamaño corporal (8).

Otro aspecto importante a destacar son los estados nutricionales fuera del normopeso que representan un grave problema de salud pública en el mundo. México ocupa el primer lugar en obesidad infantil a nivel mundial (9), el 36.3% de los adolescentes presentan sobrepeso y obesidad, y el 5.6% de los adolescentes presentan anemia (10). Así, la desnutrición, el sobrepeso, la obesidad y los trastornos en la alimentación pueden llevar al adolescente a numerosas enfermedades no transmisibles (ENT), las cuales conllevan costos económicos elevados y una emergencia sanitaria (11).

En este sentido, la promoción de la salud tiene como estrategia desarrollar estilos de vida saludables y fomentar en los adolescentes actitudes, conocimientos y comportamientos para el cuidado de su salud (2). Los hábitos alimentarios saludables son un elemento clave que favorecen el estilo de vida saludable, se trata de un conjunto de acciones realizadas por el individuo en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural, relacionada con la ingestión de alimentos (12). Especialmente en niños y adolescentes, influyen en gran medida en su estado de salud, incluyendo hábitos y comportamientos alimentarios adecuados (13).

Contrariamente, las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR), juegan un papel relevante en la manifestación de las enfermedades antes señaladas, ya que se manifiestan como conductas inapropiadas de la alimentación, que pueden tener una función “compensatoria”, y ser precurrentes a la presencia de Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos (TAIA) (14). De esta manera, los programas de intervención que promocionan Conductas Alimentarias Saludables (CAS) buscan proteger y fomentar la salud, a través de la modificación de creencias, costumbres y hábitos no saludables; así como, reducir, atenuar y/o eliminar las barreras que pueden interponerse para favorecer una alimentación saludable; entre otras variables, fortalecen la percepción de confianza y autoeficacia a través del uso de estrategias de nivel múltiples (combinando factores psicológicos, sociales y ambientales) (2,15).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud está ligada a dos factores determinantes: la alimentación y la actividad física. Para que una persona se

mantenga sana es necesario que consuma alimentos de forma equilibrada (16). Es necesario generar programas para prevenir problemas de alimentación en edades tempranas, que sirvan para adoptar hábitos y estilos de vida saludables. El estilo de vida puede ser modificado y reforzado desde la escuela, donde las estrategias educativas deben dirigirse a desarrollar habilidades y aumentar la sensibilización sobre el cuidado de la salud en los estudiantes (17).

Desde la Psicología, un factor identificado como de gran relevancia es la autoeficacia, que está relacionada con el desarrollo de conductas favorables para el cuidado y mantenimiento de la salud, e influye en la respuesta emocional de una persona en relación con su percepción de bienestar, vitalidad y actitud ante el cambio de conductas saludables (18). La Autoeficacia relacionada con la alimentación, permite que una persona pueda disminuir el consumo de alimentos altos en calorías, evite alimentos dulces y coma alimentos saludables (19). La Autoeficacia relacionada con la actividad física, actúa como un predictor importante de los niveles de ejercicio físico, pues las personas con una alta autoeficacia son efectivamente más activos (19,20).

Otro factor asociado con el desarrollo de hábitos saludables es el Afecto Positivo, que se vincula a experiencias de bienestar auténtico en el individuo (21). Afines también están las Atribuciones que el individuo hace sobre cómo le ven los otros, y así moldea y construye su autoconcepto (22,23).

Basada en todo lo señalado, la presente tesis tuvo como objetivo determinar la efectividad de un Programa Psicoeducativo para modificar niveles de Autoeficacia, Afecto y Autoatribución en escolares de educación Secundaria, de una escuela pública del municipio de Mineral de la Reforma, Hidalgo.

Para tal fin, se incluyen cinco capítulos que sirven como marco teórico-conceptual para abordar las perspectivas biológicas, psicológicas y socio-culturales en torno a los problemas de alimentación. Posteriormente, se aborda la propuesta de este programa psicoeducativo, el cual se deriva del proyecto titulado: “Prevención Primaria. Factores de Riesgo para los problemas de peso corporal en preadolescentes” desarrollado por investigadores de la Facultad de Psicología de la UNAM (PAPIIT-IN307517). Así mismo, se presenta la descripción metodológica de este estudio.

El capítulo 1, explica la Conducta Alimentaria Saludable y algunos conceptos asociados al estado nutricional y al control de peso, así como datos de prevalencia.

En el capítulo 2, se define la Autoeficacia tomando en cuenta dos dimensiones; autoeficacia para la alimentación y autoeficacia para la actividad física, se describen las teorías y modelos teóricos que la explican y su forma de evaluación.

En el capítulo 3, se define el Afecto Positivo y el Afecto Negativo, así como algunos conceptos asociados a esta variable, se describen las teorías y modelos teóricos que lo explican y su forma de evaluación.

En el capítulo 4, se define la Autoatribución y algunos conceptos asociados a esta variable, se describen las teorías y modelos teóricos que la explican y su forma de evaluación.

En el capítulo 5, se desarrolla el concepto de prevención y se presentan algunos programas para desarrollar estilos de vida saludables. De igual manera, se presenta la propuesta del Programa Psicoeducativo desarrollado para este estudio.

A continuación, se describe la metodología utilizada en este estudio, la cual incluye; justificación, hipótesis, objetivos, materiales y métodos. En el apartado de resultados se presentan datos descriptivos de cada uno de los grupos participantes, posteriormente el análisis que arrojaron las ANOVA's. Finalmente, se discuten los resultados a partir de la comparación con los datos que se tienen como antecedentes, después se desarrolla la conclusión, sugerencias y limitaciones del estudio. En los últimos apartados está el listado de referencias utilizadas; así como cada uno de los anexos.

# I. ANTECEDENTES

## *Capítulo 1. Conducta Alimentaria Saludable*

### *1.1. Definición*

La búsqueda y consumo de alimentos es una de las conductas más importantes y necesarias para que el organismo subsista, pues se adquieren los nutrientes necesarios para sobrevivir (24). La Conducta Alimentaria Saludable (CA) es un conjunto de acciones realizadas por el individuo en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural, relacionada con la ingestión de alimentos (12).

Este fenómeno incluye comportamientos relacionados con hábitos de alimentación como; la selección de los alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias, la cantidad de alimentos ingeridos (24), la imitación de modelos, la disponibilidad de los alimentos, el estatus social y las tradiciones culturales (25).

La CA es adquirida a través de la experiencia directa con la comida en el entorno familiar y social. Entre los factores biológicos de este tipo de conducta se encuentra el hambre, la regulación de la ingesta alimentaria y las necesidades por el crecimiento de la etapa de desarrollo. En los componentes psicológicos están los gustos, las actitudes, las preferencias y las experiencias relacionadas con los alimentos. En los componentes sociales se encuentran los ritos y las tradiciones relacionadas con el acto de comer (25).

Así, la CA saludable está relacionada con formación de hábitos alimentarios que mejoran la calidad de vida y el desarrollo de actitudes y prácticas de alimentación adecuadas y saludables (26).

Por lo que, el comportamiento alimentario influye en gran medida en el estado de salud, especialmente en niños y adolescentes, pues en esta etapa la alimentación saludable depende de hábitos y comportamientos alimentarios adecuados, en donde la escuela y la familia transmiten valores, creencias e información relacionadas con la salud (13).

## ***1.2 Alimentación Saludable***

Comer es una actividad cotidiana y de vital importancia para todos los seres humanos, la alimentación es la manera de proporcionar al cuerpo las sustancias necesarias para mantener la salud y la vida (27).

Una alimentación saludable aporta todos los nutrientes esenciales y la energía necesaria para que una persona se mantenga sana, siendo necesario consumir varios alimentos de forma equilibrada, para satisfacer las necesidades nutritivas de un correcto crecimiento y desarrollo de las capacidades físicas e intelectuales (27) .

De acuerdo con la OMS una dieta saludable ayuda a evitar una malnutrición en todas sus formas y protege al individuo de enfermedades no transmisibles, como la diabetes, las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer. Los hábitos alimentarios sanos comienzan en los primeros años de vida y puede proporcionar beneficios a largo plazo, como la reducción del riesgo de sobrepeso y obesidad en etapas posteriores de la vida. Una alimentación variada, equilibrada y saludable está determinada por las características individuales como edad, sexo, hábitos de vida y grado de actividad física, el contexto cultural, los alimentos disponibles en el lugar y los hábitos alimentarios (16).

La alimentación saludable en las primeras etapas de vida favorece el adecuado crecimiento y desarrollo, y la promoción de hábitos de vida saludables previene trastornos de la alimentación. Un estado nutricional óptimo, un ritmo de crecimiento adecuado, la actividad física y los estilos de vida saludables mejoran la salud en esta etapa (28).

El consumo de hortalizas y frutas, la cantidad de sal y la cantidad y calidad de las grasas ingeridas, son elementos esenciales para mantener una alimentación saludable, y unido a la actividad física y mantener un peso normal previenen el padecimiento de enfermedades crónicas (27).

La OMS establece que una dieta saludable debe incluir (16):

- Consumir frutas, verduras, legumbres (como lentejas y alubias), frutos secos y cereales integrales (maíz, mijo, avena, trigo o arroz moreno no procesados).
- Comer al menos 400 g, o cinco porciones de frutas y verduras al día.

- Consumir menos del 10% de la ingesta calórica total de azúcares libres, es decir, el equivalente a 50 gramos (o unas 12 cucharaditas rasas) en el caso de una persona con un peso corporal saludable que consuma aproximadamente 2000 calorías al día, siendo lo ideal un consumo inferior al 5% de la ingesta calórica total.
- Consumir menos del 30% de la ingesta calórica diaria procedente de grasas. El consumo de grasas no saturadas (presentes en pescados, aguacates, frutos secos y en los aceites de girasol, soja, canola y oliva) es preferible al consumo de grasas saturadas (presentes en la carne grasa, la mantequilla, el aceite de palma y de coco, la nata, el queso, la mantequilla clarificada y la manteca de cerdo), y las grasas trans de todos los tipos, en particular las producidas industrialmente (presentes en pizzas congeladas, tartas, galletas, pasteles, obleas, aceites de cocina y pastas untables), y grasas trans de rumiantes (que se encuentran en la carne y los productos lácteos de rumiantes como vacas, ovejas, cabras y camellos). Se sugiere reducir la ingesta de grasas saturadas a menos del 10% de la ingesta total de calorías, y la de grasas trans a menos del 1%. En general, las grasas trans producidas industrialmente no forman parte de una dieta saludable y se deberían evitar.
- La sal debería ser yodada, siendo recomendable consumir menos de 5 gramos diarios.

### ***1.3. Conceptos asociados***

#### *1.3.1. Peso Corporal*

El peso corporal es un indicador importante del estado de salud de un individuo, ayuda a definir la estructura orgánica de un individuo para observar las alteraciones producidas por el crecimiento, la alimentación y la actividad física (10). Este peso representa la cantidad total de masa que tiene el organismo y está determinado por; agua (de la mitad a tres cuartas partes del total), grasa, músculos, huesos y otros tejidos (29,30).

#### *1.3.2. Control de peso*

La figura corporal está sujeta durante la adolescencia a cambios y modificaciones que exigen una reestructuración continua de la imagen del propio cuerpo, lo cual puede incrementar la insatisfacción corporal (31) y debido a que muchos adolescentes cambian sus hábitos

alimentarios por una preocupación por su imagen corporal puede representar un riesgo para el desarrollo de trastornos de alimentación(31,32) y estado nutricional (8).

Múltiples factores influyen en el comportamiento alimentario, entre ellos; comidas familiares y hábitos dietéticos, estado de peso y normas sociales para la delgadez, las cuales están relacionadas con la percepción del peso corporal. Así, se presentan comportamientos alimentarios que tienen una relación estrecha con el estado del peso en la transición que se da desde la infancia hasta la adolescencia, considerando la frecuencia de la comida, las porciones de tamaño, mayor consumo de azúcares endulzados, comida fuera de casa y con bajos nutrientes (33).

La percepción del peso corporal incluye no solo la autopercepción del tamaño corporal, también involucra sentimientos, creencias y comportamientos en torno a la apariencia física (8). Es importante señalar que, prácticas de control de peso como la dieta no solo son realizadas por adolescentes con sobrepeso, sino también en aquellos con peso bajo (34).

Para lograr el éxito de cualquier estrategia de control de peso es necesaria la responsabilidad individual, los resultados dependerán en su mayoría del control que mantenga la persona y de los cambios permanentes en su estilo de vida. Para ello, se vuelven actividades indispensables el control de la ingesta alimentaria y el mantenimiento de un adecuado gasto calórico a través de una actividad física constante (35).

### *1.3.3. Estado nutricional*

De acuerdo con la OMS, la nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una nutrición adecuada (es decir, una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento esencial para la buena salud. Los determinantes nutricionales y ambientales del crecimiento y desarrollo influyen en la salud y el bienestar (36). Durante la infancia y la adolescencia, se necesita un aporte nutricional equilibrado y ejercicio físico para tener un óptimo estado de salud, un adecuado crecimiento y desarrollo físico y psicosocial, así como establecer hábitos de vida saludables para prevenir problemas de salud futuros y trastornos en la alimentación (28,37).

Por el contrario, una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la

productividad. En los niños, lleva a un deficiente rendimiento cognitivo y pobre crecimiento. Y en la adolescencia puede ponerlos en una situación de alto riesgo para presentar alguna enfermedad crónica (36,38,39). No obstante, los niños que relativamente se encuentran bien alimentados pueden desarrollar desnutrición en la adolescencia como resultado de la adquisición de hábitos dietéticos que son influenciados por la obsesión por la delgadez (40).

Por otro lado, para evaluar el estado nutricional se requiere examinar el peso, la composición corporal, la condición física y la situación funcional de diferentes tejidos y órganos. De igual manera, se debe obtener información de la situación fisiopatológica, los hábitos alimentarios, las percepciones farmacológicas, y otros aspectos psicosociales, teniendo gran importancia en este último el estado psíquico, el estilo de vida, el ambiente cultural y la religión, entre otros, que permiten detectar problemas nutritivos y alertar sobre posibles signos de deficiencias futuras (41).

La evaluación del estado nutricional puede obtenerse a través de diversos parámetros clínicos, inmunológicos, bioquímicos y antropométricos. Los más utilizados para esta evaluación son: peso, talla, peso-edad, talla-edad y peso-talla, índice de masa corporal (IMC); área de la circunferencia media del brazo y pliegue subcutáneo. Para determinar la pérdida reciente de peso es recomendable evaluar: la ingesta alimentaria, las proteínas plasmáticas (albúmina), la capacidad funcional y las condiciones clínicas (42).

Para estudiar la composición corporal el método más recomendable es el antropométrico(43); y consiste en la medición de variaciones en las dimensiones físicas y en la composición global del cuerpo humano, su aplicación es fundamental para estimar la grasa corporal total y su distribución por regiones respecto al peso y la talla de un individuo (44).

#### ***1.4. Medición Antropométrica***

##### ***1.4.1. Índice de Masa Corporal (IMC)***

Para identificar el sobrepeso y la obesidad se calcula el IMC o Índice de Quetelet, el cual es considerado la medida más útil en la población, puesto que es la misma medida para ambos sexos y para adultos de todas las edades y es un indicador entre el peso y la talla (45).

El IMC se obtiene dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) (45).

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Estatura (m}^2\text{)}}.$$

En el caso de los adultos, un IMC igual o superior a 25 ( $\text{IMC} \geq 25 \text{ kg}/\text{m}^2$ ) indica sobrepeso, un IMC igual o superior a 30 ( $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg}/\text{m}^2$ ) se considera obesidad, y un IMC superior a 40 ( $\text{IMC} > 40 \text{ kg}/\text{m}^2$ ) representa obesidad extrema (45). En México, la Norma Oficial para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad de 2018, establece la existencia de sobrepeso en adultos de 20 a 59 años si se tiene un IMC de 25.0 a 29.9  $\text{kg}/\text{m}^2$  y en personas con talla baja un IMC de 23 a 24.9  $\text{kg}/\text{m}^2$ . En cuanto a la obesidad, se considera a una persona con esta condición con un  $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg}/\text{m}^2$  y en población con talla baja  $\geq 25 \text{ kg}/\text{m}^2$  (46).

Por otro lado, un concepto asociado a la valoración de los niños y niñas es el IMC percentilar, ya que ellos al crecer presentan diferente cantidad de masa corporal, por lo que el IMC establece un peso relativo con la talla para cada edad, con adecuada correlación con la grasa corporal. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros ( $\text{kg}/\text{talla}^2$ ) (47).

Un Comité de Expertos en Estados Unidos recomendó el uso del IMC para determinar obesidad ubicada en el percentil 95 dentro de una población específica y consideró que los niños entre los 12 hasta los 19 años con valores de IMC entre el percentil 85 y 95 tienen la posibilidad de tener sobrepeso, pero como esta probabilidad es variable crearon la denominación “en riesgo de” para esta categoría, la cual se refiere a un niño quien está en riesgo de convertirse en obeso en el futuro, pero todavía no lo es (48).

El Centers for Disease Control and Prevention (CDC) establece gráficas clínicas del crecimiento para IMC por sexo (49), donde se obtienen las siguientes categorías: la desnutrición representa un estado patológico ocasionado por la falta de ingestión o absorción de nutrientes; el bajo peso describe al peso corporal inferior a lo que se considera saludable

para una determinada estatura (menos del percentil 5); un peso normal significa el peso correspondiente a una determinada estatura (del percentil 5 a menos del percentil 85); en riesgo de sobrepeso describe un peso que excede lo correspondiente a una determinada estatura pero aún no se considera obesidad (del percentil 85 a menos del percentil 95); obesidad (percentil 95 o mayor ) describe un peso que excede lo que se considera saludable para una determinada estatura (45) (ver tabla 1 y 2).

**Tabla 1. Diagnóstico del IMC Quetelet (49)**

<b>Categoría/Diagnóstico</b>	<b>Diagnóstico del IMC Quetelet</b>
Bajo peso	Menor a 18.5
Normal	Entre 18.5 y 24.9
Sobrepeso	Entre 25 y 29.9
Obesidad grado 1	Entre 35 y 34.9
Obesidad grado 2	Entre 35 y 39.9
Obesidad grado 3	Igual o mayor a 40

**Tabla 2. Diagnóstico del IMC percentilar (49)**

<b>Categoría/Diagnóstico</b>	<b>Diagnóstico del IMC percentilar</b>
Bajo peso	Menos del percentil 5
Normal	Del percentil 5 a menos del percentil 85
Riesgo de sobrepeso	Del percentil 85 a menos del percentil 95
Obesidad	Percentil 95 o mayor

EL CDC refiere que el uso del IMC para identificar a niños, niñas y adolescentes con obesidad tiene una alta sensibilidad (95-100%), su principal limitación es su baja especificidad (36-66%), por no distinguir entre la masa grasa y la masa magra (50). Así, se ha observado que niños y niñas con cifras de IMC dentro de los límites normales presentan valores de masa grasa que llegan a caer dentro de un rango de obesidad. De igual manera, el IMC en menores de dos años de edad, así como en algunos grupos étnicos, atletas, y adolescentes, muestra limitaciones debido a la influencia del estadio de desarrollo puberal. Ante la variabilidad en la composición corporal en la etapa de crecimiento y desarrollo, la

CDC recomienda para el diagnóstico en la infancia y adolescencia, además del uso del IMC otros indicadores de adiposidad corporal (pliegues cutáneos tricípital y subescapular, en unos párrafos más adelante se definen estos) (51).

El IMC ha sido investigado ampliamente como un factor determinante en la imagen corporal y las conductas alimentarias, se ha asociado un elevado IMC con una mayor insatisfacción corporal y con la presencia de CAR desde alrededor de los 9-12 años, siendo considerado también como un importante predictor (hombres y mujeres) de insatisfacción corporal (52).

#### 1.4.2. *Circunferencia de la Cintura Cadera*

La medición de la circunferencia de la cintura considera la distribución de la grasa corporal, en especial de la grasa intrabdominal (tejido adiposo visceral), la relación de estas dos medidas se determina mediante la fórmula (53):

$$\frac{\text{Circunferencia de la cintura (cm)}}{\text{Circunferencia de la cadera (cm)}}$$

Los patrones del depósito de grasa dependen del control genético y son diferentes en hombres y mujeres (41). Una cintura que mide más de 102 cm en el hombre y más de 88 cm en la mujer, indica un mayor riesgo para desarrollar enfermedades como diabetes mellitus tipo2, dislipidemias, hipertensión arterias y enfermedades cardiovasculares (44,54).

#### 1.4.3. *Medición de pliegues cutáneos (plicometría)*

Este procedimiento, da una estimación más exacta de la masa corporal que los índices de peso y talla. La medición de los pliegues cutáneos se realiza mediante un plicómetro, el cual establece el porcentaje de grasa, este porcentaje de grasa puede calcularse sumando el valor de los cuatro pliegues de la piel (bíceps, tríceps, subescapular y suprailíaco), y se compara con tablas de referencia (estas tablas consideran obesidad cuando la medición es superior al percentil 90 y consideran desnutrición cuando; la medición está por debajo del percentil 5). Para conocer la cantidad de masa muscular, es necesario realizar una medición de la circunferencia de brazo y de pantorrilla, utilizando una cinta métrica (55,56).

### ***1.5. Epidemiología del Estado Nutricio***

La malnutrición entendida como la carencia, los excesos o desequilibrios de la ingesta de energía y/o nutrientes de una persona ha crecido en los últimos años, abarcando dos grupos de afecciones: 1) Desnutrición; incluye el retraso de crecimiento (estatura inferior a la correspondiente por la edad), la emancipación (peso inferior al correspondiente a la estatura) y la carencia o insuficiencia de micronutrientes (falta de vitaminas y minerales); 2) Sobrepeso y obesidad (57).

#### ***1.5.1. Mundial***

De acuerdo con la OMS, en el 2016 más de 41 millones de niños menores de 5 años presentaron sobrepeso y obesidad, y 340 millones de niños y adolescentes entre los 5 y 19 años tienen este padecimiento. El sobrepeso y la obesidad han aumentado rápidamente en esta población, mientras que en 1975 representaban el 4%, en 2016 esta cifra aumento a un 18%, siendo similar el aumento en ambos sexos; 18% en niñas y 19% en niños (58).

Por otro lado, en ese mismo año la OMS reportó que 75 millones de niñas y adolescentes y 117 millones de niños y adolescentes presentan bajo peso moderado o grave (59), y existen 305 millones de niños en edad escolar (25.4%) con anemia (60).

#### ***1.5.2. Nacional***

Actualmente México ocupa el primer lugar en obesidad infantil (9), la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (ENSANUT MC, 2016) estableció que el 20.2% de niños tiene sobrepeso y un 11.8% obesidad. En adolescente entre 12 y 19 años la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad es de 36.3%, es decir, 4 de cada 10 adolescentes presenta sobrepeso u obesidad.

En el otro extremo, 1.5 millones de niños menores a 5 años padecen desnutrición (13.6%) (61) y el 5.6% de los adolescentes presenta anemia. También se reporta en los adolescentes bajas proporciones en el consumo regular de alimentos recomendables; 26.9% consumen regularmente verduras, 39.2% frutas y un 63.1% leguminosas. Contrariamente, tienen un consumo alto diario de alimentos no recomendables; 83.9% consumen regularmente bebidas azucaradas no lácteas, 59.4% botanas, dulces y postres y 50.3% cereales dulces (10).

### *1.5.3. Estatal*

El Estado de Hidalgo reporta una prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños menores de 5 años de 8.2%. En niños de edad escolar entre los 5 y los 11 años, las cifras son del 18.4% con obesidad y 12.0% con sobrepeso. En adolescentes, el 35.1% presentan sobrepeso y obesidad. Respecto a la desnutrición en menores de 5 años; entre el 12.9% presenta baja talla, 2.7% bajo peso y 1.1% emaciación, mientras que el 2.5% de adolescentes presentan anemia.

(62).

## ***Capítulo 2. Autoeficacia***

En este capítulo se abordará el concepto de Autoeficacia (AE) para la Alimentación y para la Actividad Física, entendida la AE como un constructo psicológico que está relacionado con el cuidado y mantenimiento de la salud se incluyen los modelos teóricos que la explican, las formas de evaluación y los estudios llevados a cabo con este constructo.

### ***2.1. Definición***

La AE está relacionada con conductas favorables para el cuidado y mantenimiento de la salud, e influye en la respuesta emocional de una persona con relación a su percepción de bienestar, vitalidad y actitud ante el cambio de conductas de salud (18).

El concepto de AE fue introducido por Bandura en 1977 y es definida como los juicios que hace cada individuo sobre sus capacidades, bajo las cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado (63–65), la AE es un aspecto central de la Teoría Social Cognitiva y alude a la creencia de la persona acerca de las condiciones o habilidades que posee para realizar una conducta(66), y sobre qué tan eficaz puede ser al afrontar situaciones estresantes (67).

Para Bandura, la conducta humana es el resultado de la interacción entre este autosistema y las fuentes de influencias externas y ambientales, el individuo opera dentro de las influencias socioculturales; así mismo, considera que la capacidad humana de auto-referencia del pensamiento permite a las personas evaluar y alterar su pensamiento y conducta, dichas evaluaciones incluyen percepciones de AE, en este sentido, la AE se refiere a las autoevaluaciones que hace el individuo sobre lo que se cree capaz de hacer (68).

Las bases de la AE propuestas por Bandura, son establecidas a partir de una triada de causación recíproca (69):

- Determinantes personales en forma de cogniciones, emociones y factores biológicos
- La conducta
- Influencias ambientales

De acuerdo con Bandura, los niveles de AE pueden aumentar o reducir la motivación, por ejemplo, las personas con alta AE eligen desempeñar tareas más desafiantes, colocándose metas y objetivos más altos, una vez que se ha iniciado un curso de acción, las personas con alta autoeficacia invierten más esfuerzo, son más persistentes y mantienen mayor compromiso con sus metas frente a las dificultades, en comparación a los que tienen menor autoeficacia (69).

Las creencias de AE influyen en las personas en su modo de pensar, sentir, motivarse y actuar (70). Cuando una persona se encuentra motivada aprende conductas específicas para alcanzar logros o metas, aunque es necesario que se sienta capaz de utilizar sus habilidades y capacidades personales (71).

Por otro lado, existe relación entre un nivel bajo de AE y la presencia de síntomas de depresión, ansiedad y estados de desamparo, por consiguiente, el sistema de creencias de eficacia no es un rasgo global, sino un grupo de autocreencias ligadas a ámbitos de funcionamiento diferenciado (72).

Es importante tener en cuenta que la AE es diferente al locus de control, la AE percibida es un juicio de autovaloración y el locus de control es la creencia acerca de las contingencias de resultados determinados por nuestras acciones o por fuerzas fuera de nuestro control, por ejemplo, un alto locus de control no asegura sentido de poderío y bienestar (70).

## ***2.2. Teorías y Modelos que explican la Autoeficacia***

### ***2.2.1. Teoría Social-Cognitiva***

En la Teoría Social Cognitiva, la motivación humana y la conducta están regulados por el pensamiento e involucran tres tipos de expectativas (73):

- a) De la situación: las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal
- b) De resultado: las creencias de que una conducta producirá determinados resultados
- c) De autoeficacia, que se refiere a la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados.

Cabe señalar que existe gran una diferencia entre contar con habilidades para realizar algo y tener la seguridad de los propios recursos para responder eficazmente a las situaciones demandantes o amenazantes (74–76).

Al respecto, las creencias pueden clasificarse en tres dimensiones: generalidad, fortaleza y nivel. En la generalidad, las personas logran juzgarse eficaces en varias actividades de acuerdo con distintos tipos de actividades, así como en cuanto a las modalidades en las que se expresan las capacidades; conductuales, cognitivas o afectivas, las variaciones situacionales y los tipos de individuos hacia los cuales se dirige el comportamiento. Dentro de la gama de creencias de eficacia algunas son más importantes que otras; sin embargo, las creencias fundamentales son aquellas a partir de las cuales las personas estructuran su vida (72).

La fortaleza se refiere a que las personas con creencias de eficacia débiles son más vulnerables a refutarlas al experimentar experiencias desagradables, mientras que las personas con creencias firmes en sus capacidades son perseverantes, no declinan ante situaciones adversas, se esfuerzan frente a las dificultades y los obstáculos. El nivel, se refiere al número de actividades que las personas se creen capaces de realizar por encima de un valor seleccionado de la fortaleza de autoeficacia (72).

Las creencias de eficacia influyen en los pensamientos de las personas (autoestimulantes y autodesvalorizantes), en su grado de optimismo o pesimismo, en los cursos de acción que ellas eligen para lograr las metas que se plantean para sí mismas y en su compromiso con estas metas (72); tienen efecto a través del impacto en el desarrollo cognoscitivo, la motivación y los procesos afectivos, la selección de actividades y entorno en el que las desarrolle el sujeto; de esta manera juegan un papel importante en la adquisición y regulación de estilos de conducta, así las personas pueden realizar acciones o perseverar en ellas con mayor efectividad, siendo la eficacia percibida, el fundamento de la acción humana (64).

Las expectativas de resultado son definidas por Bandura como la creencia de que un determinado comportamiento producirá un resultado. Estas expectativas son cogniciones específicas y cambiantes formadas con los logros y fracasos del pasado e influyen en las emociones, los pensamientos y las acciones (70).

### 2.2.2. *Modelo Transteórico del Cambio en el Comportamiento*

El Modelo Transteórico del Cambio en el Comportamiento desarrollado por DiClemente, Prochaska y Norcross (77), propone una secuencia de cinco etapas de cambio en el comportamiento de salud (78):

- a) **Precontemplación:** en esta etapa la persona no tiene ninguna intención de hacer un cambio en su conducta en el futuro inmediato, y poseen muy poca información sobre su problema.
- b) **Contemplación:** la persona es consciente que tiene un problema y piensa en hacer un cambio. Para ello, conoce las ventajas y desventajas de su comportamiento y tiene la intención de modificar su conducta, sin embargo, aún no existe un compromiso para actuar ante dicho cambio.
- c) **Determinación o preparación:** en esta etapa la persona se propone realizar un cambio en su conducta dentro del próximo, esto implica hacer algunos cambios o intentos fallidos sin adoptar una acción clara ante el problema.
- d) **Actuación o acción:** la persona realiza cambios en su conducta que pueden ser observados, y existe compromiso e involucramiento de la persona en esos cambios.
- e) **Mantenimiento:** en esta fase la persona continua con el cambio evalúa riesgos y ganancias de dicho cambio y trabaja en el autocontrol y la autoconfianza para evitar recaídas.

Estos procesos de cambio implican el uso de estrategias cognitivas, afectivas y comportamentales. El Modelo incluye a la AE como un determinante de la conducta durante el cambio, pues ha demostrado que, al aumentar dicha autoeficacia, los niveles de tentación disminuyen (79). Las tentaciones son un conjunto de situaciones internas y externas que pueden incrementar la probabilidad de que la persona realice o no un comportamiento saludable. Por ello, es necesario que realice un balance decisional sobre los costos y beneficios de llevar a cabo dicha conducta. En este proceso la motivación del individuo no es lineal, sino que puede presentar mayor motivación en alguna etapa o retroceder a otra con menor motivación (78).

### *2.2.3. Modelo Procesual de Acción en Salud (Health Action Process Approach HAPA)*

El Modelo Procesual de Acción en Salud analiza los niveles de AE en relación con el desarrollo de una conducta saludable, a través de procesos motivacionales que determinan la intención del cambio, la planificación del cambio y el control de la acción (66):

- a) Fase motivacional: la persona desarrolla una intención para actuar (autoeficacia percibida o prevolitiva), la percepción de riesgo la lleva a contemplar y elaborar pensamientos sobre las consecuencias y sobre las propias competencias, posteriormente las expectativas de resultado la llevan a tomar una decisión sobre adoptar un comportamiento, puesto que se analizan los pros y contras de dicho comportamiento (80).
- b) Fase de planificación: esta es una fase de preparación para el cambio (78), se planifican acciones ante situaciones específicas sobre cuándo y dónde se realizará la conducta y sobre cómo aplicar el comportamiento previsto (81).
- c) Fase volitiva o de control de la acción: se involucra en esta fase el inicio, mantenimiento, recaídas y la recuperación de la acción (66). La AE percibida en el mantenimiento o autoeficacia percibida en el afrontamiento es la creencia optimista en las propias capacidades para afrontar los problemas que surgen en el mantenimiento del comportamiento. La AE percibida en la recuperación de recaídas está relacionada con la propia convicción de recuperarse de las recaídas al ejecutar un comportamiento, retomando el control de la situación y minimizando los riesgos de la recaída (80).

En este Modelo la AE es el principal proceso psicológico en el desarrollo de las fases, adoptando diferentes características en cada una de ellas (66), por lo que resulta de mayor importancia su funcionalidad en comparación con su temporalidad (80).

### ***2.3. Autoeficacia para la Alimentación***

Como se mencionó anteriormente, la alimentación es la manera de proporcionar al cuerpo las sustancias necesarias para mantener la salud y la vida. Una alimentación saludable aporta todos los nutrientes esenciales y la energía necesaria para que una persona se mantenga sana,

siendo necesario consumir varios alimentos de forma equilibrada, para satisfacer las necesidades nutritivas de un correcto crecimiento y desarrollo de las capacidades físicas e intelectuales (27).

La percepción de AE incrementa la probabilidad de que los individuos modifiquen hábitos nocivos o bien, mantengan hábitos saludables (82) como la alimentación. Algunos estudios (83,84) reportan la importancia de la AE como una variable predictora de comportamientos saludables, control de peso, y control nutricio, encontrándose relevancia también en la reducción de trastornos relacionados con la alimentación.

La AE afín con la alimentación es definida como la capacidad que tiene una persona para disminuir el consumo de alimentos altos en calorías, evitar alimentos dulces y comer alimentos saludables (19).

Entre los objetivos del control de peso (CP), está la regulación de la ingesta, por lo que el control que tiene la persona de sí misma en relación a la ingesta de alimentos será un elemento del cual dependerá el éxito del CP (85).

#### ***2.4. Estudios sobre la Autoeficacia para la Alimentación***

Algunas investigaciones han mostrado que la AE actúa sobre las conductas de la ingesta, permitiendo la modificación en los hábitos de alimentación para que la persona sea capaz de seleccionar alimentos con bajo contenido calórico y moderar el consumo de alimentos durante el día (86–88).

Gillespie encontró que los niveles más altos de AE en 425 adolescentes rurales de Carolina del Norte y Kentucky, están asociados con un mayor consumo de fruta, y mejor selección de alimentos y bebidas azucaradas. También se encontró que los participantes con altos niveles de AE mostraron una capacidad estadísticamente significativa para consumir vegetales (89)

Otro estudio realizado en N=340 adolescentes, no encontró diferencias estadísticamente significativas asociadas al género en la AE relacionada con la ingesta alimentaria y la capacidad para modificar y mejorar la propia dieta, sin embargo, sugiere que las estrategias para modificar la autoeficacia deben mejorarse, ya que está fuertemente relacionada con patrones de alimentación saludable (84).

Gómez-Peresmitré, Platas y Pineda implementaron un programa de AE para incrementar hábitos y conductas saludables en escolares mexicanos, se encontró que la AE para elegir alimentos saludables mejoró significativamente en las niñas, mostrando además una disminución en la autoeficacia hacia el comer (90).

### **2.5. Formas de Evaluación de la Autoeficacia para la Alimentación**

Entre los instrumentos internacionales diseñados para la evaluación de la autoeficacia en relación con la conducta alimentaria se encuentran la *Eating Self-Efficacy Scale (ESES)* compuesta por 25 ítems y dos factores; uno concerniente con la alimentación al experimentar afecto negativo y otro en relación la alimentación en circunstancias sociales aceptadas (91); el *Weight Efficacy Life-Style Questionnaire (WEL)* con 20 ítems que evalúa la confianza para resistirse a comer en situaciones diferentes; la *Healthy Eating and Weight Self-Efficacy Scale (HEWSE)* compuesta por 11 ítems, con dos factores: alimentación saludable y peso saludable (92).

En México, para evaluar la autoeficacia de manera general se encuentra la Escala de Autoeficacia General (EAG) utilizada para comparar población mexicana y española, con el objetivo de valorar la confianza global de las personas para enfrentarse a situaciones estresantes (93). También se tiene la *Escala de Autoeficacia de la Conducta Alimentaria*, aplicada a población entre 14 y 74 años de edad, está conformada por 21 ítems con opciones de respuesta que van de 1 a 10, y compuesta por cuatro factores: 1) Alimentos con alto contenido en grasas; 2) Alimentos que contienen frutas y verduras; 3) Alimentos que contienen dulce, y 4) Bebidas (19).

Para evaluar la Autoeficacia para el Control de Peso en niños de enseñanza básica se encuentra el *Instrumento de Autoeficacia para la Prevención de Obesidad en Niños*, consta de 25 ítems distribuidos en cuatro factores; autoeficacia hacia la actividad física, autoeficacia para evitar alimentos con bajo aporte nutricional, autoeficacia para la elección de elementos saludables y autoeficacia para el control del comer emocional (94). El *Instrumento de Autoeficacia para Realizar Conductas Saludables en Niños Mexicanos Sanos (AeRACS)* conformado por 49 ítems y dividido en dos factores: actividades de protección a la salud y actividades de independencia (95).

Para adolescentes, existe una adaptación del *Inventario de Autoeficacia para el Control de Peso para Hombres* (AP-CP por sus siglas en la versión original), dentro de los factores que evalúa se encuentran el control de peso y la ingesta alimentaria y la voluntad para controlar la ingesta alimentaria, también existe la versión para mujeres (AP-CP para mujeres) entre los factores se encuentran la evitación de ingesta de alimentos no saludables e ingesta alimentaria (35).

### **2.6. Autoeficacia para Actividad Física**

El ejercicio físico (EF) es toda actividad física (AF) planeada, estructurada y repetitiva realizada con el propósito de estar en forma o mejorar y mantener uno o más componentes de la condición física (96). Realizar esta actividad, reduce el riesgo de desarrollar enfermedad coronaria, hipertensión arterial, obesidad y diabetes, entre otros. En niños y adolescentes, la falta de ejercicio físico es un factor de riesgo para desarrollar en la vida adulta las enfermedades mencionadas (35).

Para lograr el éxito de cualquier estrategia de CP es necesaria la responsabilidad individual, ya que los resultados en gran medida dependen del control alcanzado por la persona y de la permanencia del cambio en el estilo de vida, en donde el control de la ingesta alimentaria y el mantenimiento de un adecuado gasto calórico mediante la práctica regular de AF son actividades sustanciales (35).

La AE constituye un factor importante para predecir tanto el éxito de tratamientos dirigidos al CP, como el mantenimiento de las pérdidas de peso alcanzadas (95). Se ha asociado a la AE con la AF, pues esta variable actúa como un predictor importante de los niveles de EF, así las personas con una alta AE son efectivamente más activos (19,20).

### **2.7. Estudios sobre la Autoeficacia para la Actividad Física**

Acevedo y Ávila encontraron relaciones significativas entre la AE y la AF en niños en edad escolar (64). También se ha observado que la AE funciona como mediadora entre las intenciones iniciales de realizar ejercicio y la AF realizada posteriormente, pues las personas con mayores niveles de AF se comprometen con mayor frecuencia a realizar un programa regular de actividad física en comparación con aquellos con más bajos niveles de autoeficacia (65).

Hernández y colaboradores estudiaron la asociación entre la “autoeficacia motriz” (definida como una sensación de competencia y control ante la persistencia de tareas motrices) y la frecuencia de la AF en niños escolares. Los resultados reportaron que cuando la valoración de la autoeficacia motriz es menor, el grado de satisfacción con las clases de educación física y con el profesor también es menor. Ante esos resultados, sugieren promover en las escuelas el desarrollo de actividades atractivas y saludables (97).

En cuanto a las diferencias entre sexos en la AE y la AF, quienes se perciben con mayor AE para la realización de ejercicio son los hombres, especialmente en factores emocionales, pues se perciben con mayor confianza para realizar ejercicio aun estando tristes, teniendo otras cosas importantes por hacer o ante algún padecimiento físico (98).

### **2.8. Formas de Evaluación de la Autoeficacia para Actividad Física**

La *Escala de Autoeficacia hacia la Actividad Física en Niños de Edad Escolar* contiene tres factores: búsqueda de alternativas positivas hacia la AF, capacidad para enfrentar posibles barreras para llevarla a cabo y expectativas de habilidad o competencia; una limitante de este instrumento es la escala dicotómica (sí o no), por lo que tal restricción en la variabilidad de las respuestas puede llegar a dificultar la detección de la relación entre la autoeficacia y la actividad física (95).

La *Escala de Autoeficacia para Realizar Conductas Saludables en Niños Sanos* mide actividades de protección a la salud y actividades de independencia en menores de seis a doce años (99).

Otros instrumentos para evaluar la autoeficacia son las *Escalas de Autoeficacia General* (100), *de Regularidad del Ejercicio* (101) y la *Escala de Autoeficacia para Ejercicio* (102), para evaluar la conducta alimentaria y autoeficacia se diseñó la *Escala de Autoeficacia* (103) y el *Cuestionario de Estilo de Vida, Autoeficacia y Peso* (104), adaptados al castellano (105,106), sin embargo, estas Escalas aún presentan algunas lagunas en relación a la evaluación de la autoeficacia para el control de peso y la actividad física (107).

La *Escala de Autoeficacia para la Actividad Física* está compuesta por tres factores: a) Autoeficacia para la realización de ejercicio físico programado 3 o más veces por semana durante al menos 20 minutos con un total de veintitrés barreras (por ejemplo, aunque haga mal tiempo); b) Autoeficacia para realizar actividad física en la vida diaria donde se

consideraron un total de trece barreras (por ejemplo aunque me encuentre cansado/a); y c) Autoeficacia para caminar diariamente, donde se identificó como barrera el tiempo dedicado a caminar todos los días en tres ítems 60, 90 y 120 minutos, integrada por 39 ítems y la escala es tipo Likert que va de 0 (nada capaz) a 10 (muy capaz) (108).

El *Inventario de Autoeficacia Percibida para Control de Peso* es un indicador óptimo de la autoeficacia para la actividad física y la ingesta de alimentos en adolescentes, lo cual es importante para desarrollar programas cuyo objetivo sea fomentar dichas conductas en el mencionado grupo de edad y asimismo para ser considerados como elementos básicos en los programas conductuales para el tratamiento de la obesidad (107).

La versión adaptada y validada del *Inventario de Autoeficacia Percibida para Control de Peso (AP-CP)* en población escolar mexicana de 10 a 16 años, tiene como principales objetivos prevenir estilos de vida no saludables como el sedentarismo y las conductas alimentarias de riesgo, así como crear y promover hábitos saludables. Este Inventario consta de 37 ítems tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, que van desde “No puedo hacerlo” (1) hasta “Seguro que puedo hacerlo” (4), donde una puntuación alta se interpreta como alta autoeficacia; este inventario tiene la finalidad de explorar las expectativas de autoeficacia para control del peso y de actividad física en ambos sexos y sus resultados pueden considerarse para el desarrollo de programas preventivos y de tratamiento de la obesidad, en las primeras etapas de vida (107).

Por lo anterior, el éxito en el tratamiento para el control de peso debe ser considerado como un proceso continuo con resultados positivos en la calidad de vida, al integrar activamente el ejercicio y un cambio en los hábitos de alimentación, la AE tiene un papel fundamental para el desarrollo de estas conductas (109). Para ello, es importante considerar la mejora del estado de ánimo y la AE de las personas con un trastorno en la alimentación (110), lo cual se abordará en el siguiente capítulo sobre el Afecto Negativo y Positivo y su relación con las Conductas Alimentarias Saludables.

### ***Capítulo 3. Afecto Positivo y Negativo***

La emoción es un proceso básico afectivo que incorpora factores psicológicos, fisiológicos y sociales (111), y se ha encontrado que tiene una relación con los trastornos en la alimentación, por eso este capítulo está centrado en la conceptualización del Afecto Positivo y Negativo, los modelos teóricos que los explican, los estudios realizados y las formas de evaluación.

#### ***3.1. Definición***

El término “afecto” es utilizado para referirse a aquello que es emocional, es decir, formas específicas de afecto como los sentimientos, preferencias, emociones, humor y rasgos afectivos (112). Los afectos son construcciones psicosociales que incluyen emociones, reacciones momentáneas, manifestaciones neurovegetativas y expresiones socialmente codificadas (113). El afecto se clasifica en positivo y negativo, como dos dimensiones independientes, no correlacionadas (114).

#### ***3.2. Formas de clasificación***

##### ***3.2.1 Afecto Positivo***

El afecto positivo (AP) está relacionado con el experimentar emociones favorables, las cuales están acompañadas de una sensación de bienestar personal y social, las personas con este tipo de afecto presentan sensación de energía, entusiasmo y un compromiso agradable con el entorno; sin embargo, un bajo nivel de afecto positivo refleja fatiga, cansancio mental y físico (115). El AP durante la adolescencia puede generar experiencias positivas y sanas en la vida adulta (21).

##### ***3.2.2. Afecto Negativo***

En el afecto negativo (AN) se experimentan emociones desfavorables, siendo un factor de distrés subjetivo caracterizado por la presencia de estados de ansiedad, miedo, hostilidad y disgusto (115). El alto AN implica también irritabilidad y podría variar la forma en que se percibe el mundo, aumentando la percepción de amenazas y castigos, este afecto y el estrés crónico podrían facilitar recíprocamente una cognición negativa (116).

Durante la adolescencia se pueden experimentar algunas afecciones como depresión, ansiedad y estrés. La depresión en el adolescente se observa asociada con infelicidad, sensación de vacío, pesimismo, desesperanza, culpa e impotencia, así como pérdida de

energía, agotamiento y dificultad para dormir (21). Además de manifestar un estado de ánimo bajo acompañado de sentimientos de infelicidad, desánimo, tristeza y llanto (117). La presencia de un alto AN también se ha relacionado con problemas y quejas somáticas, así como apreciación negativa e insatisfacción con sí mismo y con los otros (118).

### **3.3. Conceptos asociados**

#### *3.3.1. Emociones*

Las emociones son definidas como las respuestas biopsicosociales complejas, breves y precisas que experimenta una persona ante un estímulo o situación específica (119). Una emoción suele ser intensa y su duración no es muy larga (120), tienen al menos tres sistemas de respuesta; cognitivo/subjetivo; conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo (121).

Las emociones pueden ser de dos tipos: 1) Emociones positivas, las cuales están asociadas con una respuesta de placer o bienestar, una reacción adaptativa que genera experiencias positivas y mayores opciones de respuesta a los problemas, y 2) Emociones positivas negativas, relacionadas con una reacción de malestar que genera opciones de respuesta limitadas acompañadas de pensamientos negativos (119).

Las emociones tienen principalmente tres funciones en el individuo: 1) Adaptativa, la cual prepara al organismo para que ejecute eficazmente la conducta requerida por las condiciones del ambiente; 2) Social, que proporciona la aparición de conductas apropiadas, ya sea facilitando la interacción social o inhibiendo reacciones emocionales que podrían alterar las relaciones sociales y 3) Motivacional, la cual tienen dirección e intensidad, pues facilita el acercamiento o evitación del objeto de la conducta motivada (121).

Las personas que pueden manejar sus emociones presentan menores emociones negativas y facilitan las emociones positivas, pueden percibir, comprender y regular su estado emocional y entienden sentimientos y emociones de otras personas (115).

En los niños, experimentar emociones positivas puede generarles mayor flexibilidad cognitiva para resolver problemas, mayor conocimiento de sí mismos, así como de las situaciones que enfrenta. En los adolescentes, brinda mayor resistencia a los problemas y mayores competencias sociales para afrontarlos (119).

### 3.3.2. *Sentimientos*

Los sentimientos son estados afectivos relativamente duraderos, pero que pueden ser modificables a través del tiempo (122). Estos pueden ser entendidos como una sensación o un componente sensorial de la experiencia o como un estado mental compuesto por elementos afectivos, cognitivos y motivacionales. Ante la presencia de una emoción específica a un objeto intencional, la emoción tiene una duración prolongada y una disposición ante el objeto intencional. Así, los sentimientos se asocian con los objetos intencionales en donde la emoción y la presencia de pensamientos y recuerdos generan creencias sobre los propios sentimientos (123).

### **3.4. Modelos Teóricos que explican el Afecto Positivo y Negativo**

El afecto es un aspecto central de la experiencia humana y juega un papel importante en la conducta y la cognición humana (124). Diferentes modelos han sido desarrollados para explicar el AP y el AN, algunos de ellos son los siguientes:

#### *3.4.1. Modelo Tripartito sobre el Afecto Positivo y Negativo, la Depresión y la Ansiedad*

Este Modelo desarrollado por Clark y Watson, sugiere que la afectividad positiva y la negativa no están entrelazadas, sino que están separadas y pueden existir y funcionar de modo independiente. Lo anterior, se ha implicado en los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, donde los autores establecen que la depresión "pura" se caracteriza por presentar baja afectividad positiva y alta afectividad negativa. Contrariamente, la ansiedad "pura" se caracteriza por la presencia de elevada hiperactivación fisiológica y alta afectividad negativa, pero ambas poseen un componente común: el afecto negativo(125).

El Modelo propone tres componentes: AN (presente en la depresión y ansiedad), AP (presente en la depresión), y la ansiedad; denominada activación fisiológica (126).

El AN, se caracteriza por estados aversivos como estar angustiado, enojado, temeroso, triste, preocupado, autocrítico, con quejas de salud, insomnio, baja concentración, inquietud, culpabilidad y tendencia a tener una visión negativa de uno mismo, la dimensión opuesta son estados de calma, relajación y tranquilidad. El AP, se caracteriza por tener

energía, actividad, entusiasmo por la vida, relación agradable con el ambiente, seguridad en uno mismo, bienestar, sentimientos de afiliación, dominancia social y aventura, pero la ausencia de este afecto provoca fatiga, bajos niveles de confianza y de asertividad, languidez, falta de interés por las cosas, sentimientos de que nada divierte, entre otros. La activación fisiológica se relaciona con manifestaciones de tensión y activación somática como respiración entrecortada, vértigo o mareos, boca seca, temblores, etc (126).

#### *3.4.2. Modelo Dinámico del Afecto (DMA)*

Para este Modelo, los afectos están estrechamente vinculados con el entorno, por lo que las personas procesan información sobre ese entorno y sobre sus reacciones (emociones) a ese entorno. Bajo esta premisa, el Modelo predice que, bajo situaciones de elevado estrés, el AP y el AN aparecen como una sola dimensión bipolar, los cuales están relacionados de forma inversa. Por el contrario, en situaciones de bajo nivel de estrés ambos afectos no se relacionan, por lo que se manifiestan como un modelo bidimensional unipolar (127).

Un nivel bajo de estrés permite un procesamiento complejo de información, pero eventos estresantes generan demandas en el organismo, aumentando la incertidumbre y la sensación de amenaza, lo cual reduce la atención y la capacidad de procesamiento (128), simplificando y acelerando el proceso de decisión y actuación(127).

#### *3.4.3. Modelo del Espacio Evaluativo (MES)*

Este Modelo fue propuesto por Cacioppo y Berntson, sostiene que los procesos evaluativos representan la integración de dos componentes separables y parcialmente distintos del sistema evaluativo; mientras que la positividad está en sintonía con el apetito y fomenta el enfoque, la negatividad está en sintonía con la amenaza y fomenta la evitación (129).

También proporciona una medida de positividad y negatividad de un solo elemento, y considera que cualquier estímulo dado provoca una respuesta afectiva en uno de los dos sistemas de afecto separados; positivo o negativo, esa respuesta a su vez está relacionada con uno de los dos sistemas de activación separados: 1) Un sistema de enfoque conductual y su afecto positivo antecedente o 2) Un sistema de evitación conductual y su afecto negativo antecedente(128).

### **3.5. Estudios sobre el Afecto Positivo y Negativo**

Esparza y Rodríguez encontraron que los trastornos más comunes entre los adolescentes son los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, encontrando que los sentimientos de tristeza, infelicidad y estrés pueden llevar al adolescente a ser incapaz de llevar a cabo actividades cotidianas (130).

Xavier, Cunha y Pinto, reportaron que los adolescentes que tienen poca o nula autocompasión presentan niveles más elevados de afecto negativo y mayores autolesiones, en comparación con aquellos que se perciben más compasivos. Así mismo, se halló que los sentimientos de amenaza y sumisión, los afectos negativos, el miedo a la compasión por uno mismo y el género, son factores que predicen significativamente la autolesión (131).

En un estudio realizado por Culbert y colaboradores, para evaluar la asociación entre el afecto negativo y los comportamientos de atracón/purga en mujeres con anorexia nerviosa, encontraron que las mujeres que presentaban niveles más altos de urgencia negativa tenían mayor frecuencia de atracones y purgas, que aquellas mujeres con baja urgencia negativa. De igual manera, mostraban sustancialmente niveles elevados de afecto negativo a lo largo del tiempo y por lo tanto, menor disminución de este afecto antes y después de los episodios de atracones y purgas (132).

Otro estudio realizado por Kitsantas, Gilligan y Kamata, en alumnas universitarias con un TAIA, en riesgo y sin trastorno, obtuvo como resultados que las estudiantes que fueron diagnosticadas recientemente con un TAIA tuvieron niveles más altos de afecto negativo en comparación con las estudiantes en riesgo, y las estudiantes en riesgo presentaron niveles más altos de este afecto en comparación con estudiantes sin un TAIA (133).

### **3.6. Formas de Evaluación del Afecto Positivo y Negativo**

A nivel internacional, el instrumento más utilizado para medir el afecto positivo y negativo es el *Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)* de Watson, Clark y Tellegen. Este instrumento fue desarrollado para población adulta, está conformado por 20 adjetivos; 10 miden el afecto positivo y 10 miden el afecto negativo (114). El *Positive and Negative Affect Schedule for Children (PANAS-C)* fue creado para evaluar a niños de nueve a 14 años, esta Escala consta de 27 adjetivos; 12 para medir afecto positivo y 15 para medir afecto negativo (134).

La adaptación de *Scales of Positive and Negative Affect for Children and Adolescents (PANASN)* para niños y adolescentes, fue validada en una muestra española de 12-17 años. Este instrumento cuenta con 20 ítems dividido en dos dimensiones; afecto positivo (10 ítems) y afecto negativo (10 ítems).

En México el *PANAS* ha sido validado por Robles y Páez con personas adultas de 18 a 60 años, consta de 20 reactivos formados por palabras que describen emociones y sentimientos: 10 reactivos evalúan el afecto positivo y 10 reactivos evalúan el afecto negativo (118). Moral validó la misma escala en parejas casadas procedentes de la Ciudad de Monterrey, esta Escala está conformada por 20 ítems divididos en dos factores: afecto positivo y afecto negativo (135).

González, López y Valdez evaluaron las propiedades psicométricas de las Escalas *PANAS* en niños de ambos sexos de 9 a 12 años, comprobando la estructura bidimensional, pero sugieren ampliar la muestra para realizar análisis factoriales confirmatorios (136).

Gómez-Peresmitré y otros, evaluaron las propiedades psicométricas de la *Escala de Afecto Negativo y Afecto Positivo (PANAS)* en adolescentes de secundaria de 11 a 15 años, obteniendo dos factores; afecto positivo conformado por 8 ítems y afecto negativo conformado por 10 ítems (137).

Debido a la relación encontrada entre el Afecto Negativo y Positivo con los trastornos de la alimentación, las atribuciones que hace el individuo sobre sí mismo están asociadas con estos afectos y pueden ser también un factor para el desarrollo de estos trastornos, por lo tanto, el siguiente capítulo explica el tema de autoatribución.

## ***Capítulo 4. Autoatribución***

El autoconcepto y las atribuciones están definidas en relación con características físicas, de personalidad y sociales (137,138), este capítulo por lo tanto explica la autoatribución, los conceptos asociados a este constructo, así como los modelos teóricos sobre los que se sustenta y las formas de evaluación.

### ***4.1. Definición***

La autoatribución es uno de los procesos sobre los que se constituye la propia imagen; son los atributos y las características que se incorporan son producto de la interacción social, que describe cómo nos percibimos a nosotros mismos, y es un componente fundamental del autoconcepto (23,139,140). Las experiencias vividas a través de los otros, los papeles y los comportamientos premiados o castigados, formarán la autoimagen y darán un significado a los atributos percibidos (141).

Desde la infancia y a partir de las interacciones sociales y las autoatribuciones o suposiciones que se hacen el individuo sobre cómo lo ven los otros, se moldea y construye el autoconcepto (142). El usar autoatribuciones ayuda a conocer a otros; ya que si la persona conoce sus características particulares (atractivo físico, inteligencia, habilidades sociales, habilidades por competencia, entre otros) podrá entender mejor los comentarios y reacciones por parte de otras personas (23).

### ***4.2. Conceptos asociados***

#### ***4.2.1. Autoestima***

La autoestima es la evaluación global que uno hace de su valía personal (143), a partir de este aprecio las personas pueden verse con orgullo o vergüenza y considerar que poseen valor o carecen de él, por lo que la autoestima es una parte fundamental para alcanzar un estado de plenitud y una plena expresión de sí mismo (144).

Las personas con una autoestima alta tienen un mayor control de sus impulsos, se auto refuerzan con frecuencia y refuerzan a otros, se auto afirman, buscan soluciones constructivas, son poco agresivos y muestran una actitud positiva hacia su propio cuerpo. En contraste, la baja autoestima se encuentra presente por ejemplo, en las personas

diagnosticadas con trastornos de la alimentación, incluida la inseguridad, falta de aprobación y de respeto hacia sí mismas(144).

#### *4.2.2. Autoconcepto*

El autoconcepto es la percepción cognitiva consciente y la evaluación que las personas realizan sobre sí mismas (145). Tiene una estrecha relación con la autoestima en donde el individuo se atribuye cualidades positivas, y éstas incrementen sus autoevaluaciones; así mismo, se asocian con un elevado afecto positivo y por tanto, con el bienestar mental; pero, si las cualidades de la persona son rebasadas por los defectos que se atribuye la autoestima disminuirá reforzando un afecto negativo (22).

Calero y Molina señalan ocho dominios específicos del autoconcepto: competencias académicas, aceptación social, competencias deportivas, apariencia física, comportamiento, atractivo amoroso, amistad íntima, y competencias laborales; los primeros cinco son desarrollados en la infancia intermedia, mientras que los últimos tres durante la etapa de la adolescencia. La influencia del desarrollo madurativo en la constitución del autoconcepto durante la adolescencia, depende del entorno social en el que se encuentran inmersos los adolescentes (146).

### ***4.3. Modelos que explican la Autoatribución***

Diferentes modelos han sido propuestos para explicar el origen de la autoatribución, entre los que se encuentran los siguientes:

#### *4.3.1. Teoría de la Atribución*

Esta Teoría propuesta por Heider, hace referencia al hecho de que una persona genera creencias acerca de su propio control y el que deberían tener las demás personas ante una determinada situación, lo cual genera ciertos estados emocionales. Las personas interpretan en la vida diaria las acciones de otras personas, previniendo y orientando su propia conducta de acuerdo con esas interpretaciones (147,148).

Bajo este supuesto, se tiende a atribuir la conducta de los demás a una de dos causas posibles: 1) Una interna, es decir, características y rasgos individuales, como la inteligencia, motivación, etc., y 2) Una externa; aquella otorgada por fuerzas situacionales, como la “suerte” o las acciones de otras personas (147).

#### *4.3.2. Modelo Motivacional de Weiner*

Este Modelo fue propuesto por Weiner, analiza la conducta de logro a través de las atribuciones causales percibidas como resultado de logros anteriores, es decir, el éxito está relacionado con cómo las personas han explicado sus éxitos anteriores. Concibe a las atribuciones como un modelo que va de las cogniciones a las emociones, para finalizar en la acción. Así, las cogniciones ante un determinado evento (atribuciones), generan una emoción específica, la cual deriva en una sensación que lleva a la persona a ejecutar una conducta (148,149).

#### *4.3.3. Modelo de Covariación de Kelley*

El Modelo de Covariación de Kelley, establece que las personas hacen inferencias causales para tratar de explicar el comportamiento de los demás personas. De esta manera, las atribuciones de las personas dependen de la percepción social y de la autopercepción. Bajo este modelo, las acciones de una personas son atribuidas a causas internas o externas (150).

La información que utiliza una persona para hacer atribuciones puede ser de tres tipos: 1) Información de consenso: es el grado en que otras personas se comportan de igual manera frente al mismo estímulo o situación, 2) Información de distintividad: cuando la conducta de la persona aparece ante un estímulo específico, y 3) Información de consistencia: cuando la persona responde siempre de la misma forma ante situaciones parecidas a lo largo del tiempo (150,151).

#### *4.3.4. Modelo Cognitivo de Anderson*

Algunos modelos cognitivos, como el de Anderson, indican que los sistemas de representación, integración y control de la información en el proceso de verbalización y ejecución son diferentes, por lo que la práctica debe unirlos. El saber y el hacer son dos acciones diferentes entre sí, dentro de estas se encuentra una disparidad de pensamiento que es consistente entre la conducta, en dicha controversia se encuentran factores o variables intermedias, que surgen como una respuesta adaptativa al medio social en las que el ser humano se encuentra, dentro de estas variables están los mecanismos de defensa, las estrategias de afrontamiento, la deseabilidad social, y los sesgos cognitivos en las que entran las autoatribuciones causales. Estas variables trabajan dentro de un sistema de autorrepresentación con valores y refuerzos sociales que se van internalizando(152-154).

El papel de las autotribuciones genera que el sujeto se considere capaz o no de realizar determinadas actividades, lo que a su vez produce que el autoconcepto se componga de autoatribuciones que en un inicio eran parte de los estereotipos culturales (155).

#### *4.3.5. Autoatribucion desde el Proceso de la Percepción*

La percepción como proceso está compuesta por varios estímulos, de acuerdo con Goldstein el proceso comienza con el reconocimiento, lo que implica la capacidad de situar objetos en categorías a las que se les asigna un significado. La influencia de los factores sociales y culturales recaen en la relación individuo-ambiente antes relacionada, y a su vez modifica la percepción que se tiene de otras personas, la formación de otras personas, y en el proceso de atribución(156). En este proceso se emiten juicios acerca de otras personas, en los que se establecen evaluaciones negativas o positivas que generan la aceptación o el rechazo de los otros (157).

Basado en el proceso antes mencionado, en la relación individuo-ambiente los mensajes recibidos por éste formulan juicios de autotribución, que influyen en las habilidades y herramientas que la persona puede utilizar para resolver una situación (158).

#### **4.4. Estudios sobre Autoatribución**

Mayer reportó que al autoatribuirse aspectos subjetivos como disciplinado o esforzado, se genera mayor probabilidad de que en el individuo se presente una imagen positiva de sí mismo, que cuando los atributos expresan conductas objetivas, como puntual o limpio (159).

Gairagarboil, encontró que el autoconcepto y la percepción del ambiente influyen en el balance emocional del individuo, ya sea positivamente (alta autoestima) o negativamente (baja autoestima), afectando de esta manera el comportamiento del adolescente. Así, un buen autoconcepto y una buena percepción del otro estimularán positivamente las emociones y favorecerán el balance emocional y el incremento de la autoestima en el adolescente, para que pueda identificar y analizar sus emociones, al igual que desarrollar empatía (160).

Ramos-Díaz, Rodríguez-Fernández y Antonio-Aguirre, realizaron un estudio a N=1250 estudiantes de Secundaria en España con el propósito de analizar la relación entre el autoconcepto y el bienestar subjetivo (satisfacción con la vida, afecto positivo y afecto negativo), obteniendo como resultado que los adolescentes con un autoconcepto alto se

encontraban más satisfechos con la vida y tenían un mayor afecto positivo que aquellos con un bajo concepto, en quienes se encontraron niveles altos de afecto negativo (161).

Crocker y colaboradores, señalaron que los incrementos y decrementos en la autoestima de los adolescentes dependerá de los éxitos o fracasos que experimenten en la vida, así como de las circunstancias en que se presenten (162)

#### ***4.5. Formas de Evaluación de la Autoatribución***

Para la medición de este constructo existen pocos instrumentos, González, Lizano y Gómez-Peresmitré elaboraron la *Escala de Autoatribución*, la cual consta de 33 ítems tipo Likert con cinco opciones de respuesta que se distribuyen desde la categoría de “nada” (1) a “demasiado” (5), agrupados en dos factores: atributos positivos y atributos negativos (163).

Gómez-Peresmitré y otros colaboradores, utilizaron la misma *Escala* antes descrita, para comparar transculturalmente la percepción de la relación materna positiva/negativa y la autoatribución, en una muestra de adolescentes españoles y mexicanos. El instrumento quedó constituido por 30 adjetivos; 17 positivos y 13 negativos, con opciones de respuesta tipo Likert que van de “muy en desacuerdo”, hasta “muy de acuerdo”(164).

Recientemente, con el propósito de adaptar la *Escala de Autoatribución* a una población de escolares adolescentes, se obtuvo el *Inventario de Autoatribución para Adolescentes de Secundaria* propuesto por Gómez-Peresmitré, Platas, Pineda, Rocha y Guzmán-Saldaña, conformado por 29 ítems, agrupados en dos factores; 17 ítems para autoatribución positiva y 12 ítems para autoatribución negativa (22).

A partir de lo mencionado, la modificación en las variables descritas en los capítulos anteriores requiere de la promoción de conductas saludables y de programas de intervención que generen estos cambios. En el capítulo siguiente, se describen intervenciones realizadas a nivel internacional y nacional para modificar estas variables, así como la propuesta del Programa Psicoeducativo para Promover Conductas Alimentarias Saludables en estudiantes de Secundaria.

## ***Capítulo 5. Promoción del Comportamiento Alimentario Saludable***

Las características actuales del consumo de alimentos representan un riesgo para el estado nutricional y en consecuencia para el estado de salud de la población, sobre todo en la infancia y en la adolescencia (165), pues como se explicó anteriormente, estas etapas de la vida son esenciales para prevenir enfermedades futuras, siendo la Promoción del Comportamiento Alimentario Saludable una pieza fundamental en la disminución de este riesgo en la población. Por ello, este capítulo describe la importancia de la Promoción del Comportamiento Alimentario Saludable, la importancia de la Psicoeducación, las intervenciones realizadas en torno a las variables de estudio y la propuesta de un Programa Psicoeducativo.

### ***5.1. Definición de Promoción de la Salud***

La Promoción de la Salud ha sido utilizada como estrategia para realizar diversos planteamientos relacionados con la formulación de políticas públicas saludables, intervenciones dirigidas a personas y comunidades, y para la realización de investigación en salud. Esta es una estrategia que permite la adquisición y desarrollo de aptitudes o habilidades personales que generan cambios en el comportamiento relacionado con la salud y el fomento de estilos de vida saludables, así como al mejoramiento de la calidad de vida de las personas, logrando una disminución en el coste económico del proceso salud-enfermedad (166).

La Promoción de la Salud es una estrategia establecida en la Carta de Ottawa, la cual es definida como el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla. Por lo que, propone la creación de ambientes y entornos saludables, los cuales faciliten la participación social, involucrando a la comunidad en la implantación de políticas (167).

La OMS define la Promoción de la Salud como el proceso de capacitar a la población para que aumente el control sobre su propia salud y la mejore. Siendo un aspecto fundamental de la salud la promoción de la misma, para crear una situación diferente que favorezca la salud del ser humano (168).

## ***5.2. Definición y Clasificación de Prevención***

A partir de la clasificación de la prevención de enfermedades físicas, la prevención se clasifica en tres dimensiones: la primera es la prevención primaria, que busca disminuir la incidencia o número de nuevos casos de un trastorno o enfermedad en la población (169), su importancia radica en el impacto de los costos físicos, emocionales y económicos (170), esta prevención se divide a su vez en tres tipos:

- Prevención universal, está dirigida a muestras comunitarias en las que el riesgo potencial no ha sido identificado, este tipo de prevención es importante ya que pretende disminuir los factores de riesgo e incrementar los factores de protección, fortaleciendo las defensas de los individuos contra los agentes causales, con la finalidad de disminuir la probabilidad de que se presente una enfermedad (171,172).
- Prevención selectiva, se dirige a individuos o subgrupos de la población, cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es significativamente superior al promedio, según evidencia comprobada por los factores de riesgo psicológicos o sociales (173).
- Prevención indicada, se dirige a personas en alto riesgo que son identificadas porque tienen signos mínimos pero detectables o indicadores que los predisponen para una enfermedad, pero no cumplen los criterios diagnósticos al momento de la evaluación (174).

La prevención secundaria busca disminuir la tasa de nuevos casos establecidos del trastorno en la población (prevalencia), para evitar la cronicidad y la aparición de secuelas; la prevención terciaria busca disminuir la incapacidad o deterioro asociado con un trastorno diagnosticado, procurando reducir el deterioro en el funcionamiento (secuelas) y el daño, recobrando la persona la posibilidad de su reintegración (171,172).

La prevención terciaria se enfoca en acciones relacionadas con la recuperación de la enfermedad clínicamente manifestada, a través del correcto diagnóstico, tratamiento y rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas, para reducir de este modo las mismas. Su atención se centra en patologías complejas que requieren de procedimientos especializados y de alta tecnología (167).

### **5.3. Psicoeducación**

La psicoeducación proporciona a la persona una comprensión teórica y práctica acerca de su enfermedad y los procesos implicados (175). Los programas psicoeducativos están basados en la información o educación sobre la enfermedad (sintomatología, etiología, entre otros) para que el paciente tenga una mejor comprensión de su comportamiento (176).

La psicoeducación está basada principalmente en el Modelo Médico Biopsicosocial de los trastornos mentales, este Modelo se sustenta en el marco de vulnerabilidad-estrés (la facilidad para tener un enfermedad, y si existen las condiciones biológicas, psicológicas y sociales para que aparezca), planteando una solución a los sucesos estresantes que se presenten en la vida del individuo (177).

Por lo tanto, esta estrategia brinda al paciente y a su familia una base teórica para que comprenda y afronte las consecuencias de la enfermedad, y permite que el paciente colabore activamente con el profesional de la salud. Así, el paciente logrará una reflexión más profunda y adecuada sobre su enfermedad. De igual manera, la psicoeducación se centra en la detección precoz de los síntomas de recaída, minimizando el riesgo de hospitalización (176).

La psicoeducación proporciona un mejor conocimiento del cuidado de su salud a los adolescentes (178) y se considera como un componente central en la intervención de estos trastornos, no solo les brinda información, además les permite modificar las cogniciones y conductas desadaptativas que mantienen en torno a la alimentación (179).

Las intervenciones psicoeducativas son sistemáticas y estructuradas; inician generalmente con conocimientos previos sobre la enfermedad y las experiencias previas del paciente. Posteriormente, comienza una fase de educación y aprendizaje, en donde se proporciona información detallada sobre el trastorno y las pautas para combatir las dificultades que se presenten durante la enfermedad, modificando ideas y conceptos erróneos que interfieren en el tratamiento (176).

La psicoeducación resulta ser una variable económica y efectiva, la cual aborda las necesidades del individuo desde una perspectiva preventiva. Su enfoque es educativo-preventivo y psicológico, lo cual ayuda a disminuir la vulnerabilidad ante la enfermedad y optimizar la calidad de vida (178).

#### ***5.4. Programas de Intervención para Favorecer Estilos de Vida Saludables***

Existen diversas intervenciones a nivel internacional para favorecer estilos de vida saludables en distintas poblaciones, las cuales incluyen diferentes los elementos que deben ser atendidos para obtener mejores resultados en la prevención de dichos estilos de vida.

##### *5.4.1 Programas Internacionales*

En un estudio para evaluar la efectividad de un programa de prevención para abordar imagen corporal y afecto positivo y negativo en N=368 niños de 8 a 12 años de cuatro escuelas diferentes. El Programa Active Children and Esteem Study—ACE Kids, consistió en ocho sesiones semanales de 40 minutos; los componentes del programa fueron diseñados para aumentar la actividad física, mejorar la autoimagen (autoestima y atributos positivos), impacto de las emociones (afecto positivo y negativo) y las relaciones entre pares. Al finalizar la intervención, el programa fue efectivo para reducir el nivel de afecto negativo de los participantes del grupo de intervención (180).

En un programa breve de prevención universal de TAIA basado en la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva e implementado a N=2,515 estudiantes, entre 14 a 17 años de 23 escuelas diferentes, con el objetivo de reducir el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios y promover factores protectores. El programa consideró tres sesiones durante dos semanas (sesión 1 en la primera semana, sesión 2 en la segunda semana y sesión 3 el día posterior a la sesión 2) de 90 minutos cada sesión. El grupo de intervención al finalizar el programa mostró un mayor aumento en el conocimiento de TA y seis meses después estos conocimientos se mantuvieron, también hubo disminución en el nivel de ansiedad (181).

La intervención “Healthy Weight” basada en la Teoría Conductual y la Nutrición, promueve técnicas para el control de peso, cambios en los hábitos de alimentación y AF, fue dirigida a mujeres adolescentes con CAR e insatisfacción corporal. El programa consistió en cuatro sesiones semanales de una hora cada una, los resultados indicaron disminución de CAR y de insatisfacción corporal en el grupo experimental, además se reportó una disminución en la práctica de dieta a los seis meses de seguimiento(182).

En el programa “New Moves” para mujeres estudiantes de bachillerato con y/o en riesgo de sobrepeso, basado en la Teoría Social Cognitiva para la promoción de cambios conductuales, se implementaron 16 sesiones, una diariamente cuyas temáticas abordadas fueron educación física moderada y actividades no competitivas, (182) autoempoderamiento bajo un enfoque “no dieta”, alimentación saludable, apoyo social. Los resultados indicaron que las estudiantes del grupo experimental presentaron mejor satisfacción corporal, menos CAR para el control de peso en comparación con el grupo control(183).

En un estudio realizado para comparar la eficacia a largo plazo de un programa preventivo basado en la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva y un programa preventivo psicoeducativo con el objetivo de reducir y eliminar factores de riesgo TAIA (conducta bulímica, dieta crónica y restringida e insatisfacción con la imagen corporal) en 43 mujeres adolescentes. El programa se desarrolló en ocho sesiones de 50 minutos cada una. Los resultados arrojaron que el grupo de adolescentes expuestas al tratamiento disonante redujo significativamente la insatisfacción con la imagen después de la intervención y muestra mayor eficacia a largo plazo en comparación con el programa psicoeducativo, también se encontró que ambos programas son efectivos para reducir conducta bulímica, dieta restringida, e insatisfacción con la imagen corporal (184).

El programa “Body Project/Dissonance Programs” creado para mujeres adolescentes de bachillerato en riesgo con insatisfacción corporal, se basó en la Teoría de Disonancia Cognitiva, aplicada en el ideal de belleza actual para promover cambios y actitudes sobre la pérdida de peso y la belleza, mediante ejercicios verbales y escritos. El programa estuvo conformado por cuatro sesiones semanales de una hora. Los resultados indicaron disminución en el grupo experimental sobre el ideal corporal delgado, la insatisfacción corporal, las dietas, afectos negativos y trastornos en el comportamiento de alimentación (185).

El programa Planet Health fue diseñado para prevenir obesidad en estudiantes de secundaria y ha sido evaluado en tres diferentes ensayos de investigación; el primero en un grupo de niños y niñas de secundaria comparándose con un grupo control, el segundo en un

análisis secundario del ensayo en un subconjunto de niñas y el tercero se centró en la evaluación de ambos. La intervención se basó en los principios básicos de la Teoría Social Cognitiva, para la promoción de cambios de comportamiento respecto al tiempo de ver televisión, actividad física y elección de alimentos. Los resultados indicaron efectos favorables en el IMC, trastornos en la alimentación y las conductas no saludables para el control de peso, así como menor predisposición al uso de diuréticos y purgas en comparación al grupo control, las mujeres reportaron menos conductas de riesgo después de dos años de intervención, no se reportaron cambios en estas conductas en los hombres (186–188).

El “Yager’s Untitled Program” fue diseñado para mujeres y hombres universitarios con riesgo, basado en la Teoría de Disonancia Cognitiva, con el objetivo de mejorar la educación en salud y educación física. Los grupos recibieron sesiones de psicoeducación sobre cambios en la adolescencia, estrategias para un peso saludable, autoestima, nutrición y prevención de suicidio. Los resultados indicaron que para las mujeres las intervenciones que incluyen un mayor número de elementos de disonancia cognitiva generan una disminución en la práctica de hábitos para una figura delgada, en trastornos de alimentación y en ejercicio excesivo. Los hombres del mismo grupo de intervención mejoraron su imagen corporal y sus hábitos hacia la musculatura (189).

El programa “Eating, Aesthetic Feminine Models and the Media” está basado también en la Teoría Social Cognitiva, fue aplicado en mujeres y hombres adolescentes, tiene dos versiones que fueron comparadas con un grupo control, una de ellas se trabajó sólo por medio de literatura sobre la crítica hacia las percepciones de la belleza transmitida por los medios, y la segunda versión incluyó la misma literatura sobre la belleza, además de una sesión sobre conocimientos y creencias en nutrición. Los resultados indicaron que la muestra en las dos versiones de intervención, presentaron menos trastornos en la alimentación y menor nivel de ideas corporales distorsionadas relacionadas con la influencia de los medios, en comparación al grupo control. No se encontraron diferencias significativas entre las dos versiones de intervención, sin embargo, se encontró mayor cambio en la práctica de dieta con el programa de literatura (190).

Un programa de prevención de trastornos alimentarios para evaluar sus efectos a través del seguimiento a largo plazo, fue llevado a cabo en mujeres estudiantes de secundaria que presentaban problemas con su imagen corporal, fueron asignadas al azar a una intervención basada en la Disonancia Cognoscitiva y a una situación de control. Las participantes expuestas a la intervención de disonancia mostraron disminuciones significativamente mayores en la insatisfacción corporal a los dos años de seguimiento y en los síntomas del trastorno alimentario en el seguimiento a los tres años en comparación con los controles (191).

El programa "Happy Being Me" es un breve programa preventivo aplicado a mujeres adolescentes de secundaria con la finalidad de incidir en la imagen corporal y en la autoestima, entre otros aspectos. El programa se centra en la reducción de la internalización del ideal de delgadez, la educación de las conversaciones sobre la apariencia y el énfasis en cualidades externas a la apariencia. Se reportó en el grupo de intervención significativamente más resultados positivos que el grupo de control sobre las variables conocimiento del tema, riesgo de factores para la insatisfacción corporal, cuerpo-imagen, restricción dietética y autoestima (192).

Un estudio realizado para evaluar el impacto de un programa dirigido a prevenir las alteraciones del comportamiento alimentario en mujeres estudiantes de secundaria, se basó en el Modelo Cognitivo Social y la alfabetización mediática educativa, se utilizaron dos grupos experimentales; en el primero se incluyeron dos componentes (componentes de nutrición y alfabetización mediática), mientras que en el otro grupo experimental se aplicó únicamente el componente alfabetización mediática. Los resultados arrojaron cambios estadísticamente significativos en los grupos de intervención en la reducción de las influencias del ideal de belleza (193).

El programa "In favor of myself" basado en la autoimagen, la imagen corporal y las actitudes alimentarias, se llevó a cabo en hombres y mujeres adolescentes, con el objetivo de promover el autocuidado, un "yo" más fuerte y una mejor inmunización para influencias externas dañinas. Al finalizar el programa se redujo significativamente el impulso de la

delgadez y la autoestima dependiendo de la aprobación de los demás, la brecha entre la figura actual del cuerpo y la figura ideal, así como el impacto del estado de ánimo en la autoimagen de las chicas (194).

El programa “Torera” se implementó en mujeres y hombres estudiantes de secundaria, abordando una amplia gama de problemas relacionados con la alimentación con temas como las preocupaciones por la comida, la actividad física, las auto-agresiones, aislamiento social, entre otros. Al finalizar el programa, los participantes en riesgo mostraron una mejoría significativa en el comportamiento alimentario y la autoestima corporal (195).

La intervención del programa “Children's Health Research Study” implementada con el propósito de promover una nutrición óptima en niños de primaria de ocho a 12 años incluyó; nutrición y estado físico, un programa después de la escuela de seis semanas de nutrición, actividad física educativa y actividades escolares. Al finalizar el programa, los niños en el grupo de intervención disminuyeron su IMC, aumentaron su ingesta dietética diaria de vegetales y frutas, de igual manera hubo un aumento en la autoeficacia para la elección de alimentos saludables y la participación de los padres aumentó significativamente en un 100% en el seguimiento de 12 meses (196).

La intervención “Health Kick (HK)” con una duración de tres años, fue implementada en escuelas públicas con niveles socioeconómicos bajos, con el propósito de evaluar el conocimiento y comportamiento nutricional, así como la autoeficacia dietética de niños y niñas estudiantes de primaria. Ocho escuelas fueron asignadas al grupo de intervención y 8 escuelas al grupo control, los componentes de la intervención incluyeron recursos de alimentación y nutrición, actividad física, y la participación de profesores y padres. Al finalizar el programa, hubo un aumento en los conocimientos nutricionales, así como un aumento en la autoeficacia dietética en el seguimiento, mientras que no hubo diferencias estadísticamente significativas para el comportamiento nutricional en ambos grupos (197).

#### 5.4.2. *Programas Nacionales*

El programa “Prevención de Actitudes y Conductas Alimentarias Alteradas”, tuvo como objetivo disminuir actitudes negativas hacia la figura y el peso (preocupación por la comida, insatisfacción corporal y motivación para adelgazar), conductas alimentarias de riesgo (evitación de alimentos engordantes, dieta restrictiva, atracón y conductas compensatorias), interiorización de modelos estético corporales y al aumento de autoestima. Se basó en prevención universal y fue implementado en estudiantes de primaria y secundaria, los cuales fueron asignados aleatoriamente a tres diferentes grupos: bajo en un enfoque cognitivo-conductual, apoyado en un enfoque didáctico, y grupo control. Los resultados de la intervención en estudiantes de primaria mostraron cambios favorables en insatisfacción corporal, motivación para adelgazar, evitación de alimentos engordantes, atracón, y conductas compensatorias. Los resultados en estudiantes de secundaria indicaron cambios favorables en insatisfacción corporal, atracón, conductas compensatorias, interiorización de modelos estéticos corporales. El grupo control presentó más conductas compensatorias en el seguimiento, en comparación con la pre-prueba. El programa cognitivo-conductual generó mayores cambios favorables en las actitudes hacia la figura y el peso, conductas alimentarias e interiorización de modelos estéticos corporales, en comparación al programa didáctico y el grupo control (198)

La intervención “Prevención de trastornos alimentarios: formación de audiencias críticas y psicoeducación”, implementada a mujeres adolescentes, asignadas de manera aleatoria a dos programas de prevención primaria de TAIA, se realizó con el propósito de disminuir o eliminar la insatisfacción corporal, preocupación por el peso y la comida, dieta restringida, conducta alimentaria compulsiva y efectos negativos de la influencia de la publicidad. Se asignaron tres grupos: audiencias críticas, psicoeducativo y control. Los resultados de la intervención arrojaron que la intervención aumentó la práctica de conductas alimentarias saludables, la preferencia de siluetas más gruesas y una reducción de insatisfacción corporal así como la reducción del nivel de influencia de la publicidad en los tres grupos, durante el seguimiento a tres meses fue el grupo de audiencias críticas quien reportó mayor nivel en la práctica de conductas alimentarias saludables, y el grupo psicoeducativo quien indicó mayor nivel en la recepción crítica en el seguimiento a los seis meses (199).

El programa “Prevención de trastornos de la conducta alimentaria: técnicas asertivas/habilidades sociales y psicoeducativas” cuyo objetivo fue disminuir o eliminar los factores de riesgo asociados a TAIA (deseo de silueta corporal delgada, seguimiento de dieta restringida, preocupación por el peso y la comida, conducta alimentaria compulsiva, insatisfacción con la imagen corporal y aumento de habilidades sociales) a corto y largo plazo, a través de dos programas; uno basado en entrenamiento en habilidades sociales (EHS) y otro en técnicas de información psicoeducativa: el grupo psicoeducativo presentó mayor número de participantes en riesgo con insatisfacción corporal, preocupación por el peso y la comida, conducta alimentaria compulsiva y nivel de HS, en comparación con el grupo de EHS. El grupo psicoeducativo presentó resultados más favorables en las variables de preocupación por el peso y la comida y nivel de HS, siendo esta variable la cual incrementó en los dos grupos experimentales, mientras que en el grupo control disminuyó (200).

En un estudio denominado “Intervención cognitivo-conductual en conductas alimentarias de riesgo” implementado a mujeres que presentaban CAR, las sesiones fueron impartidas por psicólogas y nutriólogas sobre características y consecuencias de los TA, factores de riesgo, expresión de sentimientos y orientación alimentaria. Al finalizar la intervención, los participantes disminuyeron significativamente la insatisfacción corporal, conducta alimentaria compulsiva, dieta crónica restrictiva, conciencia interoceptiva, ineficacia y autoestima negativa. Respecto al IMC, aumentó el número de participantes en peso normal, disminuyeron las participantes con sobrepeso y las personas con obesidad se mantuvieron. En el seguimiento a tres meses se mantuvo el cambio en insatisfacción corporal, conducta alimentaria compulsiva, dieta crónica restrictiva, ineficacia y autoestima negativa; se observó un cambio significativo en alteración corporal, que no había tenido cambios estadísticamente significativos en la medición pre y post intervención(201).

El programa “Psico-nutri-activate” con el objetivo de prevenir factores psicosociales asociados a actitudes y conductas alimentarias de riesgo en escolares asignados de manera aleatoria. Los resultados indicaron diferencias significativas favorables en la insatisfacción corporal, la motivación para adelgazar, la evitación de alimentos engordantes, también se encontraron diferencias significativas en las conductas compensatorias de la preprueba al

seguimiento, excepto en el grupo en fase de espera. El grupo experimental indicó una diferencia significativa del pre test al seguimiento en la Autoeficacia y en AF (202).

Una intervención en estudiantes de primaria y secundaria, basada en dos programas uno didáctico y uno cognitivo-conductual, se abordaron las temáticas de aumento de satisfacción corporal, asertividad, autoestima, estrategias de afrontamiento al estrés y conductas alimentarias saludables. Se observó que el programa basado en técnicas cognitivo-conductuales enfatizando la enseñanza de competencias y habilidades sociales, promovió más cambios en conductas y actitudes negativas relacionadas a la alimentación, en comparación con el programa didáctico enfocado en transmitir información únicamente, teniendo mayor impacto a nivel primaria (85).

Una intervención psicoeducativa basada en la prevención universal de corte cognitivo-conductual realizada con escolares en Hidalgo mostró ser efectiva para la modificación de factores psicosociales asociados a actitudes y conductas alimentarias no saludables, no hubo efecto de la interacción tiempo por grupo en la insatisfacción corporal ni en autoeficacia, los escolares que recibieron dicha intervención disminuyeron significativamente la preocupación por la comida, la motivación para adelgazar, la evitación de alimentos engordantes, las conductas compensatorias, la influencia de la publicidad sobre el Modelo Estético Corporal, la Actividad Física (AF) y Autoeficacia(203).

En un estudio para comparar dos programas: 1) realidad virtual reforzado (simulación tridimensional por computadora) y 2) psicoeducativo-interactivo para prevenir CAR, aplicado en mujeres estudiantes de secundaria, los resultados indicaron un cambio favorable significativo en la percepción y satisfacción de la figura corporal, preocupación por el peso y la comida, así como en dieta restringida, destacando que no hubo diferencias significativas entre los programas (204) .

### ***5.5. Programa Psicoeducativo para Incrementar Autoeficacia, Afecto Positivo y Autoatribución.***

El presente programa de prevención universal está basado en técnicas psicoeducativas y la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva para prevenir problemas de alimentación, abordando temas de alimentación saludable, alteraciones en la alimentación, autoeficacia para

alimentación saludable y actividad física, disminuir el afecto negativo e incrementar la autoatribución positiva.

#### *5.5.1. Propuesta del Programa de Intervención*

En el presente estudio se implementó un Programa de Psicoeducación en Autoeficacia, Afecto Positivo y Autoatribución para prevenir problemas de alimentación en estudiantes de secundaria, ajustado a un protocolo multicomponente, que busca empoderar al adolescente con las herramientas indispensables para realizar Conductas Alimentarias Saludables. Se promovió la adquisición de estilos saludables de alimentación y de actividad física, el desarrollo de habilidades como la Autoeficacia (reforzada con técnicas de disonancia cognoscitiva) para afrontar adecuadamente factores de riesgo de alteraciones en la alimentación, así como el manejo saludable del afecto negativo (estrés, ansiedad y depresión). Se combinaron las actividades psicoeducativas bajo el lema de “aprender haciendo” con actividades prácticas en grupo (exposiciones, talleres, carteles), y con el uso de estrategias a distancia (autodetección de factores de riesgo en TAIA) e individuales presenciales (sesiones de trabajo) con la instrumentación de estrategias socio-cognitivo-conductuales y psicosociales; es decir, el programa aportó educación, conocimiento y práctica sobre temas de salud (obesidad, conductas alimentarias saludables y de riesgo) para un manejo adecuado de los mismos.

El programa psicoeducativo consiste en tres sesiones de 50 minutos cada una: sesión 1; brindó información sobre el concepto de Autoeficacia, el uso correcto del plato del bien comer, la elección de alimentos saludables, medición de porciones e información sobre CAR, sesión 2; incluyó información sobre el uso del semáforo de alimentos para elaborar un lunch saludable, lectura de etiquetas nutricionales, la importancia de comer despacio, así como información sobre hambre emocional y fisiológica, y mitos y realidades de la imagen corporal, en la sesión 3; los participantes identificaron sus atributos positivos, se les brindó información sobre el Autoconcepto, la Autoatribución y su relación con el Afecto Positivo y Negativo, así como la realización de una práctica de Activación Física con ejercicios sencillos, reforzando en esta sesión la Autoeficacia para Alimentación Saludable y Actividad física.

Los contenidos del programa se reforzaron a partir del uso de manuales al final de cada sesión; 1) Recetario de desayunos, el cual contiene los temas abordados en la primera sesión con el objetivo de brindar herramientas para la elección de alimentos saludables a través de un recetario que incluya elementos del plato del bien comer y medición adecuada de porciones; 2) Manual de nutrición, que refuerza la información brindada en la sesión uno y la sesión dos sobre: comer saludable, consumo adecuado de agua, autoeficacia, preparación de lunch saludables, lectura de etiquetas y la importancia de comer despacio y; 3) Manual de ejercicios “mente sana, cuerpo sano”, que incluye una rutina de ejercicios diarios durante cuatro semanas con el propósito de brindar herramientas para la realización de actividad física.

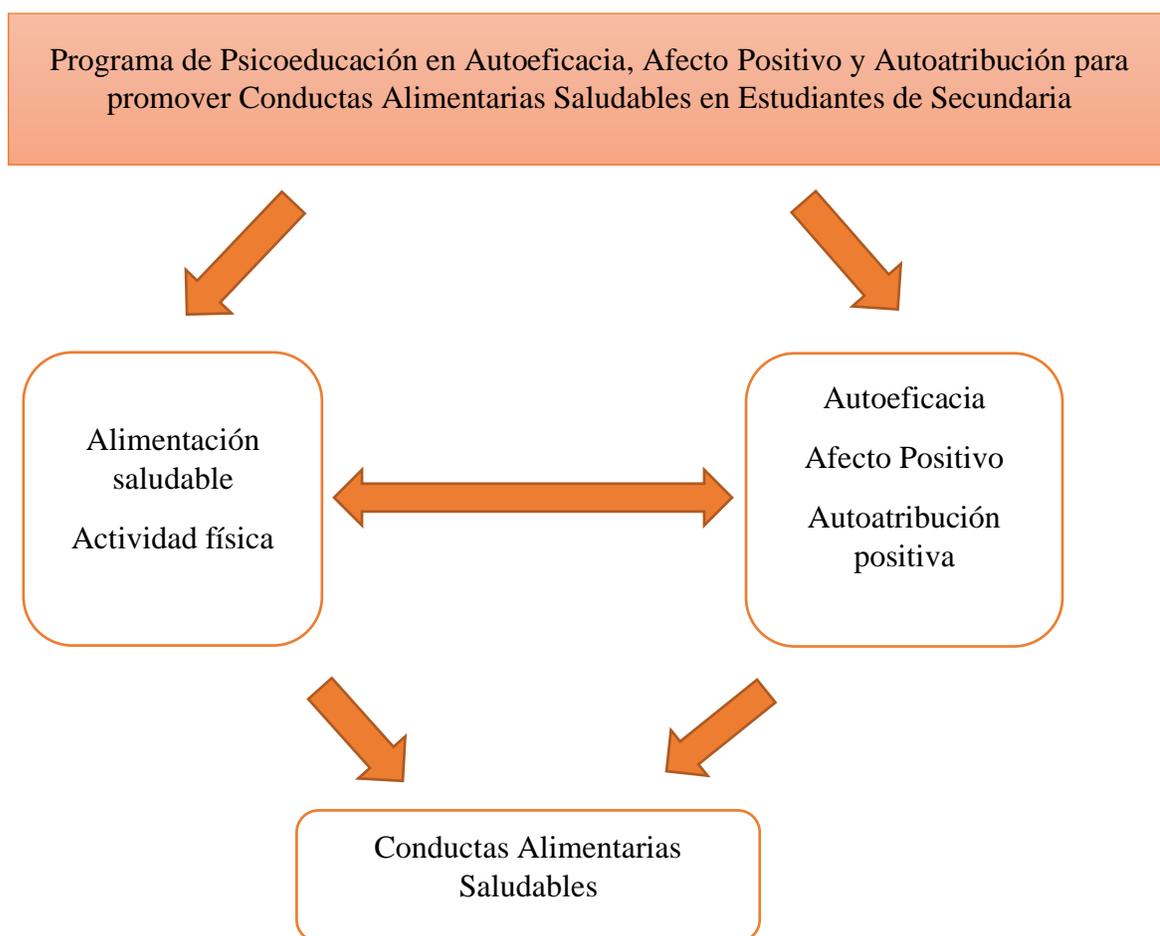


Figura 1. Elementos considerados en el Programa de Psicoeducación en Autoeficacia, Afecto Positivo y Autoatribución para Promover Conductas Alimentarias Saludables en Estudiantes de Secundaria (autoría propia).

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud, la nutrición óptima y el estilo de vida saludable durante la adolescencia son esenciales porque impactan en el bienestar general o en el riesgo de presentar enfermedades en el futuro (205). Durante esta etapa la figura corporal está sujeta a cambios y modificaciones que exigen una reestructuración continua de la imagen del propio cuerpo, lo cual puede incrementar la insatisfacción corporal o generar algún trastorno de la alimentación(31).

Muchos adolescentes se sienten presionados por ser más delgados de lo que se requiere para una buena salud, por lo que pueden someterse a elecciones nutricionales peligrosas que podrían convertirse en CAR o en un TAIA (206). En los últimos años las y los adolescentes presentan mayor incidencia de CAR las cuales van encaminadas a disminuir y controlar el peso corporal, ocasionando alteraciones en la alimentación que afectan su salud física y mental (207).

Las prácticas no saludables para controlar el peso están asociadas con efectos negativos físicos y psicológicos. Dentro de las consecuencias físicas se encuentra el retraso en el crecimiento y la desnutrición. Respecto a las consecuencias psicológicas la bulimia nerviosa (BN) y la anorexia nerviosa (AN) son parte de ellas, así como una menor autoestima en los adolescentes (208,209). En el otro extremo se encuentra la obesidad, que tiene consecuencias desfavorables para la salud en las etapas iniciales de vida, debido a que aumenta el riesgo de padecer asma, diabetes tipo 2, apnea del sueño y enfermedades cardiovasculares, por lo que también se ve afectado el crecimiento y desarrollo psicosocial durante la adolescencia y con el paso del tiempo la calidad de vida y la longevidad de la persona (210,211).

Por lo anterior, tener una alimentación saludable desde la infancia y la adolescencia es fundamental para adquirir y desarrollar hábitos y pautas alimentarias que condicionan el estado nutricional en la etapa adulta, lo cual garantizará la salud si los hábitos son adecuados, pues a medida que el individuo es autónomo para decidir comidas, horarios y preferencias alimentarias, será capaz de cambiar y mantener un nuevo patrón de consumo alimentario saludable. Así, la adquisición de conocimientos sobre hábitos de alimentación saludable es

oportuna e importante, pues refuerza la práctica alimentaria saludable y contribuye a una alimentación equilibrada (212).

No obstante, el estilo de vida puede ser modificado y reforzado desde la escuela, las estrategias educativas deben dirigirse a desarrollar habilidades y aumentar la sensibilización sobre el cuidado de la salud en los estudiantes (17). En el proceso de modificación de peso corporal se establecen patrones comportamentales que facilitan el establecimiento de situaciones específicas, es decir; saber cómo, cuándo y dónde llevar a cabo un comportamiento favorable para el control de peso y buscar soluciones para el mismo (como caminar diariamente y tener hábitos de alimentación saludables) (66).

Entre los factores psicológicos asociados a las Conductas Alimentarias Saludables, la autoeficacia es un factor que tiene vital importancia en la adopción de estas conductas, pues su ejecución dependerá en gran medida de ella (213) y es un factor predictor para el éxito y mantenimiento del tratamiento (214). La autoeficacia influye en como las personas piensan, sienten y actúan para lograr las metas que se plantean para sí mismas y en qué medida se comprometen con ellas(215). Así, los individuos con alta autoeficacia suelen implicarse en mayor medida en conductas saludables, tienen una mejor salud percibida y una mejor recuperación (216,217).

Otro factor asociado es el de la autoatribución, que es la construcción de la propia imagen a partir del proceso de incorporar atributos y características que describen cómo el individuo se percibe a sí mismo y, a partir de las experiencias vividas en la interacción social y de las atribuciones o suposiciones que el individuo hace acerca de cómo lo ven los otros, moldea y construye su autoconcepto (22), por ello la percepción del ambiente y el autoconcepto pueden influir de manera positiva (alta autoestima) o de manera negativa (baja autoestima) en la estabilidad emocional y en el comportamiento del adolescente (160). Por su parte, la afectividad positiva influyen en las estrategias de regulación de las experiencias negativas o estresantes (136), mientras que el afecto negativo es un factor de distrés subjetivo que manifiesta estados de ansiedad, miedo, hostilidad y disgusto (115).

Así, las intervenciones dirigidas a la promoción de Conductas Alimentarias Saludables y la prevención de factores de riesgo de obesidad o de algún trastorno de la alimentación, deben incluir estrategias que mejoren los hábitos de alimentación saludable y

actividad física, así .como estrategias educativas acordes a las necesidades de la población a las que van dirigidas (218).

### **III. JUSTIFICACIÓN**

Existe una necesidad urgente por abordar los patrones dietéticos poco saludables en la población, la mala alimentación y la inactividad física son los principales impulsores en los desórdenes de alimentación. El consumo excesivo de alimentos y bebidas poco saludables se ha combinado con una menor ingesta de componentes dietéticos más saludables, incluidos alimentos ricos en nutrientes, trayendo consecuencias graves para la salud pública, ya que la dieta y la inactividad física se encuentran actualmente entre las principales causas de muerte y discapacidad prevenibles en casi todos los países del mundo (219).

A nivel internacional alrededor de 20 millones de mujeres y 10 millones de hombres han padecido algún TAIA (220). En México el 10% de hombres y el 9.9% de mujeres adolescentes han realizado prácticas de CAR como comer demasiado, hacer dieta, realizar ejercicio excesivo, ayuno, vómito después de comer y uso de diuréticos o laxantes para bajar de peso (221,222).

La adopción de estilos de vida saludable en edades tempranas tiene mayores ventajas en comparación a la modificación de hábitos cotidianos poco saludables (223) y es una medida de prevención más efectiva y menos costos. Al respecto, debido al incremento en la prevalencia de CAR entre los adolescentes, es necesario para el sector salud desarrollar, implementar y evaluar estrategias preventivas, por ello la importancia de la prevención universal en los sectores en los que el riesgo de CAR o de algún TAIA no ha sido identificado, estos programas de prevención primaria de tipo universal resultan convenientes porque se trabaja con grandes poblaciones, su aplicación resulta más fácil al realizarse en instituciones educativas, el diseño resulta económicamente accesible, y se promueven conductas alimentarias saludables con la finalidad de disminuir la probabilidad de que se presenten actitudes y conductas alimentarias alteradas (172,224).

Por lo anterior, esta investigación aportó un programa preventivo psicoeducativo probado, eficiente y atractivo (dinámico), acorde a la etapa de vida de los participantes, apoyándose de estrategias cognitivo-conductuales y psicosociales que han demostrado efectividad. El programa desarrolló destrezas entre los participantes, para promover la

adquisición de estilos saludables de alimentación y actividad física, así como el desarrollo de habilidades psicológicas como la autoeficacia, y la autoatribución positiva, que les permitan afrontar saludablemente factores de riesgo de CAR, así como el manejo o afrontamiento saludable del afecto negativo (estrés, ansiedad y depresión).

De igual manera, a través de este programa se enseñó a los adolescentes a ser y sentirse eficaces en la adopción de conductas de salud. Por ello, se les brindó educación y conocimiento sobre temas de salud, a través de actividades psicoeducativas bajo el lema de “aprender haciendo” con actividades prácticas, lo que les permitió cambiar hábitos que los conduzcan a un estilo de vida más saludable.

Finalmente, se tuvo como meta que este programa pueda ser replicado en otras secundarias de la región o de otros estados, y que sirva como base y guía para el desarrollo y aplicación de futuras intervenciones en escolares de educación básica para prevenir CAR, las cuales sean eficaces y accesibles a esta población. La escuela es un medio potencial importante para realizar intervenciones, en ella se pueden insertar acciones educativas en las actividades cotidianas que realizan los profesores.

#### **IV. HIPÓTESIS**

**H0:** No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de Autoeficacia, Afecto Positivo y Autoatribución de estudiantes de Secundaria antes, después y en el seguimiento al participar en un Programa Psicoeducativo para Promover Conductas Alimentarias Saludables.

**H1:** Si existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de Autoeficacia, Afecto Positivo y Autoatribución de estudiantes de Secundaria antes, después y en el seguimiento al participar en un Programa Psicoeducativo para Promover Conductas Alimentarias Saludables.

## **V. OBJETIVOS**

### *5.1. Objetivo General*

Evaluar la efectividad de un Programa Psicoeducativo basado en Autoeficacia, Afecto Positivo y Autoatribución para Promover Conductas Alimentarias Saludables en escolares de educación Secundaria.

### *5.2. Objetivos Específicos*

1) Pre evaluar los niveles de Autoeficacia, Afecto Positivo y Autoatribución en estudiantes hombres y mujeres de Secundaria antes de participar en un Programa Psicoeducativo para Promover Conductas Alimentarias Saludables.

2) Implementar un Programa Psicoeducativo para realizar Conductas Alimentarias Saludables para modificar los niveles de Autoeficacia, Afecto Positivo y Autoatribución en escolares hombres y mujeres de Secundaria.

3) Post evaluar los niveles de Autoeficacia, Afecto Positivo y Autoatribución en estudiantes de Secundaria hombres y mujeres después de participar en un Programa Psicoeducativo para Promover Conductas Alimentarias Saludables.

4) Realizar un seguimiento en estudiantes hombres y mujeres de Secundaria a los nueve meses de haber participado en un Programa Psicoeducativo para Promover Conductas Alimentarias Saludables, para evaluar si los cambios en los niveles de Autoeficacia, Afecto Positivo y Autoatribución se mantuvieron en los grupos.

## **VI. MATERIALES Y MÉTODOS**

### *6.1. Tipo de Estudio y Diseño Experimental*

El tipo de estudio es explicativo, que se define como aquel que está dirigido a responder las causas de eventos y fenómenos físicos o sociales (225).

El diseño fue cuasi experimental con dos grupos: un grupo experimental y un grupo en fase de espera; con pre, post evaluación y un seguimiento, en donde de manera aleatoria se seleccionaron a los participantes y se asignaron al grupo experimental y lo mismo al grupo en fase de espera.

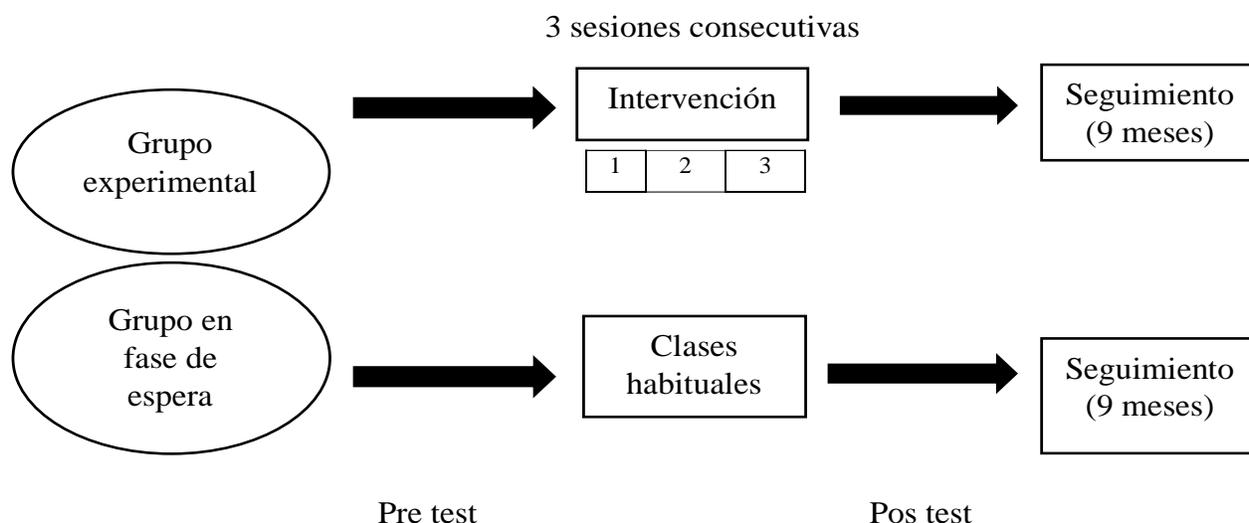


Figura 2. Diseño de las fases de evaluación

## 6.2. Contexto de la Investigación

La administración de las pruebas y la intervención se llevó a cabo en las instalaciones de una secundaria pública del municipio de Mineral de la Reforma, Hidalgo, durante el periodo junio 2018, el seguimiento se realizó en abril de 2019.

## 6.3. Tamaño de la Muestra y Muestreo

Mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia se seleccionó a N=116 participantes, de los cuales n=55 pertenecieron al grupo experimental y n=61 al grupo en fase de espera. De la muestra total n=60 (51.7%) son mujeres y n=56 (48.3%) son hombres, teniendo un rango de edad de 12 a 15 años, una media de edad de 13 años y una DE= .50.

### 6.3.1. Datos Generales de la Muestra

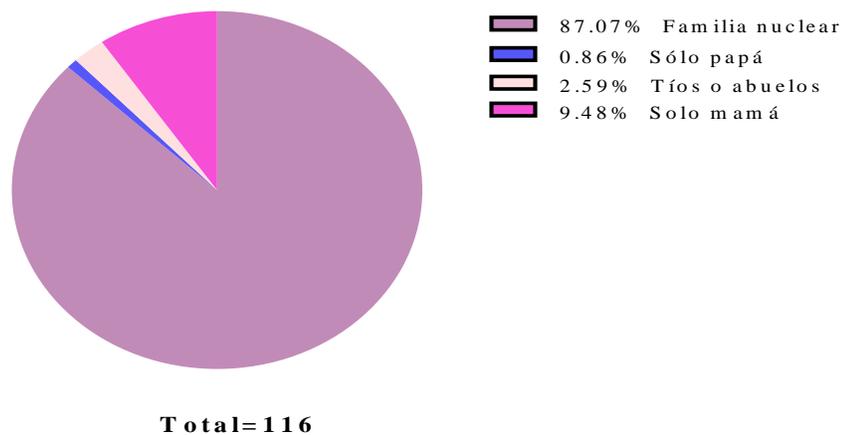
En la tabla 3, se observa la descripción de los participantes por grupo (grupo experimental y grupo en fase de espera) respecto a su edad, sexo y el grado escolar al que pertenecen. En ambos grupos, la mayoría de los participantes tienen 13 años (41.8% y 42.6% respectivamente), el grupo experimental cuenta un poco más de la mitad de mujeres (56.4%), mientras que el grupo en fase de espera con un poco más de hombres (52.5%). Respecto al grado escolar, el grupo experimental registra mayor número de participantes de primer grado (52.7%) y el grupo en fase de espera mayor número de participantes de segundo grado (52.5%).

**Tabla 3. Descripción de los participantes por grupo**

		Grupo experimental		Grupo en fase de espera	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
<b>Edad</b>	12	16	29.1%	17	27.9%
	13	23	41.8%	26	42.6%
	14	16	29.1%	17	27.9%
	15	0	0%	1	1.6%
<b>Sexo</b>	Hombres	24	43.6%	32	52.5%
	Mujeres	31	56.4%	29	47.5%
<b>Educación secundaria</b>	Primer grado	29	52.7%	29	47.5%
	Segundo grado	26	47.3%	32	52.5%

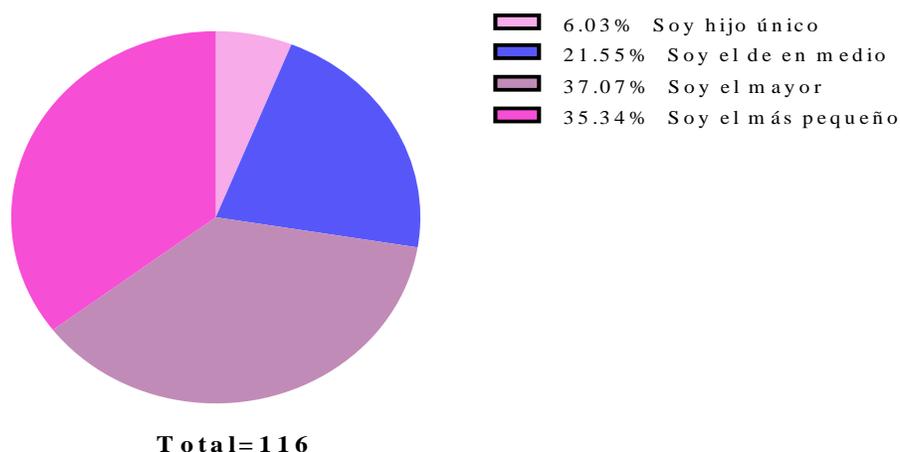
En este apartado también se describen características generales de los participantes del estudio (N=116) en relación con el familiar con quién viven y el lugar que ocupan entre hermanos.

**Figura 3. Distribución porcentual de la muestra por familiar con quién viven**



En la figura 3, se muestra que el 87.07% de los participantes viven en una familia nuclear (padres y hermanos), el 9.48% de ellos vive sólo con la madre y el 0.86% con el padre, mientras que el 2.59% vive con tíos o abuelos.

**Figura 4. Distribución porcentual de la muestra por lugar que ocupa entre hermanos**



En cuanto al lugar que ocupan entre hermanos, el 37.07% de los participantes son los hermanos mayores, el 21.55% son los del medio, el 6.03% son hijos únicos y el 35.34% son los más pequeños (Ver figura 4).

#### *6.4. Criterios de inclusión y exclusión*

##### *6.4.1. Criterios de inclusión*

- Escolares de 12 a 15 años de edad que estaban inscritos en el ciclo escolar enero – julio 2018 de educación secundaria.
- Escolares que aceptaron participar en el taller de manera voluntaria.

##### *6.4.2. Criterios de exclusión*

- No contestar debidamente la batería de instrumentos.
- Faltar a más de una sesión durante la intervención.

### 6.5. Procedimiento

Se acudió con las autoridades de una secundaria pública de Mineral de la Reforma, Hidalgo; se contactó con el director y la subdirectora de la institución para darles a conocer el proyecto. Una vez que los directivos dieron su aprobación para llevar a cabo el estudio, se acordaron las fechas para realizar la aplicación de instrumentos y la intervención. Posteriormente, se obtuvo el consentimiento informado de los padres de familia. Al llegar a la secundaria la subdirectora proporcionó los grupos que participarían en este estudio. Al pasar a los salones, se les explicó a los escolares el objetivo del proyecto y se les pidió su asentimiento (Ver anexo 1 y 2), de igual manera se les explicó que al ser su participación voluntaria, podrían retirarse del estudio cuando lo decidieran sin ninguna consecuencia.

Se aplicó la batería de pruebas dentro del horario de clase en el siguiente orden; Cuestionario sobre Imagen Corporal, Cuestionario de Alimentación Saludable, Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS), Inventario de Autoeficacia para el Control de Peso e Inventario de Autoatribución (Ver anexo 3,4,5 y 6).

Los grupos experimentales iniciaron su intervención (3 sesiones de 50 minutos) un día después de la primera evaluación (ver anexo 7), mientras los grupos en fase de espera siguieron con sus clases habituales, una semana después de la intervención se realizó en ambos grupos la segunda evaluación (postest) y finalmente, el seguimiento se realizó nueve meses después tanto en el grupo experimental como en el grupo en fase de espera.

### 6.6. Definición de variables

**Tabla 4. Definición de las Variables Dependientes**

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>
<b>Imagen Corporal</b>	Constructo multidimensional que abarca tres dimensiones específicas: la valoración, inversión y el afecto. La valoración denota sentimientos de satisfacción o insatisfacción con aspectos de la apariencia física. La inversión se refiere a la importancia que la persona le	Cuestionario sobre Imagen Corporal, evalúa en 5 ítems la preocupación por el peso corporal, la edad en que inició esta preocupación, si han realizado una dieta restrictiva, la edad en que iniciaron su primera dieta y la

---

da a su apariencia y él es esfuerzo que se está dispuesto a hacer para lograr la apariencia física deseada. La dimensión afectiva se refiere a la experiencia emocional que se deriva de las valoraciones relacionadas con el cuerpo (226).

---

**Alimentación  
Saludable**

Está relacionada con la formación de hábitos alimentarios que mejoran la calidad de vida y el desarrollo de actitudes y prácticas de alimentación adecuadas y saludables (26).

Cuestionario de Alimentación Saludable, evalúa en 9 ítems los conocimientos en Alimentación Saludable sobre consumir alimentos chatarra, realizar 3 comidas y 2 colaciones al día, medir porciones, elegir o preparar un lunch saludable, masticar más de 5 veces los alimentos, comer despacio y disfrutar los alimentos, leer etiquetas nutrimentales y consumir alimentos saludables (ver anexo 3).

---

**Conductas  
Alimentarias de  
Riesgo (CAR)**

Aquellas conductas inapropiadas de la alimentación que cumplen una función compensatoria, las cuales son características de los TAIA pero no cumplen en frecuencia y duración con los requerimientos diagnósticos (14).

Cuestionario de Alimentación Saludable, evalúa las CAR en 8 ítems relacionados con comer entre comidas, sentir que la comida tranquiliza, comer más cuando se está solo, comer más rápido que los demás, comer más que los demás, sentir que la comida es un buen remedio para la tristeza o la depresión, preocupación por comer mucho y comer cuando se siente solo (ver anexo 3).

---

---

**Afecto**

El afecto, es una construcción psicosocial que incluyen emociones, reacciones momentáneas, manifestaciones neurovegetativas y expresiones socialmente codificadas (113). De manera específica, el afecto positivo es experimentar emociones favorables, acompañadas de una sensación de bienestar personal y social, caracterizado por una autopercepción de energía, entusiasmo y un compromiso agradable con el entorno (115). Mientras que, en el afecto negativo se experimentan emociones desfavorables, lo que constituye un factor de distrés subjetivo caracterizado por la presencia de estados de ansiedad, miedo, hostilidad y disgusto (115).

Escala de Afecto Positivo y negativo (PANAS), para adolescentes de secundaria validada en población mexicana por Gómez-Peresmitré, Platas, Pineda, Corona, y González. Se divide en dos factores: a) Afecto positivo y b) Afecto negativo (137) (ver anexo 4).

---

---

**Autoeficacia**

La autoeficacia se define como la percepción que tiene una persona sobre la capacidad para controlar su conducta así como el ambiente, y que a la vez determina su estilo de vida, la persona no solo debe percibir que puede lograr un objetivo, sino que tiene la capacidad para lograrlo y puede responder a los diferentes obstáculos que se presenten (108). Particularmente respecto a la autoeficacia para la alimentación, se señala que es la capacidad que tiene una persona para disminuir el consumo de alimentos altos en calorías, evitar alimentos dulces y comer alimentos saludables (19). La autoeficacia para la actividad física por su parte, es la creencia de un individuo de mantener sus habilidades para lograr un objetivo determinado de ejercicio físico (70)(198) .

Inventario de Autoeficacia para el control de peso, validado en población mexicana por Gómez-Peresmitré, Platas, Pineda, Corona, y González. Se divide en dos factores: a) Autoeficacia para la alimentación, b) Autoeficacia para la actividad física (94) (ver anexo 5).

---

**Autoatribución**

Proceso a través del cual se constituye la propia imagen; son los atributos y las características que incorporamos producto de la interacción social lo que describe cómo nos percibimos a nosotros mismos y constituye un componente fundamental del autoconcepto (23,139,140)

Inventario de autoatribución para adolescentes de secundaria, validado en población mexicana por Gómez-Peresmitré, Platas, Pineda, Corona, y González. Se divide en dos factores: a) Autoatribución positiva, b) Autoatribución negativa (22) (ver anexo 6).

---

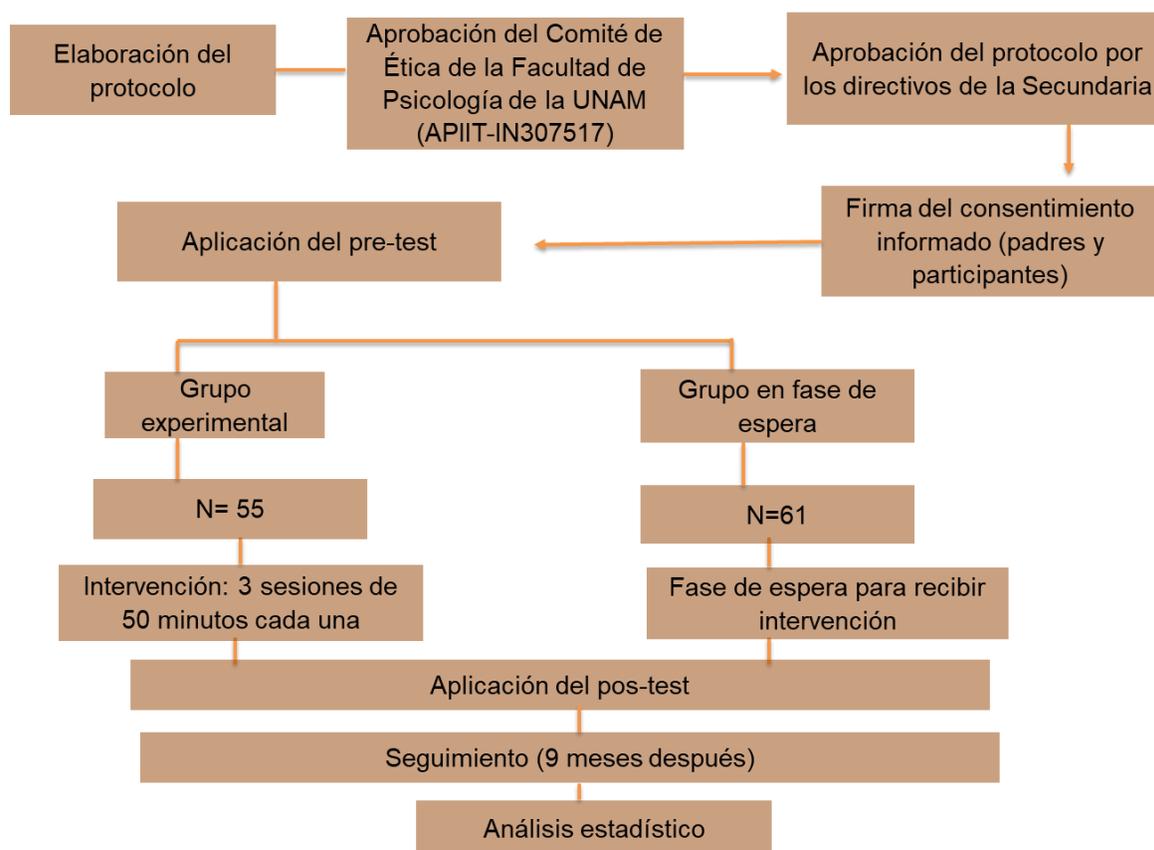
**Tabla 5. Definición de la Variable Independiente**

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>
<b>Programa Psicoeducativo para Prevenir CAR</b>	<p>La psicoeducación proporciona a la persona una comprensión teórica y práctica acerca de su enfermedad y los procesos implicados (175).</p> <p>La Disonancia Cognoscitiva (DC) postula, que las personas tienden a cambiar sus ideas, creencias, emociones y actitudes (cogniciones) cuando perciben al mismo tiempo la incompatibilidad de dos pensamientos que están en conflicto, o por un pensamiento que entra en conflicto con sus creencias (184).</p>	<p>El programa psicoeducativo consistió en tres sesiones de 50 minutos cada una, sobre prevención de TCA, autoeficacia para alimentación saludable y actividad física, disminuir el afecto negativo e incrementar la autoatribución positiva; aplicada a los grupos experimentales de primer y segundo grado de secundaria (Ver anexo 7).</p> <p>Este programa se reforzó a partir del uso de manuales; recetario de desayunos, manual de nutrición y manual de ejercicios “mente sana, cuerpo sano” al final de la sesión (Ver anexo 8, 9 y 10).</p>

**Tabla 6. Definición de Variables Intervinientes**

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>
<b>Sexo</b>	<p>Características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer (227).</p>	Hombre y Mujer

## 6.7. Diseño



## 6.8. Instrumentos

### *Instrumento1. Cuestionario sobre Imagen Corporal*

El Cuestionario Sobre Imagen Corporal, consta de 5 ítems que evalúa la preocupación por el peso corporal, la edad en que inició esta preocupación, si han realizado una dieta restrictiva, la edad en que iniciaron su primera dieta y la percepción que tienen sobre su figura corporal.

### *Instrumento2. Cuestionario de Alimentación Saludable*

El Cuestionario de Alimentación Saludable evalúa dos factores: 1) Conocimientos en Alimentación Saludable, que consta de 9 ítems con opciones de respuesta en una escala tipo Likert que va desde “Nunca” (1) hasta “Siempre” (4) y; 2) Conductas Alimentarias de Riesgo, con 8 ítems que incluyen opciones de respuesta en una escala tipo Likert que va desde “Nunca” (1) hasta “Siempre” (5).

### *Instrumento 3. Inventario de Autoeficacia para el Control de Peso*

El Inventario de Autoeficacia para el Control de Peso tiene un alfa de Cronbach de .88, consta de 20 ítems con escala tipo Likert donde las opciones de respuesta van de “No soy capaz de hacerlo” (1) a “Soy muy capaz de hacerlo” (4) (94). Considera dos factores; Autoeficacia para la Alimentación Saludable (8 ítems) y Autoeficacia para la Actividad Física (12 ítems).

### *Instrumento 4. Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS)*

La Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS), obtuvo un alfa de Cronbach de 0.82. Consta de 18 ítems con opciones de respuesta en una escala Likert que va desde “Nunca” (1) hasta “Siempre” (5), esta escala considera dos grandes factores para evaluar las experiencias emocionales; Afecto positivo (AP) con 8 ítems y afecto negativo (AN) con 10 ítems (137).

### *Instrumento 5. Inventario de Autoatribución para adolescentes de secundaria*

El Inventario de Autoatribución para adolescentes de secundaria, tiene un alfa de Cronbach de de 0.83. Consta de 33 ítems con opciones de respuesta en una escala Likert que va desde “No me describe nada” (1) hasta “Me describe exactamente” (5), y se agrupa en dos factores; autoatribución positiva con 17 ítems y autoatribución negativa con 12 ítems (22).

## *6.9. Análisis estadístico*

El análisis de datos se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 21 para Windows. Para demostrar la equivalencia inicial entre los grupos se utilizó la prueba *t de Student* para muestras independientes, y para determinar el efecto del programa de intervención se utilizó un *Análisis de Varianza Medidas Repetidas (ANOVA MR)*. Posteriormente, se obtuvo el *tamaño del efecto de la intervención (TE)*.

## VII. ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD

El estudio consideró las recomendaciones de la Declaración de Helsinki sobre principios éticos para las investigaciones en seres humanos (Asociación Médica Mundial, 2008). La cual destaca que se debe proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad. El derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de los que participan en la investigación.

Con base en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, título segundo, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, capítulo I, el presente trabajo es viable de acuerdo a los siguientes artículos:

**Artículo 13:** En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

**Artículo 14: V.** Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.

**VII.** Contó con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, en los casos que corresponda a cada uno de ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.

**Artículo 16.-** En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

**Artículo 17.- II.** Refiere a investigaciones con riesgo mínimo, se describe que cuando se aplican exámenes físicos comunes como: peso y talla del sujeto, así como pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, se considera una investigación de riesgo mínimo.

**Artículo 20.-** Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

**Artículo 21.-** Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

**I.** La justificación y los objetivos de la investigación.

**II.** La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento.

**III.** La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

## VIII. RESULTADOS

En este capítulo se describen los resultados de la aplicación del Programa de Psicoeducación en Autoeficacia, Afecto Positivo y Autoatribución para promover Conductas Alimentarias Saludables en Estudiantes de Secundaria.

En primer lugar, se describen las características totales de la muestra, obtenidas a partir de un Cuestionario sobre Imagen Corporal, que evaluó en 5 preguntas la preocupación por el peso corporal, la edad en que inició esta preocupación, si han realizado una dieta restrictiva, la edad en que iniciaron su primera dieta y la percepción que tienen sobre su figura corporal.

### ***8.1. Imagen Corporal***

Respecto a los resultados obtenidos a partir de las 5 preguntas del Cuestionario sobre Imagen Corporal: de los N=116 participantes, el 59.48% de ellos se encuentran preocupados por su peso corporal, mientras que el 40.52% no lo están. De los participantes que se encuentran preocupados por su peso corporal (n=69) el 28.99% comenzó a preocuparse a los once años o menos, el 63.77% entre los 12 y 14 años, y el 7.25% a los catorce años o más. Respecto a los participantes que han realizado dieta restrictiva (porciones pequeñas, dejar de comer algunos alimentos, entre otros), 57.76% afirman haberlo hecho, mientras que un 42.24% no lo han hecho. De n=63 participantes que han realizado dieta restrictiva; el 7.94% realizaron su primera dieta antes de los 9 años, el 33.33% entre los 9 y 11 años, y el 58.73% entre los 12 y 14 años. Del total de los participantes, 6.03% creen estar muy delgados, 27.59% delgados, 55.17% ni gordo/as ni delgado/a, mientras que 9.48% de los participantes creen estar gordo/as y 1.72% muy gordo/as (Ver anexo 3, sección III Y IV).

### ***8.2. Conocimientos en Alimentación Saludable***

Los conocimientos en Alimentación Saludable se evaluaron a través de nueve preguntas del Cuestionario de Alimentación Saludable sobre consumir alimentos chatarra, realizar 3 comidas y 2 colaciones al día, medir porciones, elegir o preparar un lunch saludable, masticar más de 5 veces los alimentos, comer despacio y disfrutar los alimentos, leer etiquetas nutrimentales y consumir alimentos saludables (Ver anexo3, sección II). Para ello, se realizó un análisis de *Varianza Medidas Repetidas (ANOVA MR)* en el que se incluyeron las dos

condiciones de estudio con sus tres medidas (pre evaluación, post evaluación y seguimiento). En el análisis estadístico, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por tiempo, condición, ni interacción por tiempo, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el pretest, el posttest y al seguimiento (Ver anexo11).

#### **8.2.1. Conocimientos en Alimentación Saludable Mujeres**

Con respecto a esta variable, los análisis no reportan diferencias estadísticamente significativas por tiempo, condición ni interacción por grupo. En la comparación por pares del efecto tiempo, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre el pretest, el posttest y el seguimiento (Ver anexo11).

#### **8.2.2. Conocimientos en Alimentación Saludable Hombres**

Los Conocimientos en Alimentación Saludable en Hombres, al igual que en las mujeres no reportan diferencias estadísticamente significativas por tiempo, condición ni interacción por grupo, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el pretest, el posttest y el seguimiento (Ver anexo11).

#### **8.3. Conductas Alimentarias de Riesgo**

La Conductas Alimentarias de Riesgo, también fueron evaluadas a través de ocho preguntas del Cuestionario de Alimentación Saludable sobre comer entre comidas, sentir que la comida tranquiliza, comer más cuando se está solo, comer más rápido que los demás, comer más que los demás, sentir que la comida es un buen remedio para la tristeza o la depresión, preocupación por comer mucho y comer cuando se siente solo (Ver anexo3, sección V). Para ello, se realizó un análisis de *Varianza Medidas Repetidas (ANOVA MR)* en el que se incluyeron las dos condiciones de estudio con sus tres medidas (pre evaluación, post evaluación y seguimiento). No se encontraron cambios estadísticamente significativos para los efectos dentro (tiempo), ni entre sujetos (condición), tampoco se reportaron cambios en la interacción tiempo por grupo, ni diferencias estadísticamente significativas entre el pretest, el posttest y el seguimiento (Ver anexo11).

#### **8.3.1. Conductas Alimentarias de Riesgo Mujeres.**

En esta variable, el análisis estadístico no mostró diferencias estadísticamente significativas por tiempo, condición, ni interacción por tiempo. Tampoco se reportaron diferencias estadísticamente significativas entre el pretest, el posttest y el seguimiento (Ver anexo11).

### 8.3.2. Conductas Alimentarias de Riesgo Hombres

En las Conductas Alimentarias de Riesgo en Hombres, el ANOVA MR al igual que en las mujeres no mostró diferencias estadísticamente significativas por tiempo, condición, ni interacción por tiempo. En la comparación por pares del efecto tiempo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el pretest, el posttest y el seguimiento (Ver anexo11).

### 8.4. Equivalencia inicial

En la tabla 7 se muestra el análisis de la equivalencia inicial entre el grupo experimental y el grupo en fase de espera. Se llevó a cabo una comparación entre las puntuaciones obtenidas en los instrumentos que fueron aplicados durante la pre-evaluación; los cuales fueron llevados a cabo mediante la prueba *estadística t de Student* para muestras independientes. En las puntuaciones obtenidas, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el afecto, la autoeficacia y la autoatribución entre los grupos. Por lo tanto, se estableció que existe equivalencia entre las condiciones antes de la intervención.

**Tabla 7. Equivalencia inicial entre grupo experimental y en fase de espera.**

	<b>Grupo experimental</b>	<b>Grupo en fase de espera</b>		
<b>Escala/ medición</b>	<b>Media</b>	<b>Media</b>	<b>Valor t</b>	<b>p</b>
<b>Afecto:</b>				
Negativo	1.82	2.19	2.92	.82
Positivo	3.60	3.37	1.32	.18
<b>Autoatribución:</b>				
Negativa	2.31	2.51	1.74	.60
Positiva	3.54	3.20	3.49	.25
<b>Autoeficacia para:</b>				
Alimentación Saludable	2.80	2.71	.66	.24
Actividad física	3.24	3.15	.91	.80

\* $p \leq .05$

### **8.5. Análisis de comparación intra e inter grupos antes, después de la intervención y seguimiento**

Para determinar el impacto del programa psicoeducativo en el grupo experimental, se realizó un análisis de *Varianza Medidas Repetidas (ANOVA MR)* en el que se incluyeron las dos condiciones de estudio con sus tres medidas (pre evaluación, post evaluación y seguimiento), con el propósito de identificar los efectos principales (tiempo y grupo) y la interacción entre estas variables. Además, se obtuvo el tamaño del efecto (TE) de la intervención, el cual se refiere a la diferencia entre dos tratamientos, A y B. No es suficiente saber, en un experimento en particular, que la mejoría media lograda con A es mayor que la mejoría media lograda con B, sino es necesario saber hasta dónde se puede generalizar este hallazgo cuando se tienen en cuenta las limitaciones del experimento; así, el TE permite una apreciación más directa de la magnitud de los fenómenos de estudio y ofrece una interpretación más adecuada de los resultados (228,229). Un valor de 0.02 indica un efecto pequeño, de 0.15 significa un efecto mediano y de 0.35 indica un efecto grande (230).

El TE de la intervención, se calculó a través de la  $F^2$ , método propuesto por Cohen (1988). La fórmula para calcular la  $F^2$  y los criterios para interpretar el tamaño del efecto fueron las siguientes:

$$F^2 = \frac{\text{Eta}^2 \text{ parcial}}{1 - \text{Eta}^2 \text{ parcial}}$$

$F^2$                       Criterio Interpretación  
                                  (Tamaño del efecto)

#### ***Autoeficacia***

Con respecto a la variable Autoeficacia, aunque no se observaron cambios estadísticamente significativos en el efecto tiempo, si existe una tendencia al cambio  $F(1, 114) = 2.699, p=0.07$  que se interpreta como un aumento en la autoeficacia general que de alguna manera favorece al grupo control. El cambio a través del tiempo se produjo en dirección positiva en ambas condiciones. El efecto condición y la interacción tiempo por

grupo no mostraron cambios estadísticamente significativos, y el tamaño del efecto calculado con la  $F^2$  resultó pequeño en los dos indicadores. En la comparación por pares del efecto tiempo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el pretest, el postest y el seguimiento (Ver anexo11).

### ***Autoeficacia para la Actividad Física***

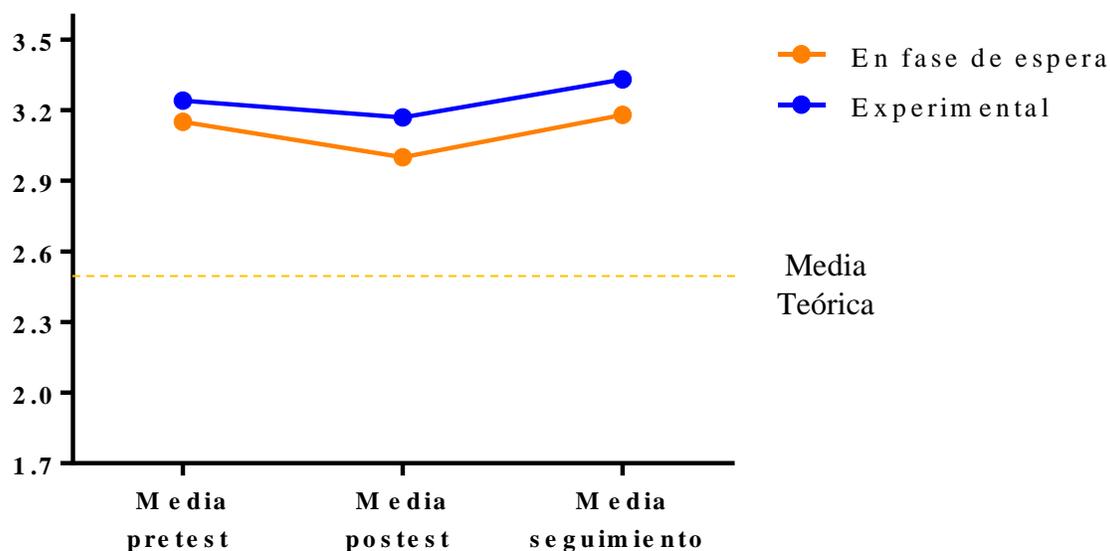
El ANOVA MR en la variable Autoeficacia para la Actividad Física arrojó cambios estadísticamente significativos en el efecto tiempo  $F(1, 114)= 4.164, p=.01$  (ver tabla 8), encontrando un aumento significativo en la actividad física, el grupo experimental muestra un incremento de medias en el seguimiento ( $\mu=3.33$ ) en comparación con el postest ( $\mu=3.17$ ) (ver tabla 9 y 10). En el efecto condición (entre sujetos) y en la interacción tiempo por grupo no se observaron diferencias estadísticamente significativas. La figura 5 y la tabla 9 muestran que el cambio a través del tiempo se produjo en dirección positiva para ambos indicadores, encontrándose una vez más que el tamaño del efecto calculado fue pequeño en todas las medidas.

**Tabla 8. ANOVA MR (2X3). Autoeficacia para la Actividad Física**

<b>Condición</b>	<b>Suma de cuadrados tipo I</b>	<b>Gl</b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>Eta 2 Parcial</b>	<b>F2 tamaño del efecto</b>
Intrasujetos Tiempo	1.744	1.85	4.164	<b>.01**</b>	.035	.03
Tiempo*Grupo	.121	1.85	.289	.73	.003	.00
Entre sujetos Grupo	1.66	1	2.661	.11	.023	.02

**\*\*p ≤ .01**

**Figura 5. Medias de la variable Autoeficacia para la Actividad Física. Tiempo por grupo**



**Tabla 9. Comparación de medias de Autoeficacia para la Actividad Física en el grupo experimental y en el grupo en fase de espera**

Condición	Media Pretest	Media Posttest	Media Seguimiento
Grupo experimental	3.24	3.17	3.33
Grupo en fase de espera	3.15	3.00	3.18

***Post-Hoc (Bonferroni). Autoeficacia para la Actividad Física***

En los resultados del análisis Post-Hoc (Bonferroni) en la comparación por pares del efecto tiempo, se observaron diferencias estadísticamente significativas del posttest al seguimiento (ver tabla 10).

**Tabla 10. Prueba Post-Hoc Bonferroni Autoeficacia para la Actividad Física.**  
**Tiempo de comparación por pares**

(I) Tiempo	(J) Tiempo	Diferencia de medias (I-J)	Error Std.	p
Pre-test	Post-test	.110	.056	.15
	Seguimiento	-.060	.055	.84
Post-test	Pre-test	-.110	.056	.15
	Seguimiento	-.170	.068	<b>.04*</b>
Seguimiento	Pre-test	.060	.055	.84
	Post-test	.170	.068	<b>.04*</b>

\* $p \leq .05$

#### *Autoeficacia para la Alimentación Saludable*

Con respecto a la variable Autoeficacia para la Alimentación Saludable, el análisis estadístico no mostró diferencias estadísticamente significativas por tiempo, condición ni interacción por grupo, tampoco se encontraron resultados importantes al calcular el tamaño del efecto. El cambio a través del tiempo (no significativo) se dio en dirección positiva para ambas condiciones. En la comparación por pares del efecto tiempo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el pretest, el posttest y el seguimiento (Ver anexo11).

#### *Afecto Positivo*

El análisis estadístico para la variable Afecto Positivo no mostró diferencias estadísticamente significativas para los efectos dentro (tiempo), ni entre sujetos (condición), tampoco se reportaron cambios en la interacción tiempo por grupo. El cambio a través del tiempo (no significativo) se produjo en dirección positiva para ambas condiciones. Una vez más, el estadístico  $F^2$  (efecto tamaño del efecto) no muestra resultados importantes, tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el pretest, el posttest y el seguimiento en la comparación por pares del efecto tiempo (Ver anexo11).

### *Afecto Negativo*

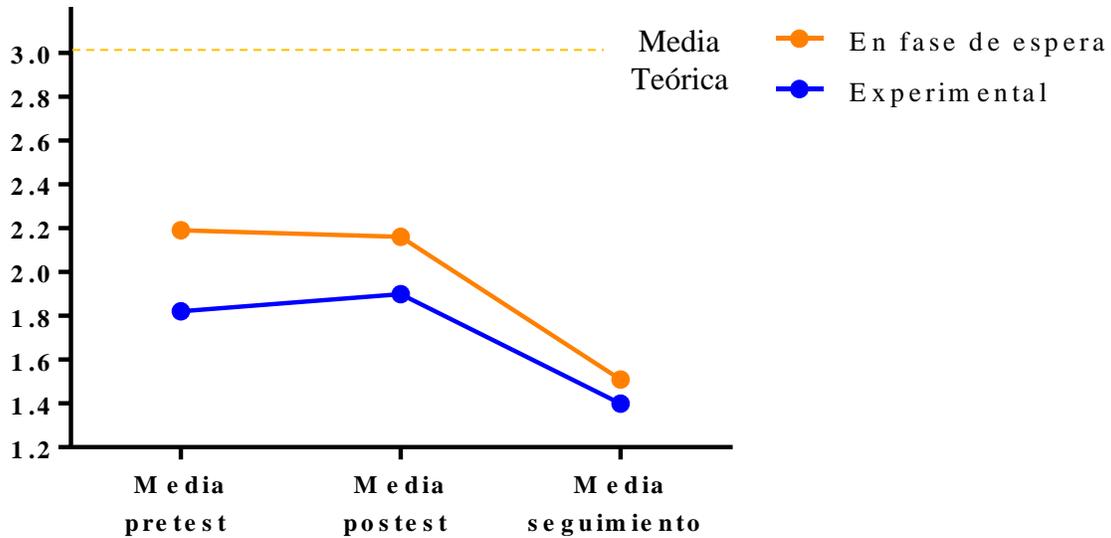
Respecto a la variable Afecto Negativo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto tiempo  $F(2,114)= 72.157$ ,  $p=.001$  (ver tabla 11) hallando una disminución estadísticamente significativa en el afecto negativo del grupo experimental del posttest ( $\mu=1.90$ ) al seguimiento ( $\mu=1.40$ ) y entre el pretest ( $\mu=1.80$ ) y el seguimiento ( $\mu=1.40$ ). Cambios similares se observaron en el grupo en fase de espera donde hubo una disminución de medias del pretest ( $\mu=2.19$ ) en comparación con el seguimiento ( $\mu=1.51$ ) (ver tabla 14 y 15). El efecto condición también reportó cambios estadísticamente significativos  $F(1, 114)= 5.682$ ,  $p=.01$ , así como en la interacción tiempo por grupo  $F(2, 114)= 2.872$ ,  $p= .05$ , donde ambas condiciones obtuvieron mejores resultados a largo plazo (ver tabla 20). En figura 6 las medias muestran que las dos condiciones tuvieron resultados en la dirección esperada, es importante recordar que a menos puntaje menor afecto negativo que se interpreta como disminución del mismo.

**Tabla 11. ANOVA MR (2X3). Afecto Negativo**

Condición	Suma de cuadrados tipo I	Gl	F	p	Eta 2 Parcial	F2 tamaño del efecto
Intrasujetos Tiempo	24.868	2	72.157	<b>.001***</b>	.388	.06
Tiempo*Grupo	.990	2	2.872	<b>.05*</b>	.025	.02
Entre sujetos Grupo	5.294	1	5.682	<b>.01**</b>	.047	.04

**\* $p \leq .05$ , \*\*  $p \leq .01$ , \*\*\*  $p \leq .001$**

**Figura 6. Medias de la variable Afecto Negativo. Tiempo por grupo**



**Tabla 12. Comparación de medias de Afecto Negativo en el grupo experimental y en el grupo en fase de espera**

Condición	Media Pretest	Media Posttest	Media Seguimiento
Grupo experimental	1.82	1.90	1.40
Grupo en fase de espera	2.19	2.16	1.51

***Post-Hoc (Bonferroni). Afecto Negativo***

En los resultados del análisis Post-Hoc (Bonferroni) en la comparación por pares del efecto tiempo, las diferencias estadísticamente significativas se observan del posttest al seguimiento, y del pretest al seguimiento (ver tabla 13).

**Tabla 13. Prueba Post-Hoc Bonferroni Afecto Negativo. Tiempo de comparación por pares**

<b>(I) Tiempo</b>	<b>(J) Tiempo</b>	<b>Diferencia de medias (I-J)</b>	<b>Error Std.</b>	<b>p</b>
Pre-test	Post-test	-.023	.053	1.0
	Seguimiento	.550	.052	<b>.001***</b>
Post-test	Pre-test	.023	.053	1.0
	Seguimiento	.573	.058	<b>.001***</b>
Seguimiento	Pre-test	-.550	.052	<b>.001***</b>
	Post-test	-.573	.058	<b>.001***</b>

\*\*\* $p \leq .001$

#### ***Autoatribución Positiva***

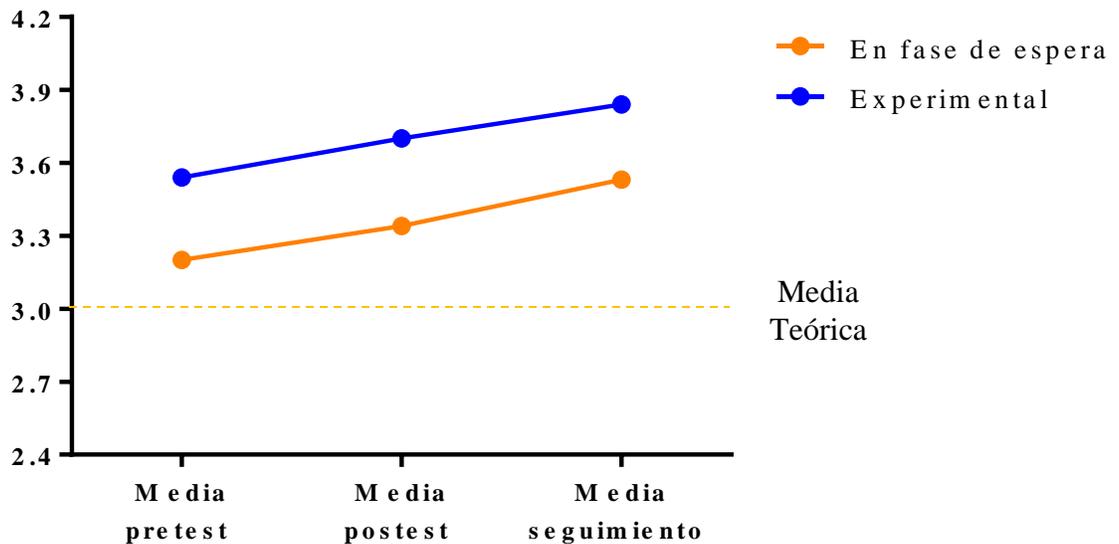
El ANOVA MR para la variable Autoatribución positiva mostró diferencias estadísticamente significativas en el efecto tiempo  $F(2, 114) = 23.490$ ,  $p = .001$  (ver tabla 14) encontrando un aumento significativo en la autoatribución positiva en los tres momentos de evaluación (ver tabla 16). En la tabla 15 se observa en el grupo experimental un aumento en las medias del pretest ( $\mu = 3.54$ ) al posttest ( $\mu = 3.70$ ) y al seguimiento ( $\mu = 3.89$ ). El efecto condición también reportó cambios estadísticamente significativos  $F(1, 114) = 13.755$ ,  $p = .001$ , mientras que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la interacción tiempo x grupo. La Figura 7 muestra que en ambas condiciones el cambio a través del tiempo se produjo en la dirección positiva, siendo el grupo experimental el que mejores resultados reporta a mediano y largo plazo. El tamaño del efecto calculado con la  $F_2$  resultó mediano en el efecto tiempo.

**Tabla 14. ANOVA MR (2X3). Autoatribución Positiva**

Condición	Suma de cuadrados tipo I	Gl	F	p	Eta 2 Parcial	F2 tamaño del efecto
Intrasujetos Tiempo	5.683	2	23.490	.001***	.171	.20
Tiempo*Grupo	.036	2	.149	.82	.001	.00
Entre sujetos Grupo	9.918	1	13.755	.001***	.108	.12

\*\*\* $p \leq .001$

**Figura 7. Medias de la variable Autoatribución Positiva. Tiempo por grupo**



**Tabla 15. Comparación de medias de Autoatribución Positiva en el grupo experimental y en el grupo en fase de espera**

Condición	Media Pretest	Media Posttest	Media Seguimiento
Grupo experimental	3.54	3.70	3.84
Grupo en fase de espera	3.20	3.34	3.54

### *Post-Hoc (Bonferroni). Autoatribución Positiva*

En los resultados del análisis Post-Hoc (Bonferroni) en la comparación por pares del efecto tiempo, las diferencias estadísticamente significativas se observan en los tres momentos de evaluación; del pretest al posttest y al seguimiento (ver tabla 16).

**Tabla 16. Prueba Post-Hoc Bonferroni Autoatribución Positiva. Tiempo de comparación por pares**

(I) Tiempo	(J) Tiempo	Diferencia de medias (I-J)	Error Std.	p
Pre-test	Post-test	-.146	.044	<b>.001***</b>
	Seguimiento	-.312	.050	<b>.001***</b>
Post-test	Pre-test	.146	.044	<b>.001***</b>
	Seguimiento	-.166	.043	<b>.001***</b>
Seguimiento	Pre-test	.312	.050	<b>.001***</b>
	Post-test	.166	.043	<b>.001***</b>

**\*\*\* $p \leq .001$**

### *Autoatribución Negativa*

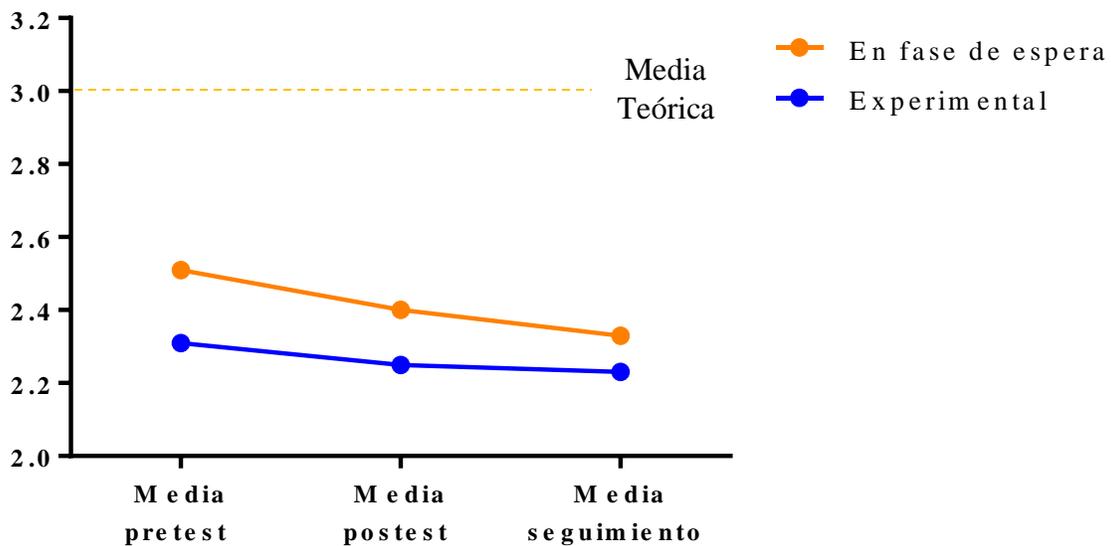
Con respecto a la variable autoatribución negativa, los cambios estadísticamente significativos se encontraron en el efecto tiempo  $F(2, 114)=3.576$ ,  $p=.03$  (ver tabla 17), encontrando diferencias significativas en la disminución de la autoatribución negativa entre el pretest y el seguimiento (ver tabla 19). En el efecto condición y en la interacción tiempo por grupo no se reportaron diferencias estadísticamente significativas. En la figura 8 se aprecia que el cambio a través del tiempo se produjo en la dirección esperada para ambos indicadores, recordando que a menor puntaje menor autoatribución negativa que se interpreta como una disminución de la misma. El tamaño del efecto resulto pequeño en todos los indicadores.

**Tabla 17. ANOVA MR (2X3). Autoatribución Negativa**

Condición	Suma de cuadrados tipo I	Gl	F	p	Eta 2 Parcial	2 tamaño del efecto
Intrasujetos Tiempo	1.056	2	3.567	<b>.03*</b>	.030	.03
Tiempo*Grupo	.131	2	.441	.86	.004	.00
Entre sujetos Grupo	2.053	1	2.533	.14	.022	.02

\* $p \leq .05$

**Figura8. Medias de la variable Autoatribución Negativa. Tiempo por grupo**



**Tabla 18. Comparación de medias de Autoatribución Negativa en el grupo experimental y en el grupo en fase de espera**

Condición	Media Pretest	Media Postest	Media Seguimiento
Grupo experimental	2.31	2.25	2.23
Grupo en fase de espera	2.51	2.40	2.33

### *Post-Hoc (Bonferroni). Autoatribución Negativa*

En los resultados del análisis Post-Hoc (Bonferroni) en la comparación por pares del efecto tiempo, las diferencias estadísticamente significativas se observan del pretest al seguimiento (ver tabla 19).

**Tabla 19. Prueba Post-Hoc Bonferroni Autoatribución Negativa. Tiempo de comparación por pares**

(I) Tiempo	(J) Tiempo	Diferencia de medias (I-J)	Error Std.	p
Pre-test	Post-test	.085	.049	.24
	Seguimiento	.131	.049	<b>.02*</b>
Post-test	Pre-test	-.085	.049	.24
	Seguimiento	.045	.054	1.0
Seguimiento	Pre-test	-1.31	.049	<b>.02*</b>
	Post-test	-.045	.054	1.0

\* $p \leq .05$

### *8.6. Análisis de comparación intra e inter grupos antes, después de la intervención y seguimiento por Sexo*

Para determinar el impacto del programa psicoeducativo por sexo (Hombres y Mujeres) también se realizó un análisis de Varianza Medidas Repetidas (ANOVA MR) en el que se incluyeron las dos condiciones de estudio con sus tres medidas (pre evaluación, post evaluación y seguimiento), con el propósito de identificar los efectos principales (tiempo y grupo) y la interacción entre estas variables y se obtuvo el tamaño del efecto (TE) de la intervención.

#### *Autoeficacia Mujeres*

Respecto a la variable Autoeficacia Mujeres, en el análisis estadístico no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto tiempo, ni en la interacción por tiempo, tampoco se encontraron resultados importantes al calcular el tamaño del efecto, aunque en la condición entre sujetos no se encontraron cambios estadísticamente significativos, se observó una tendencia al cambio entre los grupos, cambio que se produjo

en dirección positiva para el grupo experimental  $F(1,58) = 3.362$ ,  $P = .07$ . En la comparación por pares del efecto tiempo, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre el pretest, el posttest y el seguimiento, tampoco se encontraron resultados importantes al calcular el tamaño del efecto (Ver anexo11).

### ***Autoeficacia Hombres***

En la variable Autoeficacia Hombres, al igual que en las mujeres no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por tiempo, condición, ni interacción por tiempo, tampoco se encontraron resultados importantes al calcular el tamaño del efecto. El cambio a través del tiempo (no significativo) se produjo en dirección positiva para ambas condiciones. No se observan diferencias estadísticamente significativas entre el pretest, el posttest y el seguimiento (Ver anexo11).

### ***Autoeficacia para la Actividad Física Mujeres***

El ANOVA MR reportó en la variable autoeficacia para la actividad física Mujeres diferencias estadísticamente significativas en el efecto tiempo  $F(1.733,58) = 3.458$ ,  $p = .04$  (ver tabla 20). Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto condición (entre sujetos) y en la interacción tiempo x grupo. En las medias de la tabla 21 se puede observar que estas disminuyen en el posttest pero aumentan en ambas condiciones en el seguimiento (ver figura 9). El tamaño del efecto calculado con la  $F_2$  resultó pequeño en todas las medidas.

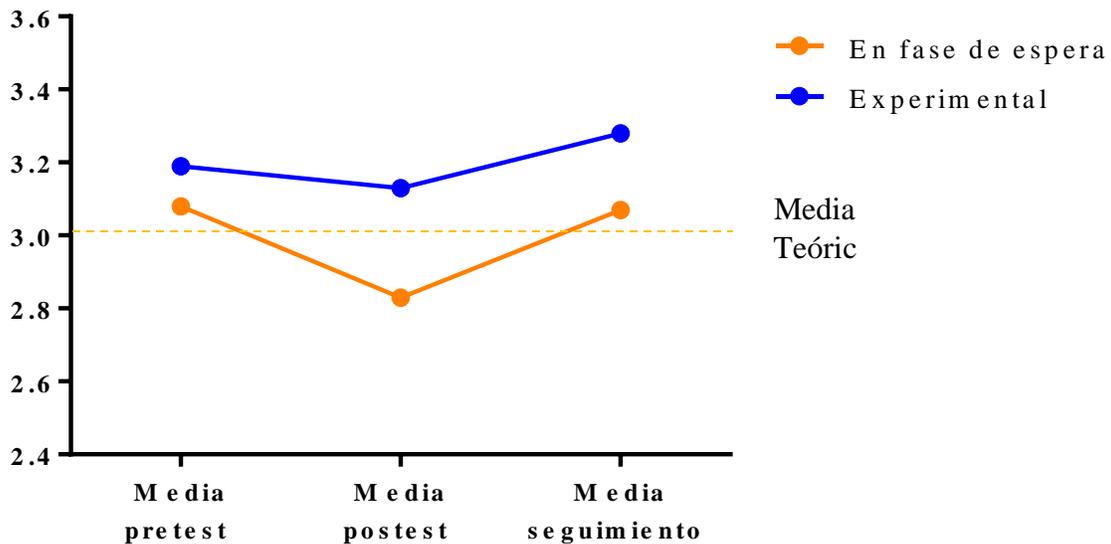
**Tabla 20. ANOVA MR (2X3). Autoeficacia para la Actividad Física Mujeres**

Condición	Suma de cuadrados tipo I	Gl	F	p	Eta 2 Parcial	F2 tamaño del efecto
Intrasujetos Tiempo	1.336	1.733	3.458	<b>.04*</b>	.056	.05
Tiempo*Grupo	.282	1.733	.731	.46	.012	.01
Entre sujetos Grupo	1.896	1	2.966	.09	.049	.05

**\* $p \leq .05$**

**Figura 9. Medias de la variable Autoeficacia para la Actividad Física Mujeres.**

**Tiempo por grupo**



**Tabla 21. Comparación de medias de Autoeficacia para la Actividad Física Mujeres en el grupo experimental y en el grupo en fase de espera**

Condición	Media Pretest	Media Posttest	Media Seguimiento
Grupo experimental	3.19	3.13	3.28
Grupo en fase de espera	3.08	2.83	3.07

***Post-Hoc (Bonferroni). Autoeficacia para la Actividad Física Mujeres***

En los resultados del análisis Post-Hoc (Bonferroni) en la comparación por pares del efecto tiempo, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y el seguimiento. Sin embargo, se encontró una significancia marginal entre el pretest y el seguimiento  $p=.06$  (ver tabla 22).

**Tabla 22. Prueba Post-Hoc Bonferroni Autoeficacia para la Actividad Física Mujeres. Tiempo de comparación por pares**

(I) Tiempo	(J) Tiempo	Diferencia de medias (I-J)	Error Std.	p
Pre-test	Post-test	.162	.069	<b>.06</b>
	Seguimiento	-.040	.075	1.0
Post-test	Pre-test	-.162	.069	.06
	Seguimiento	-.202	.094	.11
Seguimiento	Pre-test	.040	.075	1.0
	Post-test	.202	.094	.11

\*p ≤ .05

***Autoeficacia para la Actividad Física Hombres***

En la variable Autoeficacia para la Actividad Física Hombres, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por tiempo, condición, ni interacción por tiempo, tampoco se encontraron resultados importantes al calcular el tamaño del efecto. En la comparación por pares del efecto tiempo, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre el pretest, el posttest y el seguimiento (Ver anexo11).

***Autoeficacia para la Alimentación Saludable Mujeres***

El análisis estadístico para la variable Alimentación Saludable Mujeres, no mostró diferencias estadísticamente significativas por tiempo, condición ni interacción por grupo. No se encontraron resultados importantes al calcular el tamaño del efecto, y tampoco se observan diferencias estadísticamente significativas entre el pretest, el posttest y el seguimiento (Ver anexo11).

### ***Autoeficacia para la Alimentación Saludable Hombres***

Respecto a la variable Autoeficacia para la Alimentación Saludable Hombres, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por tiempo, condición ni interacción por grupo al igual que en las mujeres. El cambio a través del tiempo (no significativo) se produjo en dirección positiva para ambas condiciones. El tamaño del efecto resultó pequeño en todos los indicadores, sin diferencias estadísticamente significativas entre el pretest, el posttest y el seguimiento (Ver anexo11).

### ***Afecto Positivo Mujeres***

La variable Afecto Positivo Mujeres no reportó diferencias estadísticamente significativas por tiempo, condición, ni interacción por tiempo, tampoco se encontraron resultados importantes al calcular el tamaño del efecto. El cambio a través del tiempo (no significativo) se produjo en dirección positiva para ambas condiciones. En la comparación por pares del efecto tiempo, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre el pretest, el posttest y el seguimiento (Ver anexo11).

### ***Afecto Positivo Hombres***

Los resultados del análisis estadístico para el Afecto Positivo Hombres no encontraron diferencias estadísticamente significativas por tiempo, condición, ni interacción por tiempo, tampoco se encontraron resultados importantes al calcular el tamaño del efecto al igual que en las mujeres. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el pretest, el posttest y el seguimiento (Ver anexo11).

### ***Afecto Negativo Mujeres***

El ANOVA MR para la variable Afecto Negativo Mujeres reportó diferencias estadísticamente significativas en el efecto tiempo  $F(2, 58) = 42.954, p = .00$  (ver tabla 23), encontrando una disminución del afecto negativo del posttest al seguimiento en ambas condiciones (ver tabla 24 y 25). En el efecto condición y en la interacción tiempo por grupo no se reportaron diferencias estadísticamente significativas. En la figura 10 se aprecia que el

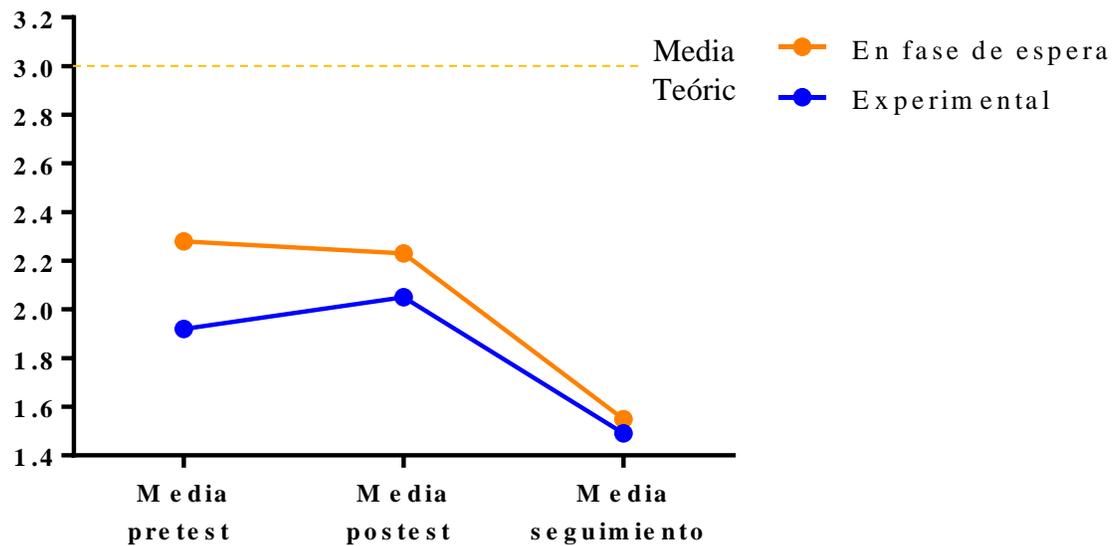
cambio a través del tiempo se produjo en la dirección esperada para ambos indicadores, recordando que a menor puntaje menor afecto negativo que se interpreta como una disminución del mismo. Resultado el tamaño del efecto pequeño en todos los indicadores.

**Tabla 23. ANOVA MR (2X3). Afecto Negativo Mujeres**

Condición	Suma de cuadrados tipo I	Gl	F	p	Eta 2 Parcial	F2 tamaño del efecto
Intrasujetos Tiempo	14.492	2	42.954	.001***	.425	.73
Tiempo*Grupo	.680	2	2.014	.13	.034	.03
Entre sujetos Grupo	1.807	1	1.684	.20	.028	.02

\*\*\* $p \leq .001$

**Figura 10. Medias de la variable Afecto Negativo Mujeres. Tiempo por grupo**



**Tabla 24. Comparación de medias Afecto Negativo Mujeres en el grupo experimental y en el grupo en fase de espera**

Condición	Media Pretest	Media Postest	Media Seguimiento
Grupo experimental	1.92	2.05	1.49
Grupo en fase de espera	2.28	2.23	1.55

***Post-Hoc (Bonferroni). Afecto Negativo Mujeres***

En los resultados del análisis Post-Hoc (Bonferroni) en la comparación por pares del efecto tiempo, las diferencias estadísticamente significativas se observan del postest al seguimiento y del pretest al seguimiento (ver tabla 25).

**Tabla 25. Prueba Post-Hoc Bonferroni Afecto Negativo Mujeres. Tiempo de comparación por pares**

(I) Tiempo	(J) Tiempo	Diferencia de medias (I-J)	Error Std.	p
Pre-test	Post-test	-.039	.076	1.0
	Seguimiento	.585	.072	<b>.001***</b>
Post-test	Pre-test	.039	.076	1.0
	Seguimiento	.624	.077	<b>.001***</b>
Seguimiento	Pre-test	-.585	.072	<b>.001***</b>
	Post-test	-.624	.077	<b>.001***</b>

**\*\*\*p ≤ .001**

***Afecto Negativo Hombres***

Para el Afecto Negativo en Hombres, los análisis indican al igual que en las mujeres diferencias estadísticamente significativas en el efecto tiempo  $F(2, 58) = 29.146$ ,  $p = .001$  (ver tabla 26), encontrando una disminución del afecto negativo del postest al seguimiento en ambas condiciones (ver tabla 27 y 28). En el efecto condición se encontraron diferencias estadísticamente significativas  $F(1, 58) = 6.061$ ,  $p = .01$  y en la interacción tiempo por grupo

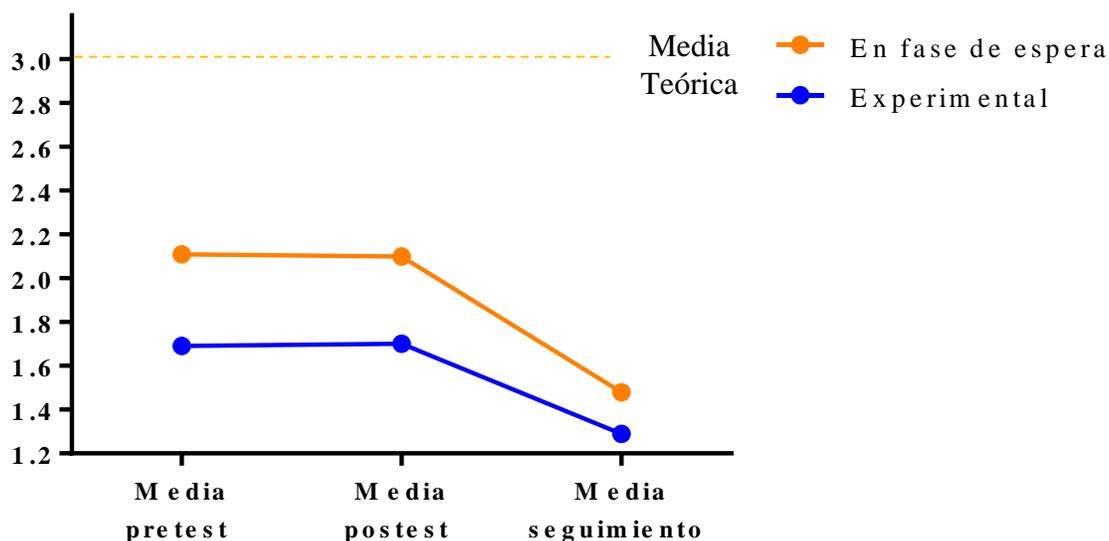
no se reportaron diferencias estadísticamente significativas, se observa un tamaño del efecto grande en la condición tiempo. La figura 11 refleja que el cambio a través del tiempo se produjo en la dirección esperada para ambos indicadores, recordando que a menor puntaje menor afecto negativo que se interpreta como una disminución del mismo.

**Tabla 26. ANOVA MR (2X3). Afecto Negativo Hombres**

Condición	Suma de cuadrados tipo I	Gl	F	p	Eta 2 Parcial	F2 tamaño del efecto
Intrasujetos Tiempo	10.501	2	29.146	<b>.001***</b>	.351	<b>.54</b>
Tiempo*Grupo	.499	2	1.246	.29	.023	.02
Entre sujetos Grupo	4.552	1	6.061	<b>.01**</b>	.101	.11

\*\*p ≤ .01, \*\*\* p ≤ .001

**Figura 11. Medias de la variable Afecto Negativo Hombres. Tiempo por grupo**



**Tabla 27. Comparación de medias de Afecto Negativo Hombres en el grupo experimental y en el grupo en fase de espera**

Condición	Media Pretest	Media Postest	Media Seguimiento
Grupo experimental	1.69	1.70	1.29
Grupo en fase de espera	2.11	2.10	1.48

***Post-Hoc (Bonferroni). Afecto Negativo Hombres***

En los resultados del análisis Post-Hoc (Bonferroni) en la comparación por pares del efecto tiempo, las diferencias estadísticamente significativas se observan del postest al seguimiento y del pretest al seguimiento (ver tabla 28).

**Tabla 28. Prueba Post-Hoc Bonferroni Afecto Negativo Hombres. Tiempo de comparación por pares**

(I) Tiempo	(J) Tiempo	Diferencia de medias (I-J)	Error Std.	p
Pre-test	Post-test	.002	.076	1.0
	Seguimiento	.516	.077	<b>.001***</b>
Post-test	Pre-test	-.002	.076	1.0
	Seguimiento	.514	.090	<b>.001***</b>
Seguimiento	Pre-test	-.516	.077	<b>.001***</b>
	Post-test	-.514	.090	<b>.001***</b>

**\*\*\*p ≤ .001**

**Autoatribución Positiva Mujeres**

El análisis estadístico encontró cambios estadísticamente significativos en el efecto tiempo  $F(2, 58)=10.497$ ,  $p=.001$ , y en el efecto condición  $F(2, 58)= 8.367$ ,  $p=.001$ , (ver tabla 29), incrementando las medias de ambas condiciones en los tres momentos de evaluación (ver tabla 30). La figura 12 muestra que en ambas condiciones el cambio a través del tiempo se produjo en la dirección positiva. El estadístico  $F^2$  (efecto tamaño del efecto) mostro un efecto mediano en el efecto tiempo y condición. Debe recordarse que, en la variable en

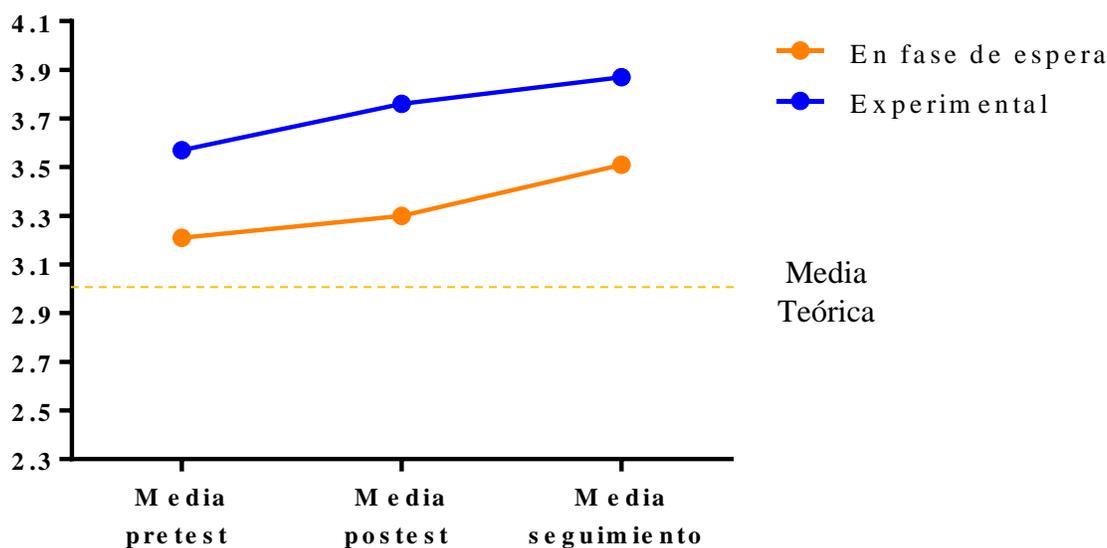
cuestión a mayor puntaje mayor autoatribución positiva que se interpreta como un incremento de la misma.

**Tabla 29. ANOVA MR (2X3). Autoatribución Positiva Mujeres**

Condición	Suma de cuadrados tipo I	Gl	F	p	Eta 2 Parcial	F2 tamaño del efecto
Intrasujetos Tiempo	2.769	2	10.497	.001***	.153	.18
Tiempo*Grupo	.098	2	.370	.69	.006	.00
Entre sujetos Grupo	6.983	1	8.367	.001***	.126	.14

\*\*\* $p \leq .001$

**Figura 12. Medias de la variable Autoatribución Positiva Mujeres. Tiempo por grupo**



**Tabla 30. Comparación de medias de Autoatribución Positiva Mujeres en el grupo experimental y en el grupo en fase de espera**

Condición	Media Pretest	Media Posttest	Media Seguimiento
Grupo experimental	3.57	3.76	3.87
Grupo en fase de espera	3.21	3.30	3.51

### *Post-Hoc (Bonferroni). Autoatribución Positiva Mujeres*

En los resultados del análisis Post-Hoc (Bonferroni) en la comparación por pares del efecto tiempo, las diferencias estadísticamente significativas se observan del posttest al seguimiento y del pretest al seguimiento (ver tabla 31).

**Tabla 31. Prueba Post-Hoc Bonferroni Autoatribución Positiva Mujeres. Tiempo de comparación por pares**

(I) Tiempo	(J) Tiempo	Diferencia de medias (I-J)	Error Std.	p
Pre-test	Post-test	-.143	.068	.11
	Seguimiento	-.304	.071	<b>.001***</b>
Post-test	Pre-test	.143	.068	.11
	Seguimiento	-.161	.060	<b>.03*</b>
Seguimiento	Pre-test	.304	.071	<b>.001***</b>
	Post-test	.161	.060	<b>.03*</b>

\* $p \leq .05$ , \*\*\* $p \leq .001$

### *Autoatribución Positiva Hombres*

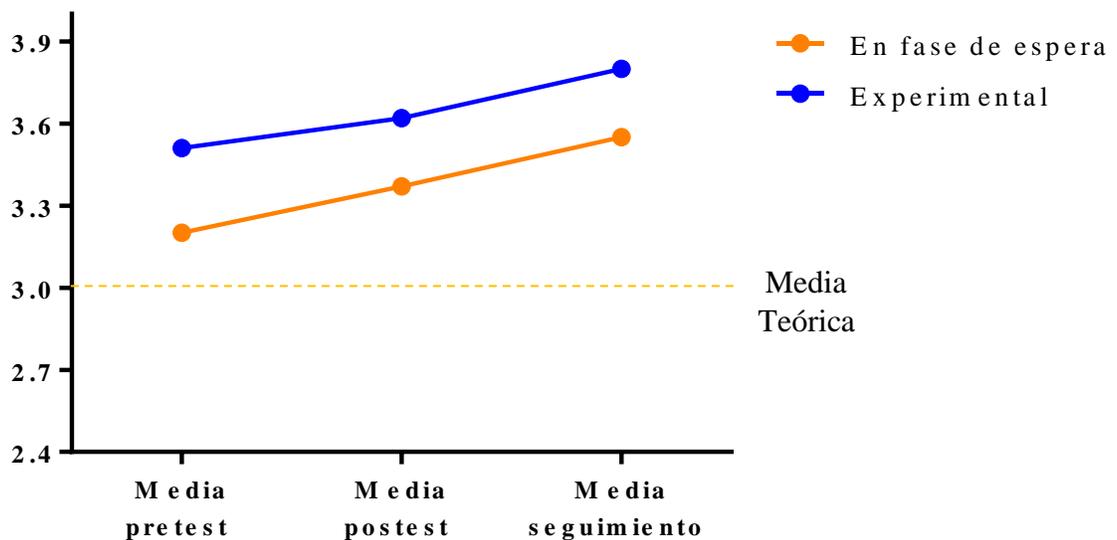
Con respecto a la variable Autoatribución para Hombres, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto tiempo  $F(2,58) = 29.146$ ,  $p = 0.001$  (ver tabla 32), el cual tuvo un tamaño del efecto grande. Respecto al efecto condición se encontraron diferencias estadísticamente significativas  $F(1,58) = 6.061$ ,  $p = 0.01$  con un tamaño del efecto pequeño, en la interacción tiempo x grupo no se encontraron cambios estadísticamente significativos. La figura 13 muestra que las dos condiciones tuvieron resultados en la dirección esperada, pues es importante recordar que a mayor puntaje mayor autoatribución positiva que se interpreta como un incremento de la misma. Las medias de la tabla 33 reflejan un aumento de las mismas en los tres momentos de evaluación, obteniendo mejores resultados en el grupo experimental.

**Tabla 32. ANOVA MR (2X3). Autoatribución Positiva Hombres**

Condición	Suma de cuadrados tipo I	Gl	F	p	Eta 2 Parcial	F2 tamaño del efecto
Intrasujetos Tiempo	10.501	2	29.146	<b>.001***</b>	.351	<b>.54</b>
Tiempo*Grupo	.499	2	1.246	.29	.023	.02
Entre sujetos Grupo	4.552	1	6.061	<b>.01**</b>	.101	.11

**\*\*p ≤ .01, \*\*\*p ≤ .001**

**Figura 13. Medias de la variable Autoatribución Positiva Hombres. Tiempo por grupo**



**Tabla 33. Comparación de medias de Autoatribución Positiva Hombres en el grupo experimental y en el grupo en fase de espera**

Condición	Media Pretest	Media Posttest	Media Seguimiento
Grupo experimental	3.51	3.62	3.80
Grupo en fase de espera	3.20	3.37	3.55

### *Post-Hoc (Bonferroni). Autoatribución Positiva Hombres*

En los resultados del análisis Post-Hoc (Bonferroni) en la comparación por pares del efecto tiempo, las diferencias estadísticamente significativas se observan del pretest al posttest y al seguimiento (ver tabla 34).

**Tabla 34. Prueba Post-Hoc Bonferroni Autoatribución Positiva Hombres. Tiempo de comparación por pares**

(I) Tiempo	(J) Tiempo	Diferencia de medias (I-J)	Error Std.	p
Pre-test	Post-test	-.141	.057	<b>.04*</b>
	Seguimiento	-.318	.071	<b>.001*</b>
Post-test	Pre-test	.141	.057	<b>.04*</b>
	Seguimiento	-.177	.063	<b>.02*</b>
Seguimiento	Pre-test	.318	.071	<b>.001*</b>
	Post-test	.177	.063	<b>.02*</b>

\* $p \leq .05$ , \*\*\* $p \leq .001$

### *Autoatribución Negativa Mujeres*

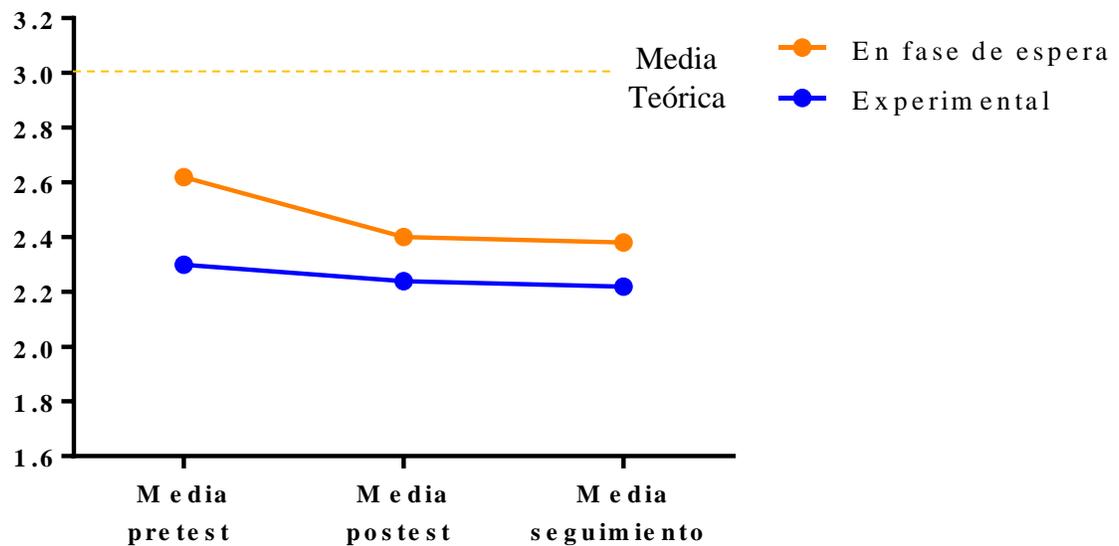
El ANOVA MR arrojó como resultados en esta variable diferencias estadísticamente significativas en el efecto tiempo  $F(2, 58) = 3.261$ ,  $p = .04$  (ver tabla 35), sin cambios significativos en el efecto condición y la interacción tiempo x grupo. La figura 14 muestra que las dos condiciones tuvieron resultados en la dirección esperada, pues a menor puntaje menor autoatribución negativa que se interpreta como una disminución de la misma. El tamaño del efecto es pequeño en todos los indicadores.

**Tabla 35. ANOVA MR (2X3). Autoatribución Negativa Mujeres**

Condición	Suma de cuadrados tipo I	Gl	F	p	Eta 2 Parcial	F2 tamaño del efecto
Intrasujetos Tiempo	.875	2	3.261	<b>.04*</b>	.053	.05
Tiempo*Grupo	.271	2	1.010	.36	.017	.01
Entre sujetos Grupo	2.106	1	2.497	.11	.041	.04

\*p ≤ .05

**Figura 14. Medias de la variable Autoatribución Negativa Mujeres. Tiempo por grupo**



**Tabla 36. Comparación de medias de Autoatribución Negativa Mujeres en el grupo experimental y en el grupo en fase de espera**

Condición	Media Pretest	Media Posttest	Media Seguimiento
Grupo experimental	2.30	2.24	2.22
Grupo en fase de espera	2.62	2.40	2.38

### *Post-Hoc (Bonferroni). Autoatribución Negativa Mujeres*

En los resultados del análisis Post-Hoc (Bonferroni) en la comparación por pares del efecto tiempo, las diferencias estadísticamente significativas se observan del pretest al seguimiento (ver tabla 37).

**Tabla 37. Prueba Post-Hoc Bonferroni Autoatribución Negativa Mujeres.  
Tiempo de comparación por pares.**

(I) Tiempo	(J) Tiempo	Diferencia de medias (I-J)	Error Std.	p
Pre-test	Post-test	.137	.069	.15
	Seguimiento	.161	.061	<b>.03*</b>
Post-test	Pre-test	-.137	.069	.15
	Seguimiento	.024	.070	1.0
Seguimiento	Pre-test	-.161	.061	<b>.03*</b>
	Post-test	-.024	.070	1.0

\*p ≤ .05

### *Autoatribución Negativa Hombres*

El análisis estadístico en la Autoatribución Negativa Hombres no encontró diferencias estadísticamente significativas por tiempo, condición, ni interacción por tiempo, tampoco se encontraron resultados importantes al calcular el tamaño del efecto. En la comparación por pares del efecto tiempo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el pretest, el posttest y al seguimiento (Ver anexo11).

## **IX. DISCUSIÓN**

La finalidad de esta investigación fue evaluar la efectividad de un Programa Psicoeducativo basado en prevención universal sobre Autoeficacia, Afecto Positivo y Auto-atribución para Promover Conductas Alimentarias Saludables en escolares de educación Secundaria, comparando resultados de tres momentos de evaluación: pretest, postest y seguimiento.

Cabe señalar que, los objetivos específicos se cumplieron; primero, se realizó una preevaluación de los niveles de Autoeficacia, Afecto Positivo y Autoatribución en los participantes del estudio, en donde no se identificaron diferencias iniciales entre las puntuaciones obtenidas en los instrumentos aplicados tanto en los grupos experimentales como en los grupos en fase de espera, existiendo equivalencia inicial entre ellos. Posteriormente, se implementó el Programa Psicoeducativo, para modificar los niveles de Autoeficacia, Afecto positivo y Autoatribución, aplicándose únicamente al grupo experimental. En un tercer momento se evaluaron después de la intervención los niveles de Autoeficacia, Afecto Positivo y Autoatribución. Finalmente, se realizó un seguimiento nueve meses después de la intervención para evaluar si los cambios en los niveles de las variables se mantuvieron en los grupos.

En cuanto a las hipótesis; se cumplió parcialmente la hipótesis alterna, la cual establece que existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de Autoeficacia, Afecto Positivo y Autoatribución antes, después y en el seguimiento de un Programa Psicoeducativo para Promover Conductas Alimentarias Saludables en escolares de Secundaria. Estas diferencias estadísticamente significativas se encontraron en el efecto tiempo en las variables; Autoeficacia para la Actividad Física, Afecto Negativo, Autoatribución Positiva y Autoatribución Negativa del grupo experimental. En cuanto al efecto condición e interacción por grupo las diferencias estadísticamente significativas se reportaron en las variables; Afecto Negativo y Autoatribución Negativa en el grupo experimental.

Con respecto a las diferencias significativas por sexo: en las mujeres, estas diferencias en el efecto tiempo se observaron en las variables; Autoeficacia para la Actividad Física, Afecto Negativo, Autoatribución Negativa y Autoatribución Positiva (tiempo y condición).

En el caso de los hombres los cambios significativos estuvieron en las variables Afecto Negativo y Autoatribución Positiva (efecto tiempo).

El Programa resultó ser relativamente adecuado, pues modificó las variables: Autoeficacia para la Actividad Física, Afecto Negativo, Autoatribución Positiva y Autoatribución Negativa. Sin embargo, no mostró tener un impacto significativo en la modificación de los niveles de Autoeficacia para la Alimentación Saludable y Afecto Positivo. Los tamaños de la intervención resultaron pequeños y medianos, y los mayores efectos en las variables se dieron a largo plazo.

Estas diferencias en el tiempo (del posttest al seguimiento) puede sustentarse en algunas Teorías del Cambio Conductual, las cuales señalan que promover dicho cambio debe ser progresivo y requiere un periodo largo de tiempo (231); como lo señala Prochaska (232), las personas antes de cambiar pasan por una serie de etapas que las predisponen en menor o mayor grado al cambio, lo cual de alguna manera podría explicar que el cambio en los participantes se observe a los nueve meses después de la intervención, tiempo en el que pudieron asimilar la información brindada, y poner en práctica las herramientas aprendidas durante las sesiones. Además, también se puede explicar este resultado a partir de la interacción entre pares, ya que los participantes podían aprender Conductas Alimentarias Saludables de sus propios compañeros; como lo menciona Bandura uno no aprende solamente por su propia experiencia, sino también de las acciones de otros y de los resultados de dichas acciones (75). Al respecto, se ha documentado la permanencia en el tiempo de algunas intervenciones para disminuir CAR y trastornos alimentarios, como el realizado por Calvo, Delgado, Rodríguez-Vega y Domingo, quienes reportaron la permanencia del efecto de su intervención en seguimientos a uno, tres y cinco años (233). Otro estudio llevado a cabo por León para implementar un programa de prevención selectiva basado en modelos psicoeducativos, mostró efectos positivos a corto y largo plazo (seguimiento a 6 meses) en las variables asociadas con imagen corporal, a largo plazo el efecto no solo se mantuvo, sino que mejoró (234).

***Impacto de las variables psicológicas para promover Conductas Alimentarias  
Saludables en adolescentes pre, post y seguimiento***

***Afecto positivo y negativo***

Durante la adolescencia se pueden experimentar algunas afecciones como depresión, ansiedad y estrés, las cuales están relacionadas con un alto Afecto Negativo. Por el contrario, el Afecto Positivo durante la adolescencia puede generar experiencias positivas y sanas en la vida adulta (21).

En la variable Afecto; se encontró una disminución estadísticamente significativa del Afecto Negativo a través del tiempo en el grupo experimental del posttest al seguimiento, teniendo un impacto importante a largo plazo. Las mujeres y los hombres reportan este mismo cambio del posttest al seguimiento en los grupos experimentales. Resultados similares se encontraron en el programa Active Children and Esteem Study—ACE Kids realizado en niños de 8-12 años, el cual redujo el Afecto Negativo de los participantes (180). De igual manera, un meta-análisis que reporta que, en las intervenciones tempranas para disminuir las emociones negativas relacionadas con los trastornos alimentarios, el 42% de ellos ha logrado disminuir los niveles de esta variable, este estudio también encontró que las intervenciones con sesiones cortas han demostrado mayor probabilidad de disminuir tanto trastornos de la alimentación como síntomas depresivos en niños y adolescentes (235), lo anterior podría explicar los resultados de este programa de intervención breve en la disminución del Afecto Negativo. No obstante, algunos estudios sugieren sobre la necesidad de un mayor desarrollo de programas dirigidos a la prevención e intervención para disminuir el Afecto Negativo en adolescentes (180), pues se sabe que existe una relación entre la insatisfacción corporal, el Afecto Negativo y los trastornos de la alimentación en los adolescentes. Por lo anterior, disminuir el Afecto Negativo tiene una gran importancia, pues les permitirá afrontar de manera más saludable situaciones estresantes como el control de peso.

El grupo en fase de espera de mujeres y hombres reporta también una disminución en los niveles de esta variable en el seguimiento, lo cual puede ser debido a la contaminación de los grupos, es decir, la interacción entre el grupo experimental y el grupo en fase de espera.

Respecto al Afecto Positivo, no se encontraron cambios significativos, ante este resultado, se retoma lo señalado por Seligman, Steen, Park y Peterson, ya que en el ámbito

de la prevención de alteraciones en la alimentación, las intervenciones deben promover más actitudes y conductas positivas hacia el sí mismos y hacia el cuerpo, debido a que fortaleciendo lo positivo, se debilita lo negativo (236).

### *Autoatribución*

La Autoatribución es uno de los procesos sobre los que se constituye la propia imagen; son los atributos y las características que incorporamos sobre nosotros mismos, y es un componente fundamental del autoconcepto y la autoestima (23,139,140). La baja autoestima se encuentra presente en las personas con alguna alteración en la alimentación (144).

Respecto a la variable Autoatribución; se encontró una disminución significativa a través del tiempo en la Autoatribución Negativa del postest al seguimiento en el grupo experimental. En las mujeres el cambio significativo se dio en el postest, cambio que se mantuvo después de nueve meses en el seguimiento. Resultados similares se encontraron en una intervención cognitivo-conductual en CAR en mujeres, donde dicha intervención disminuyó el autoestima negativa de las participantes (201). Ante estos resultados, reducir la Autoatribución Negativa resulta ser una experiencia positiva para el adolescente, la baja autoestima que es un componente de esta variable, se encuentra presente en las personas diagnosticadas con trastornos de la alimentación (144).

En cuanto a la variable Autoatribución Positiva, en el grupo experimental y en los hombres se reporta un incremento significativo de la misma en los tres momentos de evaluación (pretest, postest y seguimiento), lo cual refleja el efecto de este programa a largo plazo en estas variables. En un estudio realizado por Ramos-Díaz y otros en N=1250 estudiantes de secundaria en España, se demostró que los adolescentes con un autoconcepto alto están más satisfechos con la vida y presentan mayor afecto positivo, en comparación con aquellos con un autoconcepto bajo quienes además muestran la presencia de Afecto Negativo (161).

El grupo en fase de espera de mujeres y hombres reporta también una disminución en la Autoatribución Negativa, lo cual también puede deberse a la contaminación de los grupos, ya que al estudiar en la misma escuela y en los mismos grados, tanto el grupo experimental como el grupo en fase de espera interactúan en diferentes momentos, tales como el recreo o

al salir de clases, con lo cual pueden compartir información sobre los temas de la intervención.

### ***Autoeficacia (AE)***

La AE tiene un papel fundamental en el éxito de los tratamientos destinados al control de peso, ya que es una estrategia relacionada con actividad física, y con alimentación saludable (237).

Respecto a la AE para la Actividad Física las diferencias estadísticamente significativas a través del tiempo se encontraron en el grupo experimental y en las mujeres, teniendo un incremento de la AE para la Actividad Física en la fase de seguimiento, por lo que el efecto de este programa de intervención se refleja a largo plazo. Resultados similares fueron encontrados por Acevedo y Ávila (64) en un estudio con niños de edad escolar, y en el programa “Psico-nutri-actívate” que reportó un cambio significativo en el incremento de la autoeficacia y en la actividad física del pretest al seguimiento en escolares (202).

Otro estudio realizado por Gómez-Peresmitré, Platas y Pineda, encontró después de una intervención cambios significativos en la autoeficacia para la actividad física en niños de primaria, contrariamente a lo reportado en esta investigación en donde el cambio se dio en las niñas (90); por lo que, se tiene que considerar lo sugerido por Neumark-Sztainer, Goeden y Story, quienes en su estudio realizado a más N=4000 adolescentes recomiendan que los programas de intervención deben mejorar la actividad física de los adolescentes, para evitar el riesgo de prácticas de peso poco saludables, así como algún TA (238).

La AE para la Alimentación Saludable no arrojó diferencias estadísticamente significativas en ninguna condición, lo cual podría explicarse a partir de la ausencia de diferencias significativas en los conocimientos sobre alimentación saludable, pues algunos autores han señalado que la adquisición de conocimientos sobre hábitos de alimentación saludable es oportuna e importante, pues refuerza la práctica alimentaria saludable, estos conocimientos han posibilitado en algunas intervenciones un pequeño cambio en hábitos alimentarios (212).

### ***Conocimientos en Alimentación Saludable***

Es importante señalar que a medida que el individuo es autónomo para decidir comidas, horarios y preferencias alimentarias, será capaz de cambiar y mantener un nuevo patrón de consumo alimentario saludable.

Respecto a los Conocimientos en la Alimentación Saludable, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna condición, al respecto algunos estudios epidemiológicos han encontrado que en ocasiones la población tiene información y conocimientos sobre una dieta saludable; sin embargo, estos conocimientos no son reflejados en la manera de consumir alimentos (239). Estos resultados concuerdan con los resultados de un estudio realizado por Pinto y otros, en escolares de primaria, en donde los resultados encontraron que los participantes de escuelas públicas presentan menor dominio de conocimientos en nutrición (240).

De igual manera, en su estudio Montero, Úbeda y García encontraron en su investigación con universitarios que la mayoría de los participantes mostraban conocimientos medios y bajos en nutrición (212), lo cual concuerda con algunos autores que mencionan que los hábitos alimentarios adquiridos durante la edad infantil y en la adolescencia se mantienen en la edad adulta (241). Por ello, los programas de intervención deben seguir incorporando y reforzando conocimientos en la alimentación saludable para modificar y mantener estilos de vida saludables, pues de acuerdo con la Health Evidence Network de la OMS, los programas escolares más efectivos son aquellos que promueven buenos hábitos alimentarios y actividad física (242).

### ***Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR)***

Respecto a las CAR, no se encontraron diferencias significativas por tiempo, condición, ni interacción por tiempo. Estos resultados podrán explicarse a partir de lo establecido por Stice, quien afirma que las intervenciones con participantes que cuentan con bajos niveles de riesgo pueden presentar un efecto de “suelo”; es decir, el rango de mejora que pueden reportar es pequeño y por lo tanto puede ser difícil de observar (107).

Es importante señalar, que los programas que mayores cambios significativos reportan en la disminución de estas conductas, son los que están basados en prevención

selectiva, pues se trabaja con población de alto riesgo y por lo tanto, los cambios son más notorios, en comparación con población en la que no se ha identificado riesgo (243).

Aunque los resultados no fueron significativos, los cambios en los niveles bajos de esta variable tanto del grupo experimental como del grupo control en hombres y mujeres se mantiene en el seguimiento, lo que corrobora la ausencia de CAR en la población de estudio.

## **X. CONCLUSIONES**

Dentro de las principales aportaciones de esta investigación se encuentran las siguientes:

- El haber desarrollado un programa breve que muestra ser efectivo a largo plazo para disminuir el Afecto Negativo y la Autoatribución Negativa, así como incrementar la Autoeficacia para la Actividad Física y la Autoatribución Positiva en estudiantes de secundaria.

-Incrementar la Autoatribución Positiva les ayuda a los participantes a mejorar su autoestima y autoconcepto, y puede inducirlos a tener interacciones más sanas, y a realizar elecciones nutricionales no saludables. Aunque no se obtuvo un cambio significativo en la Autoeficacia para la Alimentación Saludable, modificar las variables anteriores impacta directamente en la salud física y mental de esta población.

-En cuanto a la efectividad del Programa por género, este Programa Psicoeducativo obtuvo cambios favorables y significativos en el grupo experimental, tanto en hombres como en mujeres, siendo ellas quienes reportaron los mayores cambios en las variables Autoeficacia para la Actividad Física y Autoatribución Positiva.

-Estos resultados también reflejan que incorporar en este Programa la modalidad de “Psicoeducación” como estrategia central preventiva y de promoción de la salud, ha resultado ser eficaz, particularmente al realizarla en grupo, ya que minimiza el riesgo de aparición de un trastorno de la alimentación y contribuye en la adopción de estilos de vida saludables en la adolescencia.

-La psicoeducación sigue siendo de gran importancia dentro de los programas basados en prevención universal, puesto que minimiza la aparición de factores de riesgo en la salud y favorece la elección de Conductas Alimentarias Saludables, favoreciendo en las personas mejores condiciones para comprender y actuar de manera positiva sobre su salud, no basta solo con identificar los factores de riesgo en torno a ella.

-Los resultados indican que es necesario educar al adolescente para que desarrolle habilidades y actitudes que le permitan tener un mejor autocuidado, y hacer elecciones saludables para afrontar de manera sana y equilibrada los riesgos a los que se enfrente.

-Durante la adolescencia, resulta óptimo realizar intervenciones basadas en prevención universal, de tal forma que se evite o atenúe el riesgo para la aparición de algún trastorno de la alimentación.

- Las intervenciones breves basadas en pocas sesiones (tres) como en el Programa Psicoeducativo de este estudio, muestran resultados eficaces y positivos, asimismo, son óptimas en su aplicación y de bajo costo.

-Este programa sienta las bases para el desarrollo de futuros programas de intervención que incorporen las variables abordadas y que puedan mejorar los contenidos de las variables que no mostraron cambios significativos, en población con características semejantes a la de los participantes de este estudio.

## **XI. RECOMENDACIONES**

Es importante seguir apostando por los programas de intervención breves basados en prevención universal ya que son de bajo costo y pueden ser aplicados a un gran número de población, además de dar resultados efectivos a corto plazo. Estos programas deben ser acordes a las características y a la etapa de desarrollo de la población a intervenir, además de considerar los factores psicológicos y socioculturales vinculados a los problemas de alimentación.

Se sugiere la réplica de este programa psicoeducativo, desarrollando cada una de las variables por separado para identificar los contenidos con mayor efectividad, y posteriormente unir estos contenidos en el programa. De igual manera, se sugiere reforzar los contenidos de las variables Autoeficacia para la Alimentación Saludable y Afecto Positivo, las cuales no mostraron cambios significativos con la intervención.

Una variable que debe considerarse en futuras intervenciones sobre Alimentación Saludable es la imagen corporal, pues está relacionada con el estado nutricional y con un ideal de belleza, a partir de lo cual se plantean dudas sobre los hábitos de alimentación sanos, el peso corporal y la actividad física. Así mismo, se sugiere que los futuros programas de intervención tengan un abordaje integral y con componentes didácticos innovadores que incorporen factores protectores dentro de sus variables psicológicas.

También, se sugiere la creación de intervenciones con un enfoque de género, pues en estudios nacionales e internacionales en adolescentes se ha encontrado la presencia de CAR y problemas relacionados con la imagen corporal particularmente en el sexo femenino.

Es necesario seguir trabajando con grupos de pares, pues al ser un proceso de co-aprendizaje potencializa el desarrollo de habilidades y garantiza procesos y aprendizajes similares en los otros. En los adolescentes, el entorno social constituido por sus pares tiene un papel fundamental para desarrollar estilos de vida saludables, así como su propia identidad, pues el aprendizaje que obtiene el adolescente de otros, lo trae a su propia realidad y práctica cotidiana.

Otro aspecto necesario es que, las autoridades y el personal docente debe ser sensibilizado y capacitado sobre la importancia de la alimentación saludable en esta etapa del desarrollo, y así generar estrategias preventivas en salud y fortalecer los espacios destinados a niños y a niñas sobre el autocuidado de la salud.

De igual manera, resulta necesario involucrar y capacitar a la familia sobre la importancia de la alimentación saludable, la nutrición y el estilo de vida saludable en esta población, puesto que la familia es un modelo muy potente en la transmisión de estos hábitos, actitudes y estilos de vida saludables. Además, es la red de apoyo más importante del adolescente para brindar afecto y seguridad, lo cual impacta directamente en variables como la Autoestima, la Autoatribución y el Afecto Positivos, lo que tendría un efecto importante y positivo en futuros programas de intervención.

El uso de materiales como los manuales que se utilizaron para esta intervención son necesarios, pues refuerzan los contenidos vistos en las sesiones y permiten que los participantes tengan acceso a estos conocimientos cuando lo deseen, resultado que puede reflejarse a través del tiempo. Por lo tanto, se sigue recomendando en las intervenciones el uso de material que refuerce los contenidos abordados en las sesiones.

## **XII. LIMITACIONES**

Una de las principales limitaciones de este estudio es el carácter no probabilístico de la muestra, lo que impide la generalización de los resultados obtenidos a la población adolescente mexicana.

Otra limitación fue la contaminación de grupos, es decir, la interacción entre el grupo experimental y el grupo en fase de espera, ya que éste último, tanto en hombres como en mujeres, también mostraron cambios favorables en el seguimiento.

### **XIII. REFERENCIAS**

1. Edith L, Liliana P, Pérez-laborde LE. El quehacer del profesional de la psicología de la salud : Definiciones y objetivos. *Rev Digit Int Psicol y Cienc Soc.* 2017;3(2):137–56.
2. Macias AI, Gordillo LG, Camacho E. Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Rev Chil Nutr.* 2012;39(3):2–5.
3. Vögele C, Gibson L. Mood, emotions and eating disorders in Agras WS. *Handbook of Eating Disorders.* Oxford University Press, editor. Oxford Library of Psychology; 2010. 180-205 p.
4. Sabino JA, Correas-Bodas AGN. Promoción de hábitos alimentarios saludables en adolescentes desde la atención primaria. *Semergen.* 2016;42(5):349–50.
5. Black MM, Creed-Kanashiro H. ¿ Cómo alimentar a los niños ? La práctica de conductas alimentarias saludables desde la infancia. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2012;29(3):374–8.
6. Meule A. The psychology of eating. *Front Psychol.* 2013;4:3–4.
7. Garc M, Castro MM. Hábitos de vida saludable desde la adolescencia. *Rev estudios Juv.* 2016;112(2):107–16.
8. Deschamps V, Salanave B, Chan-Chee C, Vernay M, Castetbon K. Body-weight perception and related preoccupations in a large national sample of adolescents. *Pediatr Obes.* 2015;10(1):15–22.
9. Salud y Nutricion. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. 2018 [citado el 27 de mayo de 2019]. Disponible en: [https://www.unicef.org/mexico/spanish/17047\\_17494.html](https://www.unicef.org/mexico/spanish/17047_17494.html)
10. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 Informe Final de Resultados [Internet]. 2016. Disponible en: [http://oment.uanl.mx/wp-content/uploads/2016/12/ensanut\\_mc\\_2016-310oct.pdf](http://oment.uanl.mx/wp-content/uploads/2016/12/ensanut_mc_2016-310oct.pdf)
11. Gómez, Z; Landeros, P; Romero ETR. Estilos de vida y riesgos para la salud en una población universitaria. *Rev Salud Pública y Nutr.* 2016;15(2):15–21.
12. Lora-Cortez CI, Saucedo-Molina T. Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México. *alud Ment.* 2006;29(3):60–7.
13. Castells M, Capdevila C, Girbau T, Rodríguez C. Estudio del comportamiento alimentario en escolares de 11 a 13 años de Barcelona. *Nutr Hosp.* 2006;21(4):517–32.
14. Unikel-Santoncini C, Nuño-Gutiérrez B, Celis-De La Rosa A, De T, Saucedo-Molina J, Trujillo EM, et al. Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. *Rev Investig Clínica.* 2010;62(5):424–32.

15. Hardcastle SJ, Thogersen-ntoumani C, Chatzisarantis N. Food Choice and Nutrition : A Social Psychological Perspective. *Nutrients*. 2015;7(10):8712–5.
16. Organización Mundial de la Salud. Alimentación Sana [Internet]. 31 de agosto de 2018. 2018 [citado el 5 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
17. Galvá, G, Gúzman R, Fernández TL, Atitlán A, Vargaz E, Amezcua A, Hernández J. Educación en Salud y Nutrición en Escuelas Primarias : Los Proyectos Formativos Como Estrategia Innovadora de Planificación Didáctica . 2016.
18. Schonfeld P, Brailovskaia J, Bieda A, Chi-Zhang X, Margraf J. The effects of daily stress on positive and negative mental health: mediation through self-efficacy. *Int J Clin Heal Psychol*. 2016;16:1–10.
19. Palacios J, Ramírez V, Anaya M, Hernández HL, Martínez R. Evaluación Psicométrica de una Escala de Autoeficacia de la Conducta Alimentaria. *Rev Chil Nutr*. 2017;44(1):13–13.
20. Aguilar-Palacios LH, Negrete-Cortés AJ, Martínez-Alvarado JR, Magallanes AG, García-Gomar M. Propiedades psicométricas del inventario autoeficacia percibida para el control de peso en estudiantes universitarios del área de la salud. *Nutr Hosp*. 2018;35(6):550–6.
21. Yıldız MA, Kızıldağ S. Pathways from Positive and Negative Affect to Depressive Symptoms : Multiple Mediation of Emotion Regulation Strategies. 2018;34(2013):241–50.
22. Gómez-peresmitré G, Platas S, Pineda, Corona, N González V. Propiedades psicométricas del inventario de autoatribución para adolescentes de secundaria. *La Psicol Soc en México*. 2018;17.
23. Myer D. *Psicología Social*. México: Mc Graw Hill; 1995.
24. López-Espinoz A, Martínez AG, Aguilera V. Investigaciones en comportamiento alimentario. Investigación RI de, Nutrición en CA y, (RIICAN), editores. México: Printed in Mexico; 2018.
25. Domínguez-Vasques P, Olivares y Santos J. Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Arch Latinamericanos Nutr*. 2008;58(3):249–54.
26. Troncoso C, Amaya J. Factores sociales en las conductas alimentarias de estudiantes universitarios. 2009;36(8):1090–7.
27. Ricardo YR, Peralta L, Yaulema L, Pallo J, Caiza V, Parreño Á, et al. Alimentación saludable en docentes. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 2017;33(1):115–28.
28. Marugán De Miguelsanz JM, Monasterio Corral L, Pavón Belinchón PM. Alimentación en el adolescente. *Protoc diagnóstico-terapéuticos Gastroenterol Hepatol y Nutr Pediátrica SEGHNPAEP*. 2007;307–12.
29. Feldman E. *Principios de nutrición clínica*. Moderno M, editor. México; 1990.

30. Singh SP MP. Human body measurements: concepts and applications. 1a ed. Pvt PL, editor. 2009.
31. Ramos P, Rivera F, Pérez RS, Lara L. Diferencias de género en la imagen corporal y su importancia en el control de peso Gender differences in body image and its relevance in body weight control. 2016;9:42–50.
32. Keery H, van den Berg P, Thompson JK. An evaluation of the Tripartite Influence Model of body dissatisfaction and eating disturbance with adolescent girls. *Body Image*. 2004;1(3):237–51.
33. Marques A, Naia A, Branquinho C, Matos MG. Adolescents' eating behaviors and its relationship with family meals, body mass index and body weight perception. *Nutr Hosp*. 2018;35:550–6.
34. Kim O, Kim K. Body Mass Index, Body Shape Satisfaction, and Weight Control Behaviors among Korean Girls. *Psychol Rep*. 2005;96(3):676–80.
35. Guzmán R, Gómez G. Análisis discriminante del Inventario de Autoeficacia para Control de Peso en adolescentes mexicanos. *Psicol y Salud*. 2011;21(55):157–64.
36. Shafiee S, Mesgarani M, Begum K. Assessment of Nutritional Status Among Adolescent Boys in an Urban Population of South India. *Glob J Health Sci*. 2015;7(3):335–44.
37. Agriculture USD of H and HS and USD of. 2015 – 2020 Dietary Guidelines for Americans. 2015 – 2020 Diet Guidel Am (8th Ed. 2015;18.
38. OMS | Nutrición. WHO. 2015;
39. Sharma SJ, Muzammil K, Singh J V, Alvi MT, Singh RS, Siddiqui S. Assessment and comparison of nutritional status of government and private secondary school children of muzaffarnagar. *Indian J Community Heal*. 2017;29(3):264–70.
40. Matsushashi Y. Thinness: Drives and results. *J Adolesc Heal*. 2000;27(3):149–50.
41. Martínez HA. Nutrición saludable frente a la obesidad bases científicas y aspectos dietéticos. Editorial Medica Panamericana, editor. México; 2014.
42. Marquéz MP, Aguilar V, Cárdenas R, Zárate P, Lizárraga SL, Villa G, Magaña G. Metabolismo y nutrición en el niño con cáncer. *Nutr Clin*. 2006;9(3):24–30.
43. Sirvent JE; Garrido RP. Valoración antropométrica de la composición corporal: Cineantropometría. Universidad de Alicante, editor. 2009.
44. Reidl ML; Guillén MR. Importancia del estudio y tratamiento de la obesidad. En: Guillén MR, editor. *Psicología de la obesidad: Esferas de la vida*. 2a ed. México D.F.: Editorial Manual Moderno; 2014. p. 23–38.
45. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [Internet]. [citado el 4 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://new.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

46. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad [Internet]. 2018. Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5523105&fecha=18/05/2018](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5523105&fecha=18/05/2018)
47. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Evaluación del crecimiento de niños y niñas. UNICEF; 2012.
48. Ogden J. Health Psychology: A Textbook. England: Mc Graw Hill Education; 2007.
49. Kaufer-Horwitz M, Toussaint G. Indicadores Antropométricos para evaluar Sobrepeso y Obesidad en Pediatría. Medigraphic. 2008;65(1):17.
50. Prevention C for DC and. Overweight Children and Adolescents. 2003. p. <https://www.cdc.gov/obesity/childhood/defining.htm>.
51. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz W. Establishing a standard definition for child over-weight and obesity worldwide: International survey. Br Med J. 2000;320:1240–3.
52. Amaya A, Álvarez G, Ortega M, Mancilla J. Peer influence in preadolescents and adolescents: A predictor of body dissatisfaction and disordered eating behaviors. Rev Mex Trastor Aliment. 2017;8(1):31–9.
53. Mockus SI; Trujillo GM; Regulación del apetito y la obesidad. En: Universidad Nacional de Colombia, editor. Obesidad y enfermedades asociadas. Bogotá D.C., Colombia; 2013. p. 78–87.
54. Mockus S. Obesidad y Diabetes mellitus tipo 2. En: Mockus SI; Trujillo GM; editor. Obesidad y enfermedades asociadas. Colombia: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina; 2013. p. 89–97.
55. González BJ Lara G, Avila R. Concepto, definición y diagnóstico. En: Vargas, AL; Bastarrachea, SR; Laviada MH; González, BJ; Avila R, editor. Obesidad en México, Fundación Mexicana para la Salud. UAY;
56. Ramírez PD, Ángel A. Tratamiento nutricional de la obesidad y comorbilidades. En: Mockus Sivickas I; Trujillo Güiza ML, editor. Obesidad y enfermedades asociadas. Bogotá D.C., Colombia; 2013. p. 191–7.
57. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es la malnutrición? [Internet]. 2016 [citado el 27 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/malnutrition/es/>
58. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [Internet]. Datos y cifras. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
59. Organización Mundial de la Salud. La obesidad entre los niños y los adolescentes se ha multiplicado por 10 en los cuatro últimos decenios [Internet]. 2017 [citado el 27 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/11-10-2017-tenfold-increase-in-childhood-and-adolescent-obesity-in-four-decades-new-study-by-imperial-college-london-and-who>

60. Organización Mundial de la Salud. Prevalencia mundial de la anemia y número de personas afectadas [Internet]. 2018. Disponible en: [https://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia\\_data\\_status\\_t2/es/](https://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia_data_status_t2/es/)
61. Levy TS, Amaya MA, Cuevas L. Desnutrición y obesidad: doble carga en México [Internet]. *Revista nacional universitaria (UNAM)*. 2015. Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.16/num5/art34/>
62. Instituto Nacional de Salud Pública [Internet]. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. [citado el 11 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/Hidalgo-OCT.pdf>
63. Hallal P, Wells J, Reichert F, Anselmi LVC. Early Determinants of Physical Activity in Adolescence: Prospective Birth Cohort Study. *Br Med J*. 2006;332:1002–7.
64. Aedo A, Ávila H. Nuevo cuestionario para evaluar la autoeficacia hacia la actividad física en niños. *Rev Panameña Salud Pública*. 2009;26(4):324–9.
65. Sniehotta FF, Schwarzer R. Action planning and coping planning for long-term lifestyle change : Theory and assessment. 2005;576(December 2004):565–76.
66. Flórez L. *Psicología Social de la Salud: Promoción y Prevención*. Manual Moderno, editor. Colombia; 2007.
67. Sniehotta FF, Schwarzer R, Scholz USB. Action planning and coping planning for long-term lifestyle change: Theory and assessment. *Eur J Soc Psychol*. 2005(35):565–576.
68. Pastor Y, Balaguer I. Relaciones entre autoconcepto, deporte y competición deportiva en los adolescentes valencianos. 2010;
69. Aedo A, Ávila H. Nuevo cuestionario para evaluar la autoeficacia hacia la actividad física en niños. *Rev Panameña Salud Pública*. 2009;26(4):324–9.
70. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of Control*. Freeman, editor. New York; 1997.
71. Contreras MO. Autoeficacia percibida en conductas de cuidado de la salud en universitarios de primer ingreso. *Perfiles Educ*. 2012;XXXIV:62–74.
72. Elfhag K, Rossner S. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obes Rev*. 2011;6(1):67–8.
73. Bandura A. Self-efficacy and Health. En: *En International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. Oxford: Elsevier; 2001. p. 13815–20.
74. Bandura A, Barbaranelli C, Caprara GV, Pastorelli C, Regalia C. Sociocognitive selfregulatory mechanisms governing transgressive behavior. *J Pers Soc Psychol*. 2001;52:1–26.
75. Bandura A. Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annu Rev Psychol*. 2001;125–35.

76. Bandura A. *Self-Efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University Press; 1995.
77. DiClemente CC, Prochaska JN. In search of how people change: Applications to the addictive behaviors. *Am Psychol*. 1992;47(9):1102–14.
78. Flores L. *Psicología Social de la Salud: promoción y prevención*. Manual Mod. Bogotá; 2007. 240 p.
79. Cabrera A, Gustavo A. El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2000;18(2):129–38.
80. Schwarzer R, Gutiérrez-Doña B. Modelando el cambio en el comportamiento de salud: Cómo predecir y modificar la adopción y el mantenimiento de comportamientos de salud. *Rev Costarric Psicol*. 2009;28:41–2.
81. Gollwitzer PM, Sheeran P. Implementation intentions and goal achievement: A metaanalysis of effects and processes. *Adv Exp Soc Psychol*. 2006;38:69–119.
82. Chang C. Behavioral recommendations in health research news as cues to action: self-relevancy and self-efficacy processes. *J Health Commun*. 2016;21(8):954–68.
83. Peinado-Pérez JE, Cocca A, Solano Pinto N, Blanco Vega H. Invarianza factorial de una escala de autoeficacia en deportistas y no deportistas. *Rev Psicol del Deport*. 2017;26:189–97.
84. Çitozi R, Bozo D, Pano G. An assessment of the perception of physical activity , eating habits , self-efficacy and the knowledge about healthy food in Albanian adolescents. 2012;8(December):9–12.
85. Guzmán R. Factores psicosociales asociados con conductas alimentarias de riesgo en adolescentes con obesidad. UNAM; 2012.
86. Campos, S; Pérez J. Autoeficacia y conflicto decisional frente a la disminución del peso corporal en mujeres. *Rev Chil Nutr*. 2007;34(3):1–17.
87. Chang MW, Brown RL, Nitzke S. Self-efficacy and dietary fat reduction behaviors in obese African-American and white mothers. *Obesity*. 2008;16(5):992–1001.
88. Nothwehr F. Self-Efficacy and Its Association With Use of Diet-Related Behavioral Strategies and. 2008;35(October):698–706.
89. Gillespie R. Connecting self-efficacy of dietary choices and the association with dietary intake among rural adolescents in NorthCcarolina and Kentucky. *Diet Hum Nutr*. 2017;54:1–27.
90. Gómez-peresmitré G, Platas-acevedo S, Pineda-garcía G. Programa de autoeficacia hacia hábitos saludables para la prevención de la obesidad en escolares mexicanos. 2019;6:44–50.
91. Glynn SM, Ruderman A. The Development and Validation of an Eating Self- Efficacy Scale. *Cognit Ther Res*. 1986;10(4):403–20.

92. Wilson-Barlow L, Hollins TR, Clopton JR. Construction and validation of the healthy eating and weight self-efficacy (HEWSE) scale. *Eat Behav.* 2014;15(3):490–2.
93. Padilla JL, Acosta B, Guevara M, Gómez J, González A. Propiedades psicométricas de la versión Española de la escala de Autoeficacia general aplicada en México y España. *Rev Mex Psicol.* 2006;23(2):245–52.
94. Gómez-peresmitré G, Platas S, Pineda-García G, Guzmán-Salda R, León-Hernández R. Validation of an instrument of self-efficacy for the prevention of obesity in school children. *Rev Mex Trastor Aliment.* 2017;8:21–30.
95. Flores A, González-Celis AL, Valencia A. Validación del Instrumento de Autoeficacia para Realizar Conductas Saludables en Niños Mexicanos Sanos. *Rev Psicol y Salud.* 2010;20(1):23–30.
96. Batty D, Lee I-M. Physical activity and coronary heart disease. *BMJ.* 2004;328–1089.
97. Hernández B, Vélazquez R, Martínez ME, Garoz I, López C, López A. Frecuencia de actividad física en niños y adolescentes: relación con su percepción de autoeficacia motriz, la práctica de su entorno social y su satisfacción con la educación física. *Infanc y Aprendizaje.* 2008;37(1):79–92.
98. Clark MM, Abrams DB, Niaura RS, Eaton CA, Rossi J. Self-efficacy in weight management. *J Consult Clin Psychol.* 1991;59(5):739–44.
99. Ruiz VM, Berrocal C, López AE, Rivas T. Instrumentos de Evaluación de la Autoeficacia Percibida en el Control de Conductas de Ingesta. *Propiedades Psicométricas.* 2012.
100. Ruiz VM, Berrocal C, López AE, Rivas T. Autoeficacia en el control de Ingesta. Adaptación al Castellano de la Eating Self Efficacy Scale. *Psicothema.* 2003;15(1):15(1).
101. Guzmán-Saldaña RME, Gómez G, García M, Del Castillo A. Análisis Factorial Confirmatorio del Inventario de Autoeficacia Percibida para Control de Peso en Población Mexicana. *Psicol Iberoam.* 2011;19(2):78–88.
102. Fernández T, Medina S, Herrera IM, Rueda S, Fernández A. Construcción y validación de una escala de autoeficacia para la actividad física. *Rev Esp Salud Pública.* 2011;85:405–17.
103. DeBar LL, Stevens VJ, Perrin N, Wu P, Pearson J, Yarborough BJ, Dickerson J, Lynch F. A Primary Care-Based, Multicomponent Lifestyle Intervention for Overweight Adolescent Females. *Pediatrics.* 2012;129.
104. Jauregui EE, López JR, Macías AN, Porras S, Reynaga-Estrada P, Morales JJ, Cabrera J. Autoeficacia y actividad física en niños mexicanos con obesidad y sobrepeso.
105. Caballo V. Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. México: Siglo XXI; 1993.
106. León R. Modelos de prevención de trastornos de la conducta alimentaria: técnicas asertivas/habilidades sociales y psicoeducativas. 2010.

107. Stice E. Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychol Bull.* 2002;825–48.
108. Rimm, DC; Masters J. *Terapia de la Conducta*. Trillas, editor. México; 1980.
109. Jauregui EE, López JR, Macías AN, Porras S, Reynaga-Estrada P, Morales JJ, Cabrera J. Autoeficacia y actividad física en niños mexicanos con obesidad y sobrepeso. *Rev Euroam Ciencias del Deport.* 2013;2(2):69–75.
110. Annesi JJ. Behaviorally Supported Exercise Predicts Weight Loss in Obese Adults Through Improvements in Mood , Self-Efficacy , and Self-Regulation , Rather Than by Caloric Expenditure. 2011;15(1):23–7.
111. Grimaldo M. Validez y Confiabilidad de la Escala de Afectos Positivos y Negativos (SPANAS) en estudiantes de secundaria de nivel socio económico medio y bajo. *Rev Cult.* 2003;17:341–64.
112. Rosenberg E. Levels of analysis and the organization of affect. *Rev Gen Psychol.* 1998;2(3):247–70.
113. Rodríguez G, Juárez C, Ponce de León M. La culturalización de los afectos: Emociones y sentimientos que dan significado a los actos de protesta colectiva. *Interam Psychol.* 2011;45(2):193–201.
114. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *J Pers Soc Psychol.* 1988;54(6):1063–70.
115. Contreras F, Barbosa D, Espinosa J. Personalidad , inteligencia emocional y afectividad en estudiantes universitarios de áreas empresariales Implicaciones para la formación de líderes. *Divers Perspect en Psicol.* 2010;6(1):65–79.
116. Andrés-garcía S De, Cano-lópez I, Moya-albiol L, González-bono E. Negative affect , perceived health , and endocrine and immunological levels in caregivers of offspring with schizophrenia. 2016;28(4):377–82.
117. Instituteer NMH. Depression [Internet]. 2019. 2018. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>
118. Robles R, Páez F. Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las Escalas de Afecto Positivo y Negativo ( PANAS ). 2003;26(1).
119. Gallegos-guajardo J, Nava-fuerte JM. Relaciones escolares , comunicación con padres y prosocialidad como predictores de emociones positivas. 2018;24(2):183–93.
120. Segura, M; Arcas M. *Educación de las emociones y los sentimientos: Introducción al mundo complejo de los sentimientos*. 3er ed. Madrid, España: Narcea; 2013.
121. Choliz M. *Psicología de la emoción: El proceso emocional* [Internet]. [citado el 10 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.uv.es/choliz/Proceso emocional.pdf>
122. Ponce A. *La gramática de los sentimientos*. Argentina: Cartago; 1987.

123. Rosas O. La estructura disposicional de los sentimientos.
124. Ezequiel P, Kanter F, Medrano A. El afecto y sus dimensiones: Modelos contrastados mediante análisis factorial confirmatorio de la Escala PANAS. 2016;22(2):173–84.
125. Ansiedad YLA, Basada E. Modelo Tripartito sobre el Afecto Positivo y Negativo , la Depresión y la Ansiedad: evidencia basada en la estructura de los síntomas y en diferencias sexuales. 1996;I:27–34.
126. González M, Herrero M, Viña CM, Ibáñez I, Peñate W. El modelo tripartito: relaciones conceptuales y empíricas entre ansiedad, depresión y afecto negativo. *Rev Latinoam Psicol.* 2004;36(2):289–304.
127. Pátros F, Soriano-Mas C, Navarro G. AAfecto positivo y negativo: ¿una dimensión bipolar o dos dimensiones unipolares independientes? *Interdisciplinaria.* 2012;29(1):151–64.
128. Reich JW, Zautra AJ, Davis M. Dimensions of Affect Relationships : Models and Their Integrative Implications. 2003;7(1):66–83.
129. Larsen JT, Norris CJ, McGraw AP, Hawkey LC, Cacioppo J. The evaluative space grid: A single-item measure of positivity and negativity. *Cogn Emot.* 2009;23(3):453–480.
130. Esparza N, Rodríguez M. Factores contextúales del desarrollo infantil y su relación con los estados de ansiedad y depresión. *Divers Perspect en Psicol.* 2009;5(1):47–64.
131. Xavier A, Cunha M, Gouveia JP. Deliberate self-harm in adolescence : The impact of childhood experiences , negative affect and fears of compassion. 2015;1(1):41–9.
132. Culbert KM, Lavender JM, Crosby RD, Wonderlich SA, Engel SG, Peterson CB, Mitchell JE, Crow SJ, Le Grange D, Cao L, Fischer SA. Associations between negative affect and binge/purge behaviors in women with anorexia nervosa: Considering the role of negative urgency. *Compr Psychiatry.* 2017;66:104–12.
133. Kitsantas A, Gilligan TD, Kamata A, Gilligan TD. College Women With Eating Disorders : Self-Regulation , Life Satisfaction , and Positive / Negative. *J Psychol.* 2003;137(4):381–95.
134. Laurent J, Catanzaro SJ, Rudolph KD, Joiner TE, Potter KI, Lambert S, et al. A Measure of Positive and Negative Affect for Children : Scale Development and Preliminary Validation. 1999;11(3):326–38.
135. De la Rubia JM. La escala de afecto positivo y negativo (PANAS) en parejas casadas mexicanas. *Cienc ergo sum.* 2011;18:117–25.
136. Arratia G, Fuentes L, Ivonne N, Medina V, Luis J. Validez de las Escalas de Afecto positivo y negativo (PANAS) en niños. 2015;
137. Gómez-peresmitré G, Platas S, Pineda, Corona N, González V. Propiedades psicométricas de la Escala de Afecto negativo y Afecto positivo (PANAS) en adolescentes de secundaria. *La Psicol Soc en México.* 2018;17.

138. Roa G. La educación emocional, el autoconcepto, la autoestima y su importancia en la infancia. *Edetania*. 2013;44:241–57.
139. Morales F, Moya M, Reboloso E, Fernández J, Huici C, Márques J, Paez DY. *Psicología Social*. España: Mc Graw Hill; 1995.
140. Rosenberg M. *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós; 1973.
141. Hogg M, Vaughan G. *Psicología Social*. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.; 2010.
142. Duclos G, Laporte D, Ross J. *La autoestima en los adolescentes*. España: Medici; 2011.
143. Robins RW, Trzesniewski KH, Tracy JL, Gosling SD, Potter J. Global self-esteem across life span. *Psychol Aging*. 2005;17(3):423–34.
144. Moreno MOG. Trastornos Alimentarios y su relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. *Ter Psicol*. 2009;27(2):181–90.
145. Rica UDC, Pereira N, Luisa M, Rica UDC. Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. 2007;7(3): 1-27.
146. Harter S, Bukowski W. *The Construction of the Self: A Developmental Perspective*. 2nd ed. New York, NY: The Guilford Press; 2012.
147. Heider F. *The psychology of interpersonal relations*. Nueva York: Wiley; 1985.
148. Romero C, Everardo F, Garduño S, Suarez L, Delia A. Autoconcepto y estados emocionales: su relación con la motivación en adolescentes. 2015;
149. Weiner B. An attribution theory of motivation. En: Van Lange, PAM; Kruglanski, AW; Higgins E, editor. *Handbook of theories of social psychology*. London: Sage; 2012. p. 135–55.
150. Kelley H. Attribution theory in social psychology. Lecine D, editor. Vol. 15, *Nebraska symposium on Motivation*. Lincoln; 1967.
151. Lalljee M, Teoria LA, Atribucion DELA. *Teoría de la atribución y análisis de las explicaciones*. 1981;(1978).
152. Anderson J. *Rules of the mind*. Hillsdale N, editor. Erlbaum; 1993.
153. Duveen G. Representations, identities, resistance. En: Deaux, K; Philogéne G, editor. *Representations of the social: Bridging theoretical traditions*. Oxford, Reino Unido: Blackwell; 2001. p. 257–70.
154. Pahlus D. Socially desirable responding: The evolution of a construct. En: Brau, H; Jackson, D; Wiley D, editor. *The role of constructs in psychological and educational measurement*. Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum; 2002. p. 46–69.
155. Moral de la Rubia J, Meza C. Atribución Causal de Sobrepeso/Obesidad y su Relación con el IMC y Alteración Alimentaria. *Rev Mex Trastor Aliment*. 2013;4(2):89–101.

156. Goldstein E. Sensación y percepción. Madrid: Debate; 1984.
157. Sobel J, Maurer D. Interpreting weight: The social management of fatness and thinness. New York: Aldine de Gruyter; 1999.
158. Quiroz R. Autopercepción de la imagen corporal en adolescentes. Universidad Autónoma del Estado de México; 2015.
159. Myer D. Psicología social. 1995. México: Mc Graw Hill.;
160. Garaigordobil M, Oñederra J. Inteligencia emocional en las víctimas de acoso escolar y en los agresores. *Eur J Educ Psychol.* 2010;3(2):243–56.
161. Ramos-Díaz E, Rodríguez-Fernández, A, Antonio-Aguirre I. El autoconcepto y el bienestar subjetivo en función del sexo y del nivel educativo en la adolescencia. *Psicol Educ.* 2017;23:89–94.
162. Crocker J, Sommers SR, Luhtanen R. Hopes dashed and dreams Fulfilled: Contingencies of self-worth and graduate school admissions. *Personal Soc Psychol Bull.* 2002;28(1275–1286).
163. González LM, Martínez M, Gómez-Peresmitré G. Factores de Riesgo en Desordenes del Comer: Hábitos Alimentarios y Auto-Atribución en una Muestra de Niños Escolares Mexicanos.
164. Gómez-Peresmitré G, García C, Acosta M, Llopis J, García J, Archilla I. Percepción de la relación materna y autoatribución como factores de riesgo en trastornos alimentarios, un estudio transcultural México/España. *Metodol las ciencias del Comport.* 2002;Volumen es:232–6.
165. Díaz-Beltrán M. Factores influyentes en el comportamiento alimentario infantil. 2014;62(2):237–45.
166. Giraldo A, Toro M, Macias AM, Valencia CA, Palación S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Rev Hacia la promoción la Salud.* 2010;15(1):128–43.
167. Álvarez DC, Agregada P. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. 2011;(1):11–4.
168. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de salud. Washington, D.C; 1987.
169. Levine M, Smolak L. Los medios de comunicación y los disturbios de la alimentación: Consecuencias en la prevención primaria. En: La prevención de los trastornos alimentarios: Un enfoque multidisciplinario. España: Granica; 2000.
170. Levine MP, Piran N. The prevention of eating disorders: Toward a participatory ecology of knowledge, action, and advocacy. En: Striegel-Moore, RH; Smolak L, editor. *Eating disorders: Innovative directions in research and practice.* Washington, DC, US: American Psychological Association.; 2001. p. 233–53.
171. Varnado-Sullivan PJ, Horton R. Acceptability of programs for the prevention of eating

- disorders. *J Clin Psychol.* 2006;62:687–703.
172. Stice E, Presnell K. *The body Project: Promoting body acceptance and preventing eating disorders.* Oxford, editor. New York; 2007.
  173. Llargués E, Franco R, Recasens A, Nadal A, Vila M, Pérez M, Martínez-Mateo F, Recasens I, Salvador G, Serra J, Castells C. Estado ponderal, hábitos alimentarios de actividad física en escolares de primer curso de educación primaria: estudio AVall. *Endocrinol Nutr.* 2009;56(6):287–92.
  174. Li M, Yin J, Yu CC, Tsang T, So HK, Wong E, Chan D, Hon EK, Sung R. The six-minute walk test in healthy children: reliability and validity. *Eur Respir J.* 2005;25:1057–1060.
  175. Gutiérrez E, Sepúlveda AR, Anastasiadou D. Programa de Psicoeducación Familiar para Trastornos del Comportamiento Alimentario. *Psicol Conductual.* 2014;22(1).
  176. Veronica A, Zavalía C. Programa psicoeducativo en trastornos de la conducta alimentaria. 2019;131–46.
  177. Cuevas-cancino JJ, Moreno-pérez NE. Psicoeducación : intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería Univ.* 2017;14(3):207–18.
  178. Rodríguez R, Gómez-Peresmitré G. Prevención de trastornos alimentarios mediante la formación de audiencias críticas y psicoeducación: un estudio piloto 1. *Psicol y Salud.* 2007;17(2):269–76.
  179. Belak L, Deliberto T, Shear M, Kerrigan S, Attia E. Inviting eating disorder patients to discuss the academic literature : a model program for psychoeducation. 2017;1–7.
  180. McCabe MP, Ricciardelli LA, Salmon JO. Evaluation of a prevention program to address body focus and negative affect among children. *J Health Psychol.* 2006;11(4):589–98.
  181. Gumz A, Weigel A, Daubmann A, Wegscheider K, Romer G, Löwe B. Efficacy of a prevention program for eating disorders in schools : a cluster-randomized controlled trial. 2017;
  182. Black C, Mcdaniel L, Bull S, Powell M, McIntyre K. Can we reduce eating disorder risk factors in female college athletes ? A randomized exploratory investigation of two peer-led interventions &. *Body Image.* 2012;9(1):31–42.
  183. Neumark-sztainer DR, Friend SE, Flattum CF, Hannan PJ, Story MT, Bauer KW, et al. *New Moves—Preventing Weight-Related Problems in Adolescent Girls.* AMEPRE. 2010;39(5):421–32.
  184. Garc GP. Disonancia cognoscitiva en la prevención de trastornos alimentarios. Significancia clínica y estadística. 2010;20(646):103–9.
  185. Stice E, Butryn ML, Rohde P, Shaw H, Marti CN. An effectiveness trial of a new enhanced dissonance eating disorder prevention program among female college

- students. *Behav Res Ther.* 2013;51(12):862–71.
186. Austin SB, Field AE, Wiecha J, Peterson KE, Gortmaker SL. The Impact of a School-Based Obesity Prevention Trial on Disordered Weight-Control Behaviors in Early Adolescent Girls. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2005;159(3):225.
  187. Austin SB, Kim J, Wiecha J, Troped PJ, Feldman HA, Peterson KE. School-Based Overweight Preventive Intervention Lowers Incidence of Disordered Weight-Control Behaviors in Early Adolescent Girls. 2017;161(9):865–9.
  188. Austin SB, Spadano-Gasbarro JL, Greaney ML, Blood EA, Hunt AT, Richmond TK, et al. Effect of the Planet Health Intervention on Eating Disorder Symptoms in Massachusetts Middle Schools, 2005–2008. *Prev Chronic Dis.* 2012;9:120111.
  189. Ciao AC, Loth K, Neumark-Sztainer D. Preventing eating disorder pathology: Common and unique features of successful eating disorders prevention programs. *Curr Psychiatry Rep.* 2014;16(7):1–23.
  190. Watson HJ, Joyce T, French E, Willan V, Kane RT, Tanner-Smith EE, et al. Prevention of eating disorders: A systematic review of randomized, controlled trials. *Int J Eat Disord.* 2016;49(9):833–62.
  191. Stice E, Rohde P, Shaw H, Gau J. An Effectiveness Trial of a Selected Dissonance-Based Eating Disorder Prevention Program for Female High School Students: Long-Term Effects. 2012;79(4):500–8.
  192. Richardson SM, Paxton SJ. An Evaluation of A Body Image Intervention Based On Risk Factors for Body Dissatisfaction : A Controlled Study with Adolescent Girls. 2010;
  193. López-guimerà G, Sánchez-carracedo D, Fauquet J, Portell M, Raich RM, López-guimerà G, et al. Impact of a School-Based Disordered Eating Prevention Program in Adolescent Girls : General and Specific Effects Depending on Adherence to the Interactive Activities. 2011;
  194. Golan M, Hagay N, Tamir S. The Effect of “ In Favor of Myself ”: Preventive Program to Enhance Positive Self and Body Image among Adolescents. 2013;8(11):1–9.
  195. Berger U, Schaefer J, Wick K, Brix C. Effectiveness of Reducing the Risk of Eating-Related Problems Using the German School-Based Intervention Program , “ Torera ” , for Preadolescent Boys and Girls. *Prev Sc.* 2013;(1–11).
  196. Giger JN, Ed D, Suro Z. Improving Healthy Dietary Behaviors, Nutrition Knowledge, and Self-Efficacy among Underserved School Children with Parent and Community Involvement. 2012;8(4):347–56.
  197. Villiers A De, Steyn NP, Draper CE, Hill J, Gwebushe N, Lambert E V, et al. P rimary S chool C hildren ’ s N utrition K nowledge , S elf -E fficacy , and B ehavior , after a T hree -Y ear H ealthy L ifestyle I ntervention ( H ealth K ick ). 2016;26(2):171–80.
  198. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of Control.* Freeman. New York; 1997.

199. Rodríguez R. Prevención primaria de trastornos alimentarios: Formación de audiencias críticas y psicoeducación. México, DF; 2008.
200. Castelán M. Estudio piloto para evaluar los efectos de un programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria basado en realidad virtual y habilidades sociales. UNAM; 2010.
201. de la Vega Morales RI, Gomez-Peresmitré G. Intervención cognitivo-conductual en conductas alimentarias de riesgo. *Psicol Y Salud*. 2012;22(2):225–34.
202. Soto D. Intervención Psicoeducativa para Prevenir Factores Psicosociales asociados a Actitudes y Conductas Alimentarias No Saludables en Escolares. 2014;
203. López, P; Olvera S. Autoeficacia para la Actividad Física y Aptitud Física, Relación y Diferencias entre Niños y Niñas con Normopeso y Obesidad de Primaria Pública y Particular del Estado de Hidalgo. UAEH; 2014.
204. Cruz D. Programas para la prevención de la conducta alimentaria de riesgo. realidad virtual reforzado y psicoeducativo-interactivo. México DF; 2013.
205. Zervaki K, Yiannakouris N, Sdrali D, Costarelli V. Diet quality, disordered eating and health-related quality of life in Greek adolescents. *Nutr Food Sci*. 2017;47(4):511–21.
206. Polit DF, Beck C. *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization*. 6th ed. Lippincott Williams & Wilkins, editor. Philadelphia; 2006.
207. Casanueva E, Roselló-Soberón E, Unikel C. Alimentación y Nutrición del adolescente. Médica Pan. Casanueva, E; Kaufer-Horwitz, M; Pérez-Lizaur, AB; Arroyo P, editor. *Nutriología médica*. México; 2008.
208. Gurnani M, Birken C, Hamilton J. Childhood Obesity: Causes, Consequences, and Management. Vol. 62, *Pediatric Clinics of North America*. 2015. p. 821–40.
209. Liou YM, Hsu YW, Ho JF, Lin CH, Hsu WY, Liou TH. Prevalence and correlates of self-induced vomiting as weight-control strategy among adolescents in Taiwan. *J Clin Nurs*. 2012;21(1–2):11–20.
210. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia.
211. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales 2012. 2012.
212. Bravo AM, Martín NÚ, García A. Evaluación de los hábitos alimentarios de una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales. *Nutr Hosp*. 2006;21(4):466–73.
213. Guzmán SR, Saucedo MT, García MM, Del Castillo A. Autoeficacia en actividad física en los escolares. *Perfil Nutricional de Escolares de Hidalgo, Estado de Nutrición y Variables del Contexto Escolar, Familiar e Individual*. Hidalgo, México; 2011. 187-202 p.

214. MP R. Physical activity levels in young adult Hispanics and whites: social cognitive theory determinants. *Psychol Health*. 2005;20(6):709–27.
215. Bandura A. Guía para la construcción de escalas de autoeficacia [Internet]. 2001. Disponible en: <https://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/effguideSpanish.html>
216. González Ramón, Valle Antonio, Freire C, Ferradas M. Relaciones entre la autoeficacia percibida y el bienestar psicológico en estudiantes universitarios. *Rev Mex Psicol*. 2012;29(1):40–8.
217. Olivari-Medina C, Urra Medina E. Autoeficacia Y Conductas de Salud. *Cienc y enfermería*. 2007;13(1):9–15.
218. Elizondo-Montemayor L, Gutiérrez NG, Moreno Sánchez D, Monsiváis Rodríguez, FV, Martínez U, Nieblas B, LamadridZertuche A. Intervención para promover hábitos saludables y reducir obesidad en adolescentes de preparatoria. *Estud Soc*. 2014;23(43):217–39.
219. Gorski MT, Roberto C. Public health policies to encourage healthy eating habits : recent perspectives. *J Healthc Leadersh*. 2015;7:81–90.
220. Soto D. Intervención Psicoeducativa para Prevenir Factores Psicosociales asociados a Actitudes y Conductas Alimentarias No Saludables en Escolares. 2014.
221. Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Cuernavaca, México; 2016.
222. Instituto Nacional de Salud PúblicaSecretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Cuernavaca, México; 2013.
223. American Diabetes Association. Chronic Gum Disease may lead to diabetes. 2010.
224. Varnado-sullivan PJ, Horton RA. Acceptability of Programs for the Prevention of Eating Disorders. 2006;62(6):687–703.
225. Hernández-Sampieri R. Metodología de la Investigación. 5ta ed. México D.F.: Mc Graw Hill; 2010.
226. Acosta M, Gómez-Peresmitré G. Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *Int J Clin Heal Psychol*. 2003;3(1):9–21.
227. Organización Mundial de la Salud. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva : un enfoque operativo [Internet]. *Salud sexual y reproductiva*. 2018 [citado el 11 de octubre de 2019]. p. 1–12. Disponible en: [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/sh-linkages-rh/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sh-linkages-rh/es/)
228. Cohen J. A power primer. *Psychol Bull*. 1992;112(1):155–9.
229. Cohen J. Things I Have learned (So Far). *Am Psychol*. 1990;45(12):1304–12.
230. Kazdin A. Métodos de investigación en psicología clínica. 2001.

231. Sassi F, Cecchini M, Lauer J, Chisholm D. Improving lifestyles, tackling obesity: the health and economic impact of prevention strategies, in OECD Health Working Papers. OECD Health Working Papers. Paris: OECD Publishing; 2009.
232. Prochaska J. Systems of Psychotherapy. 2da ed. Homewood Illinois, editor. The Dorsey Press; 1984.
233. Calvo SR, Delgado LC, Rogríguez-Vega PV, Domingo C. Anorexia nerviosa: tratamiento y evolución a uno, tres y cinco años. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines. 1987;15:255–62.
234. León-Hernández R. Modelos de prevención de trastornos de la conducta alimentaria: técnicas asertivas/habilidades sociales y psicoeducativas. UNAM, México; 2010.
235. Rodgers RF, Paxton SJ. The impact of indicated prevention and early intervention on co-morbid eating disorder and depressive symptoms : a systematic review. 2014;1–10.
236. Seligman, MEP; Steen, TA; Park, N; Peterson C. Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. Am Psychol. 2005;60(5):410–21.
237. Lugli Z. Autoeficacia y locus de control: Variables predictoras de la autorregulación del peso en personas obesas. Pensam Psicológico. 9(17):43–56.
238. Neumark-sztainer D, Goeden C, Story M. Associations between Body Satisfaction and Physical Activity in Adolescents : Implications for Programs Aimed at Preventing a Broad Spectrum of Weight- Related Disorders. Eat Disord J Treat Prev. 2004;12(2):37–41.
239. López-Nomdedeu C. Educación nutricional de niños/as y adolescentes. En: Serra, L; Aranceta J, editor. Alimentación Infantil y Juvenil Estudio Enkid. Barcelona: Masson; 2002. p. 61–8.
240. Pino JL, López MÁ, Cofré MI, González C, Reyes L. Conocimientos alimentario-nutricionales y estado nutricional de estudiantes de cuarto año básico según establecimientos particulares y subvencionados de la ciudad de Talca. Rev Chil Nutr. 2010;37:418–26.
241. Klepp K. Twelve year follow-up of a school-based health education programme. The Oslo Youth Study. Eur Public Heal. 1994;4(195–200).
242. Stewart-Brown S. What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?. WHO Regional Office for Europe. 2006.
243. León HR, Gómez Pérez-Mitré G, Platas S, Mireles P, Paredes V. Programa de prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria en tres distintos niveles de riesgo. Segunda Etapa. La Psicol Soc en México. 2012;14:638–42.

## XIV. ANEXOS

### Anexo 1. Consentimiento Informado Padres de Familia

Pachuca, Hidalgo, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2017

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este medio, solicitamos el consentimiento para que mi hijo \_\_\_\_\_ participe en la segunda etapa del programa de prevención **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. Rebeca Guzmán Saldaña, adscritos a la **Facultad de Psicología de la UNAM, Instituto de Ciencias de la Salud ICSA Área Académica de Psicología**, en coordinación con los directivos del plantel escolar. En este proyecto se divide en tres etapas; la primera consiste en la validación de tres instrumentos de autoeficacia, autoatribución y afecto negativo, esto ayudará a conocer formas de pensar en jóvenes de tu edad. 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) El nombre de los participantes se mantendrá el anonimato.
- c) Los datos obtenidos serán confidenciales y con fines de investigación.
- d) Los participantes podrán abandonar la intervención si así lo quieren.
- e) No se utilizará ningún procedimiento invasivo que afecte la integridad de los participantes.
- f) Si la escuela lo solicita se entregará información sobre los hallazgos encontrados.

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.

## Anexo 2. Asentimiento Informado Participantes

Pachuca, Hidalgo, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2017

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este medio, solicitamos el consentimiento para que \_\_\_\_\_ participe en la primera etapa del programa de prevención **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. Rebeca Guzmán Saldaña, adscritos a la **Facultad de Psicología de la UNAM, Instituto de Ciencias de la Salud ICSA Área Académica de Psicología**, en coordinación con los directivos del plantel escolar. En este proyecto se divide en tres etapas; la primera consiste en la validación de tres instrumentos de autoeficacia, autoatribución y afecto negativo, esto ayudará a conocer formas de pensar en jóvenes de tu edad. 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) El nombre de los participantes se mantendrá el anonimato.
- c) Los datos obtenidos serán confidenciales y con fines de investigación.
- d) Los participantes podrán abandonar la intervención si así lo quieren.
- e) No se utilizará ningún procedimiento invasivo que afecte la integridad de los participantes.
- f) Si la escuela lo solicita se entregará información sobre los hallazgos encontrados.

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.



### Anexo 3. Cuestionario de Alimentación Saludable

### 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

**Sección I.**

Responde 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
  - ( ) 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 Veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
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	( )	( )	( )	( )	( )

#### Anexo 4. 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)					

### Anexo 5. 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.

<b>Soy capaz de:</b>	<b>No soy capaz de hacerlo</b>	<b>Soy capaz de intentarlo</b>	<b>Soy capaz de hacerlo</b>	<b>Soy muy capaz de hacerlo</b>
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 amigos (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.				

### Anexo 6. 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

<b>SOY UNA PERSONA:</b>	<b>A) No me describe nada</b>	<b>B) Me describe poco</b>	<b>C) Me describe regular</b>	<b>D) Me describe bien</b>	<b>E) Me describe exactamente</b>
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)					

**¡Gracias por participar!**

## Anexo 7. Carta Descriptiva de la Intervención

<b>Día 1.</b>				
<b>Prevención Primaria. Factores de Riesgo para los problemas de peso corporal en preadolescentes.</b>				
<b>Sesión 1.</b> -Presentación del proyecto: Prevención Primaria. Factores de Riesgo para los problemas de peso corporal en preadolescentes. - Autoeficacia hacia la alimentación correcta.				<b>Duración:</b> 102 minutos
<p><b>Objetivo:</b></p> <p>-Sensibilizar a los padres de familia y maestros acerca de la necesidad de: a) establecer entre los estudiantes buenos hábitos de alimentación, b) brindar información acerca de las problemática asociadas con la obesidad y trastornos de la conducta alimentaria (TCA), c) promover autoeficacia hacia la alimentación saludable y actividad física en preadolescentes de secundaria, d) obtener el consentimiento informado de los padres siguiendo las reglas que impone la ética de la investigación en Psicología.</p> <p>-Fomentar en los estudiantes una alimentación saludable a través de: a) identificar las necesidades de la alimentación, b) promover el uso correcto del Plato del bien comer, c) brindar herramientas para la elección de alimentos saludables y d) promover autoeficacia para la alimentación sana.</p>				
Actividad	Duración	Temas	Procedimiento	Material
Presentación con padres de familia y personal académico.	60 min.	-Autoeficacia. -Obesidad y TCA. -Alimentación correcta. -Actividad física.	1. Se presentan los facilitadores(as). 2. Se exponen las temáticas a tratar con los participantes del estudio. 3. Se informa sobre los objetivos de la investigación. 4. Se solicita el consentimiento por escrito, informando de la participación voluntaria y anónima. 5. Se resuelvan dudas.	-Laptop. -Proyector. Presentación de PPT. -Carta consentimiento.

<p>Actividad de integración. “Únete a la fiesta”</p>	<p>10 min .</p>		<p>El facilitador comienza mencionando que lo han invitado a una fiesta (hipotéticamente) diciendo: - Me llamo... (su nombre), y en la fiesta voy a comer ... (Un alimento que comience con la primer letra de su nombre)- . Posteriormente el facilitador invita a todos los participantes a la reunión, siempre y cuando digan su nombre y cuál es el alimento que consumirá siguiendo las reglas previamente mencionadas. Cada que un asistente termine de decir su respectiva oración, dependiendo si este detectó o no el código que debe de seguir (decir su nombre seguido por un alimento que comience con la primera letra de su nombre), se refuerza mediante la respuesta de: -¡si, puedes ir a la fiesta! NOTA: Las reglas de la dinámica no son dichas explícitamente por el facilitador, sino que los participantes deben de detectarlas mediante la oración del facilitador, y las posibles respuestas de los de los compañeros.</p>	
<p>Actividad Autoeficacia.</p>	<p>30 min .</p>	<p>-Autoe en la comparación por pares del efecto tiempo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el pretest, el postest y el seguimiento ficacia.</p>	<p>1. Los facilitadores preguntarán al grupo: ¿qué es la autoeficacia? Se seleccionará a 3 estudiantes para que digan su respuesta y con el apoyo de la Presentación 1, Diapositivas ,1-8 se darán las respuestas correctas. 2. Se les pedirá a los estudiantes que piensen en una meta que quieran alcanzar, se les preguntará: “¿crees en ti mismo/a y en tus habilidades para lograr esa meta?” Posteriormente se les dirá la definición de autoeficacia: “la autoeficacia es la creencia que cada uno tiene acerca de sus habilidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Laptop.</li> <li>•Proyector.</li> <li>•Presentación de PPT.</li> <li>•Pirámide de Autoeficacia</li> <li>•Imágenes para alcanzar una meta.</li> </ul>

			<p>para tener éxito en las diferentes situaciones que se presentan.”</p> <p>3. Se dividirá al grupo en 3 equipos y se les dará un juego de imágenes. Los estudiantes tendrán que organizar los pasos para alcanzar una meta e identificar en que paso se necesita de la autoeficacia.</p>	
Alimentación saludable	15 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Autoeficacia</li> <li>-Importancia de la alimentación.</li> <li>-Alimentación saludable.</li> <li>-Dieta correcta.</li> <li>-Plato del bien comer.</li> </ul>	<p>1. Los facilitadores preguntarán al grupo: ¿qué significa comer saludable? Se seleccionará a 3 estudiantes para que digan su respuesta y con el apoyo de la Presentación 1, Diapositivas 3-8 se les darán las respuestas correctas.</p> <p>2. Los facilitadores repetirán el procedimiento anterior con las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. ¿Qué es dieta?</li> <li>b. ¿Qué es la obesidad?</li> <li>¿Cuáles son las consecuencias?</li> <li>c. ¿Qué son los trastornos de la conducta alimentaria? ¿Cuáles son las consecuencias?</li> <li>d. ¿Cómo prevenirlo?</li> </ul> <p>3. Se colocarán al frente 5 diferentes posters de balanzas, y se les repartirán 8 tarjetas con palabras (obesidad, desnutrición, saludable, no saludable, vigorexia, anorexia).</p> <p>4. Se harán 4 grupos y se les pedirá que coloquen las palabras en la balanza que crean que corresponda. Se discutirán las consecuencias de los TCA´s y de la obesidad.</p> <p>5. Los facilitadores aconsejarán al grupo que acudan a un especialista en caso de presentar algún factor de riesgo presentados en la diapositiva 8.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Laptop.</li> <li>•Proyector.</li> <li>•Presentación de PPT</li> <li>•Balanzas</li> </ul>
Mano, Porción y Comida.	5 min	-Porciones Identificación de porciones	1. Con el apoyo de la Presentación 1, diapositiva 9, se explicará a los	-Laptop. -Proyector.

		<p>mediante la técnica del uso de su mano</p>	<p>estudiantes cómo medir porciones utilizando sus manos.</p> <p>2. Se seleccionaran a 4 participantes del grupo y con ellos de espaldas a la proyección se realizará la dinámica de “Simón dice...”para reforzar conocimientos adquiridos sobre cómo medir porciones con sus manos.</p> <p>Los facilitadores dirán:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Simón dice que enseñen con sus manos la porción de cereales.</li> <li>b. Simón dice que enseñen con sus manos la porción de frutas.</li> <li>c. Simón dice que enseñen con sus manos la porción de verduras.</li> <li>d. Simón dice que enseñen con sus manos la porción de grasas.</li> <li>e. Simón dice que enseñen con sus manos la porción de alimentos de origen animal.</li> </ul> <p>3. Se les mostrará a los estudiantes una serie de imágenes con 2 platos de comida cada una (Presentación 1, diapositiva 10-12); se les preguntará cuál de los platos contiene mayor cantidad de comida.</p> <p>4. Se les explicará que ambos platos contienen la misma cantidad de comida, pero que los ojos suelen engañarnos (ilusión óptica), por lo que les recomendamos comer en platos pequeños y de color blanco; que sirvan las porciones que les corresponden y no excedan a éstas.</p> <p>5. Se reforzará autoeficacia con frases como sigue:  REPITAN EN VOZ ALTA: “¡Soy capaz de servirme las porciones que me tocan en platos blancos y pequeños!” (Presentación 1, diapositiva 13);  FACILITADOR AÑADE “¡Hazlo, lo conseguirás!”</p>	<p>Presentación de PPT.  -Rota folios de las diapositivas.</p>
--	--	---	--	--

<p>¡A desayunar!</p>	<p>15 min .</p>	<p>-Importancia del desayuno.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Con la ayuda de la Presentación 1, diapositiva 14, se les explicará la importancia del desayuno.</li> <li>2. Con apoyo del poster del Plato del bien comer se les dará una breve explicación acerca de éste.</li> <li>3. Se formarán 5 equipos y se les darán diferentes alimentos a cada equipo para que formen los platillos expuestos en la diapositiva 15 (incluidos en el recetario de desayunos saludables).</li> <li>4. Se le pedirá a un estudiante de cada equipo que coloque los alimentos correspondientes al platillo que le toco en la lona del plato del Bien comer.</li> <li>5. Se retroalimentará a los estudiantes diciéndoles que es muy sencillo crear desayunos saludables.</li> <li>6. Se reforzará autoeficacia con frases como sigue: REPITAN EN VOZ ALTA: “¡Soy capaz de desayunar saludablemente todos los días”(diapositiva 29). FACILITADOR AÑADE: “hazlo!, lo conseguirás”</li> <li>7. Al finalizar la actividad se les obsequiará un recetario de desayunos saludables.</li> </ol>	<p>-Laptop. -Proyector. Presentación de PPT. -Lona del plato del bien comer. -Recetario de desayunos.</p>
<p>Lunch saludable.</p>	<p>15 min .</p>	<p>-Definición de colación/refrigerio/snack. -Lunch saludable.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se explicará qué es una colación y qué debe aportar un lunch saludable (Presentación1, diapositivas 17-18)</li> <li>2. Se utilizará un semáforo de alimentos, en el cuál se colocarán alimentos y productos en cada color para que los estudiantes puedan elegir cuáles incluir en su lunch, destacando las ventajas de los productos saludables y las desventajas de los no saludables. <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Color verde: alimentos que pueden consumir todos los días de la semana.</li> </ol> </li> </ol>	<p>-Laptop. -Proyector. Presentación de PPT. -Semáforo de alimentos -Rota folios de las diapositivas.</p>

			<p>b. Color amarillo: alimentos que deberán de moderar, consumiéndose 2-3 veces por semana.</p> <p>c. Color rojo: alimentos que puedan consumir 0-1 vez a la semana únicamente.</p> <p>3. Se le preguntara a tres de los asistentes que mencionen lo que incluirían en su lunch de acuerdo a lo mostrado del semáforo de alimentos.</p> <p>4. Se analizará su lunch, y se reforzará autoeficacia diciéndoles:  <b>REPITAN EN VOZ ALTA:</b> “Si me creo capaz, puedo realizar todo lo que me proponga.”  <b>FACILITADOR AÑADE:</b> “Tú eres capaz de preparar y/o elegir un lunch saludable” (Presentación1, diapositiva 19).</p>	
Mini taller de lectura de etiquetas.	15 min .	<p>-Componentes de la información nutrimental en etiquetas de productos industrializados.</p> <p>-4 pasos para leer una etiqueta.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se preguntará a los estudiantes, ¿se creen capaces de leer una etiqueta nutrimental? Se esperará la respuesta del grupo.</li> <li>2. Con ayuda de la infografía de lectura de etiquetas, se explicarán los componentes de una etiqueta nutrimental y cómo leerla en 4 pasos (Presentación 1, Diapositiva 20-21). <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. El primer paso es identificar cuantas raciones contiene el empaque y cuantas raciones del mismo comerán</li> <li>2.2. El siguiente paso es escoger los alimentos que sean bajos en grasa, sodio, colesterol sodio y azúcar.</li> <li>2.3. Nuestro tercer paso es buscar que los productos sean altos en fibra, proteínas y vitaminas.</li> <li>2.4. Escoger el alimento más adecuado.</li> </ol> </li> </ol>	<p>-Laptop.</p> <p>-Proyector.</p> <p>Presentación de PPT.</p> <p>-Rota folios de las diapositivas.</p> <p>-Infografía de lectura de etiquetas.</p> <p>-Hoja de trabajo para evaluar conocimientos de lectura de etiquetas.</p>

			<p>3. Se les repartirá una de las tres versiones disponibles en las que se comparan 2 etiquetas nutrimentales y se les pedirá que analicen y contesten las preguntas al reverso.</p> <p>4. Se reforzará autoeficacia como sigue.</p> <p>REPITAN EN VOZ ALTA: “Puedo leer las etiquetas nutrimentales, y puedo elegir correctamente mis alimentos” (Presentación 1, Diapositiva 22).</p> <p>FACILITADOR AÑADE: ¡lo vas a conseguir!”</p>	
¿Disfrutas de tus alimentos? Hazlo comiendo despacio. Parte 1	2 min.		1. Se pide a los estudiantes que para la siguiente clase traigan una fruta o verdura de su elección.	Hoja con las instrucciones que se dejarán de tarea

## Día 2.

### Prevención Primaria. Factores de Riesgo para los problemas de peso corporal en preadolescentes.

#### Sesión 2.

-Autoeficacia hacia la actividad física.

**Duración:** 115 minutos

#### Objetivo:

-Fomentar la realización de actividad física mediante: a) resaltar la importancia de la actividad física y los beneficios que conlleva, así como las consecuencias negativas para la salud el omitirla en su vida cotidiana, b) enseñar a los alumnos ejercicios sencillos y divertidos que puedan llevar a cabo en cualquier lugar, y c) brindar herramientas para que ellos mismos realicen ejercicio diario (manual de ejercicios).

Actividad	Tiempo	Temas	Procedimiento	Material
Retroalimentación de la sesión pasada.	5 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoeficacia.</li> <li>- Alimentación correcta.</li> </ul>	1. El facilitador explica a los participantes la importancia de la sesión anterior y sus actividades para hacer conciencia del aprendizaje adquirido (comprensión de etiquetas, importancia del desayuno, tamaño de porciones y lunch saludable).	

			2. Se explica cómo las actividades de la sesión pasada han reforzado la autoeficacia (ahora son capaces de leer una etiqueta preparar su lunch etc).	
¿Disfrutas de tus alimentos? Hazlo comiendo despacio. Parte 2	10 min.	-Digestión de alimentos. - Importancia de comer despacio. -Hambre emocional vs hambre fisiológica.	1. Se pide a los estudiantes que hayan traído la fruta o verdura que se les solicitó la sesión pasada que coman un pedazo de está como ellos acostumbran hacerlo. 2. Terminada la actividad anterior se les pide que coman otro pedazo de fruta o verdura, pero que esta vez lo mastiquen hasta que este líquido y que entonces lo traguen. 3. Se selecciona a 2 estudiantes que describan la sensación que tuvieron al comer la fruta o verdura lentamente, y cómo creen ellos qué es el mejor procedimiento para asimilar la comida en su organismo. 4. Con el apoyo de la Presentación, se resalta la importancia del comer despacio, saborear, masticar y disfrutar los alimentos. Se les recomienda que mastiquen sus alimentos por lo menos 5 veces antes de tragarlo para mejorar el proceso de digestión, así como también el hacer sobremesa y compartir alimentos en familia para conversar y comer lentamente. 5. Con el apoyo de la presentación, se explica la diferencia entre hambre emocional y el hambre fisiológica. Se les menciona que las emociones influyen en la elección de los alimentos y cómo esto se deriva en un círculo de ansiedad-obesidad. 6. Se les da una serie de tips para controlar el hambre emocional y se les dan ejemplos de alimentos para ocasiones especiales (pastel en cumpleaños, rosca de reyes, etc.).	-Fruta o verdura que el estudiante traiga. -Presentación de PP. -Rota folios de hambre emocional vs hambre fisiológica.

Imagen corporal. Mitos y Realidades	15 min	-Mitos en realidad de la imagen corporal, alimentación insana, productos milagro	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se les mostrara a los alumnos con apoyo de las diapositivas 44-57 algunos mitos más comunes respecto a la alimentación insana; figura e imagen corporal y productos milagro.</li> <li>2. Después de presentar cada mito se le preguntara la opinión a un participante que tienen respecto a cada mito, para posteriormente preguntar si es que todos piensan igual, y realizar un pequeño debate.</li> <li>3. Una vez que se llegó a un acuerdo respecto a si el mito es real o falso se mostrara la respuesta correcta y se realizara una retroalimentación a los alumnos a partir de la respuesta consensuada. Siempre destacando la importancia de los hábitos alimentarios saludables, actividad física adecuada a sus necesidades y de que sean más críticos respecto a lo que ven o escuchan en los medios de comunicación y redes sociales.</li> </ol>	-Presentación de PP. -Rota folios de la presentación de mitos y realidades
--	--------	--	---	---

### Día 3.

### Prevención Primaria. Factores de Riesgo para los problemas de peso corporal en preadolescentes.

#### Sesión 3.

-Autoeficacia hacia la actividad física.

**Duración:** 102 minutos

#### Objetivo:

-Fomentar la realización de actividad física mediante: a) resaltar la importancia de la actividad física y los beneficios que conlleva, así como las consecuencias negativas para la salud el omitirla en su vida cotidiana, b) enseñar a los alumnos ejercicios sencillos y divertidos que pueden llevar a cabo en cualquier otro lugar, y c) brindar herramientas para que ellos mismos realicen ejercicio diario (manual de ejercicios).

Lista de Super	10 min	-Que el estudiante sea consciente de sus logros y virtudes para mejorar su	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El facilitador retroalimenta a los participantes explicando qué es el autoconcepto, su vínculo con la autoestima y cómo se relacionan estos con el afecto positivo y negativo.</li> <li>2. Se les pide que en una hoja enlisten 5 virtudes y 5 logros que reconozcan en sí mismos tal como si fuera una lista del súper.</li> </ol>	-Hojas blancas -Plumas
----------------	--------	--	---	---------------------------

		autoconce pto	<p>3. Una vez que los han terminado se les pregunta si fue fácil o se les complicó encontrar y reconocer sus virtudes y logros y pedimos que compartan un poco su experiencia.</p> <p>4. Como indicación final, se les pide que, al llegar a casa, coloquen esa hoja en un lugar en el que siempre la tengan a la mano y que cada día, agreguen una nueva virtud o logro que detecten en su día a día, y cuando se sientan insatisfechos consigo mismos, recurran a ella y la vuelvan a leer para siempre tener presentes lo bueno que hay en ellos.</p>	
Estoy aquí, para mí.	10 min	-Que el participant e cree una herramient a propia para afrontar afecto negativo y mejorar su autoconce pto	<p>1. Se le pide a los estudiantes que imaginen que una amistad muy cercana a ellos (mejor amigo/a) se encuentra triste y pasa por momentos muy difíciles</p> <p>2. Se les indica que, una vez que pensaron en la persona, en una hoja blanca escriban una carta en la que le dirijan algunas palabras de consuelo, que le ayuden a sentirse mejor y expresen su apoyo.</p> <p>3. Cuando terminan de escribirla se pide la participación voluntaria para leer su carta.</p> <p>4. Se le menciona al grupo que, de ahora en adelante, cada vez que se sientan tristes, inseguros, molestos, etc., y que no sepan cómo afrontar las situaciones, ya tendrán las palabras cálidas de su mejor amigo/a: ellos mismos.</p>	-Hojas blancas -Plumas
¡Ejercicio fácil y divertido!	20 min	-Ejercicio como una actividad recreativa.	<p>1. Con el apoyo de la Presentación se les menciona a los estudiantes los beneficios del ejercicio, y unos tips para realizar ejercicio y evitar lesiones.</p> <p>2. Se indica a los alumnos que recorran sus sillas hacia las paredes del salón y a quien la coloque primero se le da un premio sorpresa (al final de la actividad).</p>	-Video tutorial de actividad física -Manual de ejercicios. -Premios (lápices, gomas, plumas, post it, libretita).

			<p>3. Una vez colocados se llevará a cabo un calentamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Movimientos de cabeza diciendo que “sí” 10 tiempos y diciendo que “no” 10 tiempos.</li> <li>b) Movimientos circulares con los hombros 10 tiempos.</li> <li>c) Braceos al frente, alternados, 10 tiempos.</li> <li>d) Círculos con cintura 10 tiempos hacia el lado izquierdo y 10 tiempos hacia la derecha.</li> <li>e) Rodillas al pecho (10 brincos).</li> <li>f) Tocarse los talones por detrás (10 tiempos).</li> <li>g) Tocarse los talones por enfrente 10 tiempos.</li> <li>h) Pararse en un pie y hacer círculos con el pie contrario 10 tiempos hacia la izquierda, 10 tiempos hacia la derecha, repetir con el pie contrario.</li> </ul> <p>4. Una vez terminado el calentamiento, se les indica que formen parejas y se coloquen frente a frente y realicen sentadillas. (la pareja que realice mayor número de sentadillas se le da un premio sorpresa al finalizar la actividad).</p> <p>5. Para cerrar la actividad, el facilitador comenta al grupo que el ejercicio puede ser una práctica divertida y que puede realizarse en cualquier lugar, ya sea solo o acompañado.</p> <p>8. Se responden dudas del manual y se da reforzamiento de autoeficacia.</p>	
¡A moverse!	30 min.	-Actividad física	<p>1. Se utilizan dos cubos de cartulina; uno de ellos tiene marcado la numeración del 1 al 6, y el otro las actividades a realizar (sentadillas, saltos, paso yogui, desplante, salto de Jack, cruzar y abrir).</p> <p>2. Se selecciona a 2 estudiantes; uno de ellos lanza el dado de imágenes para seleccionar la actividad a realizar, mientras el otro compañero obtiene el</p>	-2 dados de cartulina.

			número de repeticiones sumando 3 lanzamientos del dado numerado. 3. Se da reforzamiento de autoeficacia con frases como: ¡Tú puedes realizar (x número de repeticiones) del ejercicio!	
¡Pluma, papel y tijera!	15 min.	Autoeficacia.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se le da a cada estudiante plumones, hojas de colores y paletas de cartón.</li> <li>2. Se les pide que anoten en las hojas frases como: “yo puedo comer saludable”, “yo puedo realizar actividad física todos los días”, “yo puedo lograr todo lo que me proponga”, “yo puedo preparar mi lunch”, “yo puedo cocinar”.</li> <li>3. Se les indica que recorten las frases escritas y las peguen en las paletas de cartón.</li> <li>4. Se pide al alumno que tome la paleta y lea en voz alta la frase que haya escrito.</li> <li>5. Se les obsequia la manualidad realizada y se cierra el taller.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Plumones de colores.</li> <li>-Hojas de colores.</li> <li>-Paletas de cartón.</li> </ul>

## Anexo 8. Recetario de Desayunos y postres saludables



### Ingredientes

½ taza de avena  
1 pieza de huevo entero  
½ pieza de plátano  
¼ de taza de leche  
1 cucharadita de mantequilla

1 cucharadita de cocoa sin azúcar  
Pizca de canela en polvo  
Gotitas de vainilla  
1 sobre de Stevia (opcional)

### Hot-Cake de avena/plátano y chocolate

#### Procedimiento

Lieva las hojuelas de avena hasta que tengan consistencia de harina.  
Agrega los demás ingredientes (leche, plátano, canela, vainilla, huevo, cocoa y stevia) y revuelve hasta que no queden grumos.  
Engrasa un sartén con una cucharadita de mantequilla.  
Vierte un cucharón de la mezcla por cada hot-cake.  
Cocina de 2 a 3 minutos por lado a fuego medio.  
Nota: Voltea cuando se vean burbujas en la superficie y se vea cocida y más opaca la orilla del hot-cake.  
Sirve con una cucharadita de miel de maple, abeja, mermelada o tu topping favorito y disfruta.



### Ingredientes

2 tazas de espinaca cruda  
¼ de pieza de cebolla  
1 cucharadita de aceite vegetal  
1 pieza de huevo  
1/3 de taza de harina de avena, amarantito o integral.

1/2 de taza de leche  
2 rebanadas de queso manchego  
Sal y pimienta al gusto

### Crepas rellenas de espinacas y queso

#### Procedimiento

En una sartén saltea la cebolla con la espinaca.  
En un recipiente mezcla con un tenedor la leche, la harina, el huevo, sal y pimienta al gusto.  
En un sartén vierte una cucharadita de aceite vegetal y un cucharón de la mezcla de crepas hasta que cubra la sartén con una capa delgada.  
Deja que se doren por un lado y delas la vuelta rápidamente.  
Rellena las 2 crepas con las espinacas y una rebanada de queso manchego cada una.  
Sirve y disfruta.



### Burrito de frijoles

#### Procedimiento

Corta el queso panela en pequeños cubos.  
Enrolla los frijoles (refritos, enteros o machacados) con las tortillas de harina integral y agrega el queso panela y el pico de gallo.  
Sirve y disfruta.

### Ingredientes

1/3 de taza de frijoles negros o bayos  
40 g de queso panela  
2 tortillas de harina integral  
Pico de gallo al gusto (jitamate, cebolla, chile verde)



### Ingredientes

1 bolillo cortado a la mitad sin migajón.  
1 nopal grandes  
1/3 de taza de frijoles refritos

1/2 pieza de chile poblano.  
pico de gallo al gusto (jitamate, cebolla, chile verde) (OPCIONAL)  
1 cucharada de queso fresco

### Molletes de nopal y rajas

#### Procedimiento

Corta el nopal y el chile poblano en rajas o tiras delgadas y ásalas en una sartén.  
Unta los frijoles en las mitades del bolillo, agrega el nopal y las rajas y agrega queso fresco encima.  
Puedes agregar pico de gallo al gusto.  
Disfruta.



### Ingredientes

1 pieza de pan pita  
3 cucharadas de puré de tomate  
40 g de queso (Oaxaca)  
½ taza de espinacas  
½ taza de champiñones  
¼ de pieza de cebolla  
1 cucharada de aceite para cocinar (canola, girasol, maíz)

## Pizzita salada

### Procedimiento

Saltea la cebolla, las espinacas y los champiñones.  
Coloca en una sartén una pieza de pan pita.  
Vierte las 3 cucharadas de puré de tomate, y coloca el queso deshebrado y las verduras salteadas sobre el pan pita.  
Deja dorar el pan pita, sirve y disfruta.



### Ingredientes

2 láminas de camote naranja  
1 pieza de huevo  
1/4 de pieza de cebolla  
1/2 taza de espinacas  
1/3 de aguacate (opcional)

## Camote tostado con huevo

### Procedimiento

Corta en láminas medianamente gruesas el camote naranja.  
Ponlo en el tostador como si fuera una rebanada de pan.  
Sirve en un plato, coloca aguacate untado, espinacas cocidas con cebolla y 1 huevo estrellado.  
Disfruta.



### Ingredientes

1 pieza de pan pita  
2 cucharadas de queso crema  
½ taza de fresas fileteadas o  
½ pieza de pera o ½ pieza de plátano  
1 cucharadita de miel de abeja  
3 almendras picadas

## Pizzita dulce

### Procedimiento

Tuesta una pieza de pan pita en una sartén.  
Unta 2 cucharadas de queso crema en el pan pita y coloca la fruta de tu elección junto con las almendras picadas.  
Vierte una cucharadita de miel de abeja.  
Sirve y disfruta.



# Recetario de postres

## Helado

### Ingredientes

½ pieza de plátano  
½ taza de leche  
½ taza de fresas



### Procedimiento

Machaca el plátano y las fresas.  
Agrega la leche y mézclalo.  
Congela de 30 a 60 minutos.  
Sirve con una cuchara para helado y disfruta.



## Helado

### Ingredientes

½ pieza de plátano  
½ taza de leche  
1 cucharada de cocoa sin azúcar  
1/2 tableta de chocolate semi-amargo en trozos



### Procedimiento

Machaca el plátano y agrega la leche, la cocoa, el chocolate y mézclalo.  
Congela de 30 a 60 minutos.  
Sirve con una cuchara para helado y disfruta.

### Ingredientes

8 cucharadas de requesón  
5 piezas de galletas marías  
1 cucharada de mermelada de fresa, durazno, higo o del sabor de tu elección  
1 cucharadita de vainilla  
Papel encerado (Capacillos) para panqué

## Pastelito de queso

### Procedimiento

Coloca las galletas marías en una bolsa de plástico y tritura perfectamente con la ayuda de un rodillo.  
Coloca las galletas marías trituradas en un vaso flaner. En otro recipiente coloca el requesón, agrega la vainilla, y mézclalo hasta obtener con una consistencia cremosa. Vacía al recipiente de las galletas la mayor parte del requesón (deja una pequeña porción para decorar al final).  
Agrega la mermelada de fresa y por último decora con el requesón que haya sobrado.  
Ponlo a enfriar por lo menos 2 horas en refrigerador.  
Disfruta.



## Buñuelito de canela

### Procedimiento

Coloca la tortilla de harina en un plato llano.  
Calienta en el horno de microondas por 15 segundos.  
Deja enfriar.  
Unta la crema y vierte la miel de abeja.  
Espolvorea una pizca de canela.  
Disfruta.

### Ingredientes

1 tortilla de harina  
1 cucharadita de miel de abeja  
1 cucharada de crema ácida  
Pizca de canela en polvo



### Ingredientes

½ taza de yogurt griego natural  
1 cucharada de miel de abeja  
1 cucharadita de vainilla  
½ taza de frutos rojos



## **Barras de yogurt con frutos rojos**

### Procedimiento

Coloca el yogurt griego en un tazón y mézclalo con la miel de abeja y la vainilla.  
En una bandeja coloca papel encerado.  
Vierte la mezcla y la taza de frutos rojos.  
Congela de 30 a 60 minutos.  
Corta la mezcla congelada en barritas, cubos o asimétricos y disfruta.

## **Camote tostado dulce**

### Procedimiento

Corta en láminas medianamente gruesas el camote naranja.  
Ponlo en el tostador como si fuera una rebanada de pan.  
Sirve en un plato, unta el queso crema.  
Rebana la pera y colócala sobre el queso crema, y agrega con una cucharadita de miel de abeja.  
Disfruta.

### Ingredientes

2 láminas de camote naranja  
1 cucharada de queso crema  
1 cucharadita de miel de abeja  
1/2 pieza de pera



# Anexo 9. Manual Nutrición



## ¿Qué es una dieta correcta?

Completa	Equilibrada
Inocua	Suficiente
Variada	Adecuada

¿Sabías que... cada organismo necesita diferentes aportes energéticos, dependiendo de su edad, actividad y estado fisiológico?

## Plato del bien comer

**VERDE**  
verduras y frutas (consumélas MUCHO)

**ANARANJADO**  
cereales y tubérculos (consumélas MODERADAMENTE).

**ROJO**  
leguminosas y alimentos de origen animal (consumélas POCO).

COMBINA  
LEGUMINOSAS Y ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL

## ¿Cómo se usa el plato del bien comer?

- Identifica los tres grupos de alimentos que lo conforman (tipos de alimentos y color que distingue a cada grupo).
- Revisa y comenta el contenido con tu familia.
- Selecciona alimentos de cada grupo y combínalos para la preparación de tus platillos.

**RECUERDA**  
Cuando selecciones los alimentos del desayuno, comida, cena o refrigerio, toma como base el Plato del Bien Comer e incluye alimentos de los tres grupos en las proporciones que se señalan.

## LUNCH SALUDABLE

Un lunch...  
Aporta energía  
Debe ser fácil de preparar y rápido de consumir  
No sustituye el desayuno

Contiene...  
Líquido: agua simple  
Dos cereales  
Una verdura  
Una fruta  
Una porción de: carne, pollo, huevo, queso, leche o frijol

## ¿Cómo leer una etiqueta nutrimental?

- Fíjate en las raciones y calorías  
--> ¿Cuánto es una ración?  
--> ¿Te comerás más de una ración?  
--> ¿Cuánta energía te va a brindar lo que te comerás?
- Verifica lo que contiene el alimento.  
--> Escoge alimentos que son más bajos en grasa, colesterol, sodio y azúcar.
- > Busca alimentos altos en fibra, proteína y vitaminas.
- ¡Decide cuál es el alimento apropiado para ti!

## Información nutrimental

**1 Tamaño de la porción**  
La etiqueta se basa en el tamaño de una porción. El envase puede contener muchas porciones.

**2 Calorías**  
Esto te dice cuánta energía vas a recibir de este alimento.

**3 El Porcentaje de Valor Diario (VD)**  
Cantidad (en porcentaje) de los valores diarios recomendados de un nutrimento que aporta la porción de alimento.

**4 Grasa**  
Evita alimentos altos en grasa saturada y busca cero grasas trans.

**5 Colesterol y Sodio**  
Busca alimentos que tengan 5% o menos del VD.

**6 Azúcares**  
Busca alimentos con 7 g o menos.

**7 Fibra**  
Busca alimentos que tengan >2.5g.

**8 Proteínas**  
Lee con cuidado, ya que los alimentos proteínicos añaden calorías.

**9 Vitaminas y minerales**  
Elige alimentos con 20% de VD.

**NOTA:**  
Línea la regla de 5% y 25%.  
5% del VD es bajo  
25% del VD es alto para cualquiera de estos nutrimentos.

Busca alimentos con alto contenido en las áreas verdes. Esas son las que tu cuerpo necesita.

¡Cuidado con las áreas rojas! No añades fibra en cubetas, porciones hay en el envase. ¡La información nutrimental es nutritiva para UNA SOLA PORCIÓN!

## Tips para comer despacio y disfrutar tus alimentos

- Mastica 5 veces cada bocado
- Deja los cubiertos sobre la mesa tras cada bocado
- Come sin distracciones (TV, computadora, libro, etc).
- Espera 20 minutos a que las señales de saciedad lleguen a tu cerebro.

¡APÁGALA!

PLATO EN PAUSA

20



### ¡Para una correcta hidratación... el agua simple es mejor!



#### ¿Por qué?



Compone gran parte de nuestro cuerpo: 65% en jóvenes como tú

Participa en múltiples funciones:

1. Contribuye a mejorar la concentración.
2. Contribuye a la lubricación de articulaciones.
3. Participa en la eliminación de desechos del organismo.
4. Importante para regular la temperatura corporal.



### Tips para incluir más verduras y frutas en tu alimentación



#### ¿Por qué?

Son fuente de antioxidantes, minerales y fibra.



Desayuno	Comida	Snacks
Agrega espinacas, champiñones, nopales a tu melette.	Inicia tus comidas con sopa de verduras o un plato de ensalada.	1 taza de verduras con limón y chile piquin.
Añade fruta con avena y leche para un desayuno portátil.	Ocupa de guarnición verduras asadas o al vapor.	Prepara paletas heladas elaboradas de fruta congelada en trozos.

#### ¿Cuánto al día?



1 1/2 litro - 2 litros

6- 8 vasos

#### Aumenta tu consumo cuando...

Clima caluroso



Si realizas actividad física



En presencia de fiebre, vómito y diarrea



## Anexo 10. Manual de Ejercicios “Cuerpo Sano, Mente Sana”



### Beneficios del ejercicio

- Ayuda a mantenerte en un peso corporal sano.
- Mejora tu flexibilidad y la movilidad de tus articulaciones.
- Reduce el riesgo e padecer enfermedades como obesidad, diabetes tipo 2 e hipertensión arterial.
- Reduce el estrés y te hace sentir bien.
- Mejora tu capacidad de aprendizaje, concentración y

### Para comenzar, algunos conceptos...

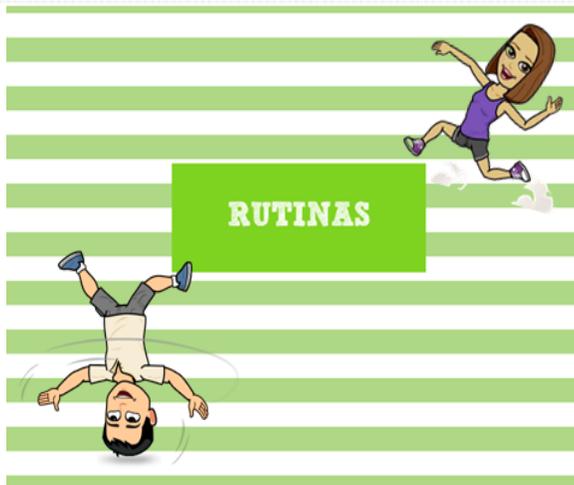
**Repeticiones:** el número de veces que se realiza un mismo ejercicio.  
ejemplo: 5 sentadillas = 5 repeticiones

**Serie:** agrupa cierto número de repeticiones, separadas por periodos de descanso.

ejemplo: 1 serie de 5 sentadillas + descanso + 1 serie de 5 sentadillas

**Rutina:** Conjunto de series con distintos ejercicios.

**Descanso:** Debe de ser de 30 a 60 segundos entre cada serie.



### SEMANA 1

Se la mejor versión de ti!

Empieza con pequeños cambios...

¡Tú eres capaz!

¡Tú eres capaz de ejercitar y fortalecer tu cuerpo!

RUTINA 1. SEMANA 1. LUNES- MIÉRCOLES- VIERNES				
Movimientos laterales con cuerda.	Salta la cuerda con piernas estiradas.	Salto vertical.	A toda velocidad	Tocando puntas
Párate con los pies abiertos a la altura de tus hombros, luego sostén la cuerda extendiéndola por encima de tu cabeza, flexiona la cintura hacia la izquierda y a derecha.	Sujeta la cuerda con ambas manos y bríncala con ambas pies sin flexionarla radialmente.	Colócate en cuclillas y apoya ambas manos sobre el piso. Brínca con los pies juntos lo más alto que puedas sin despegar las manos al piso	Comienza trotando y aumenta la velocidad hasta correr lo más rápido posible. Determina un punto al cual llegar.	Siéntate junta y estira tus piernas hacia el frente, intenta tocar tus pies sin flexionar radialmente.
2 Series de 8-10 repeticiones.	2 Series de 8-10 repeticiones.	1 Serie de 8 repeticiones.	2 a 4 repeticiones.	2 a 3 Series de 10 repeticiones.

RUTINA 1. SEMANA 1. MARTES - JUEVES				
Patada de ejercicio	saltos a la cuerda con un solo pie	Gafitos	Estrellas	Compas abierto
Párate con pies abiertos a la altura de tus hombros y coloca ambos brazos estirados hacia el frente. Luego estira tu pierna derecha como si patearas y después repite con la otra pierna.	Brinca la cuerda 10 veces con un solo pie y luego con el otro.	Coloca tus pies y manos en el piso y avanza de manera que cuando la mano izquierda este al frente el pie derecho lo esté y viceversa.	Abre y cierra tus brazos y piernas totalmente estirados a los lados, lo más rápido que te sea posible.	Siéntate abriendo tus piernas en forma de compas lo más que puedas, estírate hacia una pierna y luego hacia la otra. Haz balanceos suaves intentando que tu frente toque tu rodilla.
2 series de 10 repeticiones con c/pierna	2 series de 10 repeticiones con c/pierna	2 series de 8 a 10 pasos	2 series de 10 repeticiones	2 series de 10 balanceos por cada pierna
				

## SEMANA 2

La confianza en uno mismo es la primer clave del éxito.  
¡Sigue adelante, confía en ti, tú puedes lograrlo!



RUTINA 2. SEMANA 2. LUNES - MIERCOLES - VIERNES				
Movilidad del tronco en cuclillas	Salto a la cuerda entre brazos	Salto alternativo de cuclillas	Sentadilla con brinco.	Estramiento de oblicuos.
Híncate colocando una mano sobre la cabeza y la otra al lado de tu cintura y haz giros hacia otros intentando con la mano suelta tocar tu pie contrario. Repetir con la otra mano.	Estira la cuerda por delante de tu estomago con tus brazos estirados y brinca con piernas juntas sin dejar de estirar la cuerda.	En cuclillas apoya ambas manos en el piso, pasa un pie adelante y el otro detrás, alterna el movimiento con ambos pies.	Párate con pies abiertos a la altura de tus hombros y haz una sentadilla con las manos hacia el frente, cuida que tu espalda se mantenga derecha.	Párate con pies abiertos a la altura de tus hombros, estira tus manos entrelazadas por encima de tu cabeza, estira tu cintura hacia izquierda y luego a derecha.
2 series de 10 repeticiones con c/pierna	Brinca la cuerda 10 veces con un solo pie y luego con el otro.	2 series de 8 a 10 pasos	2 series de 10 repeticiones	2 series de 10 balanceos por cada pierna
				

RUTINA 2. SEMANA 2. MARTES - JUEVES				
Brazos hacia arriba, espalda hacia abajo.	Salto a la cuerda cruzados	Superman	Comiendo en tu lugar	Estrando tus dedos de las manos.
Párate con pies abiertos a la altura de tus hombros y con las manos entrelazadas detrás de tu espalda inclínate hacia adelante con rodillas semi-flexionadas.	Salta la cuerda con la piernas juntas, cruzando los brazos por delante de tu estomago	Colócate boca abajo con brazos y piernas extendidos, eleva al mismo tiempo pies y manos lo mas alto posible.	Come en tu lugar intentando que las rodillas toquen tu pecho alternadamente.	Estira ambos brazos al frente, flexiona la muñeca hacia arriba de manera que los dedos de una mano apunten hacia arriba y estíraos con la otra hacia ti, luego flexiona la muñeca hacia abajo y de igual manera estira hacia ti, repite con la otra mano
4 Series de 5 a 10 repeticiones	4 Series de 8 a 10 repeticiones	4 Series de 15 a 10 repeticiones	2 a 3 Series de 10 tiempos comiendo	2 repeticiones de 10 tiempos cada estiramiento
				

## SEMANA 3

¡Yo puedo, yo quiero y voy a lograrlo!

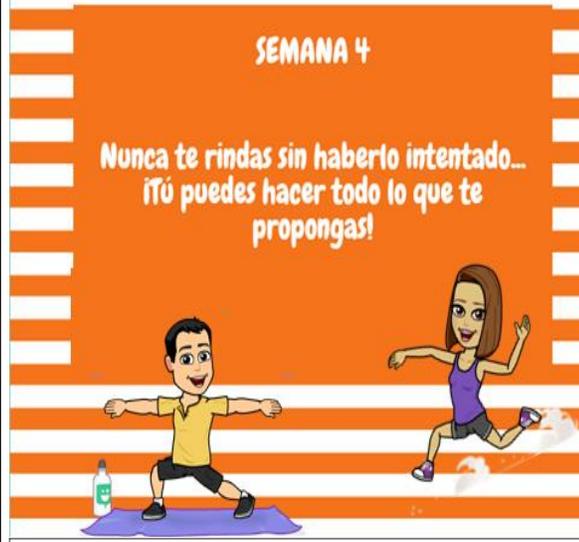
¡Sigue adelante, valdrá la pena!



RUTINA 3. SEMANA 3. LUNES - MIERCOLES -VIERNES				
Movilidad de las piernas recostado	Salto a la cuerda hacia atrás	Puntas	Desplante en tu lugar	Posición de Mariposa
Acuéstate con las piernas juntas y flexionadas gíralas a un lado, sin despegar la espalda del piso todo el tiempo.	Salta la cuerda con pies juntos, da brinco hacia atrás, puedes desplazarte o quedarte en tu lugar.	Párate con pies juntos, apóyate en las puntas de los pies, sube y baja el talón.	Párate con pies juntos y haz un desplante hacia el frente con pierna derecha y luego cambia de pierna.	Siéntate y flexiona tus piernas de manera que las plantas de tus pies se toquen, haz balanceos con las rodillas arriba - abajo y balanceos con la espalda atrás - adelante.
1 Serie de 5 Repeticiones hacia cada lado	2 series de 10 a 8 repeticiones.	2 Series de 15 a 10 repeticiones	2 Series de 10 repeticiones por cada pierna	2 a 3 Series de 10 balanceos suaves.
				

RUTINA 3, SEMANA 3. MARTES - JUEVES				
Moviendo la cabeza diciendo "no"	Salto de galope	Cangrejos	Señadilla brincando con puntas	Estrirando y flexionando
Párate con pies juntos y haz movimientos de la cabeza diciendo que "no".	Brinca la cuerda tratando primero hacia adelante y luego hacia atrás.	Apóyate en las manos y pies en el piso boca arriba, avanza en esta posición hacia atrás y luego hacia adelante.	Párate con las piernas abiertas a la altura de tus hombros, coloca tus manos detrás de la cabeza, haz una sentadilla y al momento de subir da un brinco con las puntas de tus pies.	Siéntate con piernas estiradas al frente, flexiona una pierna y toca con la planta del pie la otra, después estira tus brazos intentando tocar los dedos de la pierna estirada, repite el ejercicio con la otra pierna.
De 8 a 10 repeticiones	2 Series de 8 a 10 repeticiones	De 8 a 10 repeticiones	De 8 a 10 repeticiones	10 Tiempos cada pierna
				

RUTINA 4 SEMANA 4. LUNES - MIÉRCOLES - VIERNES				
Moviendo la cabeza diciendo "sí".	Salto sin despejar los pies.	Saludando a los lados.	Rodillas al pecho	Serpiente
Párate con los pies juntos y mueve tu cabeza hacia arriba diciendo que "sí".	Brinca la cuerda con ambos pies al mismo tiempo sin despejarlos.	Apoya tus pies y manos en el piso boca abajo, con los brazos y piernas estirados después levanta un brazo hacia arriba y repite el movimiento con el otro.	Párate con las piernas abiertas a la altura de los hombros, da brinco lo más alto que puedas con las piernas juntas e intenta tocarle el pecho con tus rodillas.	Recuéstate boca abajo, después empuja la cabeza y el tronco hacia arriba sin despejar del piso las piernas, estírate lo más que puedas.
De 8 a 10 repeticiones	4 Series de 8 a 10 repeticiones	De 8 a 10 repeticiones	De 8 a 10 repeticiones	De 8 a 10 repeticiones
				



RUTINA 4, SEMANA 4. MARTES - JUEVES				
Cadera arriba y abajo	Movimiento de tronco agachado	Saludo hacia el frente	Burpees	Serpiente enroscada
Recuéstate boca arriba con las manos estiradas a los lados sube y baja solamente la cadera apoyada en la planta de tus pies.	Párate con las piernas abiertas a la altura de tus hombros, inclínate hacia adelante y en esta posición toca un pie con la mano contraria, repite el movimiento con la otra mano y el otro pie.	Apóyate en el piso con pies y manos estirados, después sube una mano hacia el frente al mismo tiempo que levantas el pie contrario, repite el movimiento con la otra mano y el otro pie.	Colócate en cuclillas y apoya ambas manos en el piso, después haz una lagartija, regresa a cuclillas y termina con un brinco subiendo los brazos lo más extendidos que puedas.	Recuéstate boca abajo después empuja la cabeza y el tronco hacia arriba, flexiona las piernas intentando tocar tu cabeza con la punta de los pies, estírate lo más que puedas.
De 8 a 10 repeticiones.	2 Series de 10 repeticiones	De 8 a 10 repeticiones por cada mano.	De 5 a 8 repeticiones	De 8 a 10 segundos y repetir 2 a tres veces.
				

**Anexo 11. Resultados del análisis estadístico en las variables que no tuvieron cambios significativos**

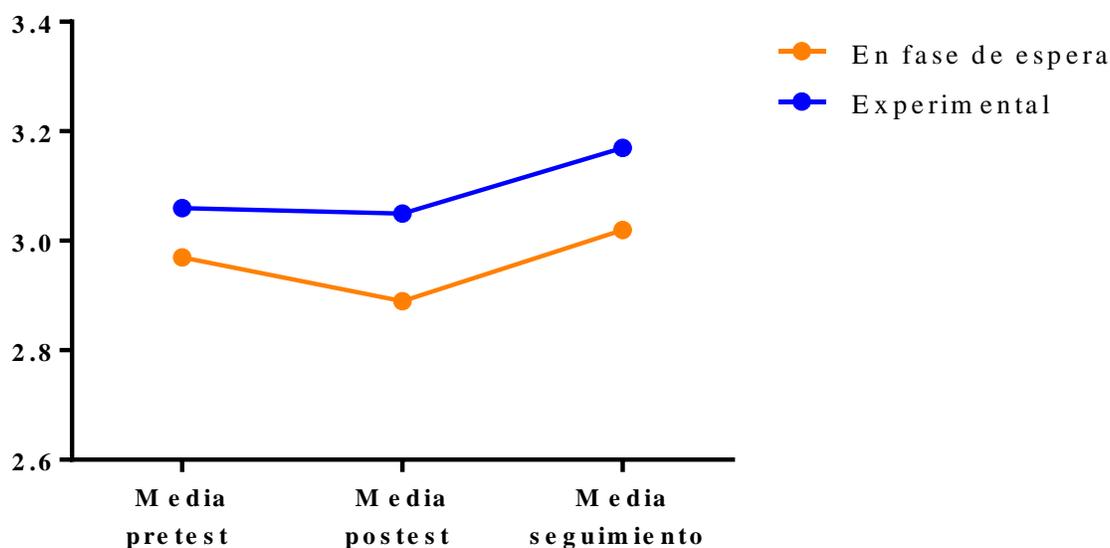
*Autoeficacia*

**Tabla 38. ANOVA MR (2X3). Autoeficacia**

Condición	Suma de cuadrados tipo I	Gl	F	p	Eta 2 Parcial	F2 tamaño del efecto
Intrasujetos Tiempo	.876	1.78	2.699	.07	.023	.02
Tiempo*Grupo	.085	1.78	.263	.74	.002	.00
Entre sujetos Grupo	1.508	1	2.492	.11	.021	.02

\*p ≤ .05

**Figura 15. Medias de la variable Autoeficacia. Tiempo por grupo**



**Tabla 39. Diferencias de medias de Autoeficacia en el grupo experimental y en el grupo en fase de espera**

Condición	Media Pretest	Media Posttest	Media Seguimiento
Grupo experimental	3.06	3.05	3.17
Grupo en fase de espera	2.97	2.89	3.02

**Tabla 40. Prueba Post-Hoc Bonferroni Autoeficacia. Tiempo de comparación por pares**

(I) Tiempo	(J) Tiempo	Diferencia de medias (I-J)	Error Std.	p
Pre-test	Post-test	.048	.051	1.0
	Seguimiento	-.074	.045	.31
Post-test	Pre-test	-.048	.051	1.0
	Seguimiento	-.122	.061	.14
Seguimiento	Pre-test	.074	.045	.31
	Post-test	.122	.061	.14

*Autoeficacia para la Alimentación Saludable*

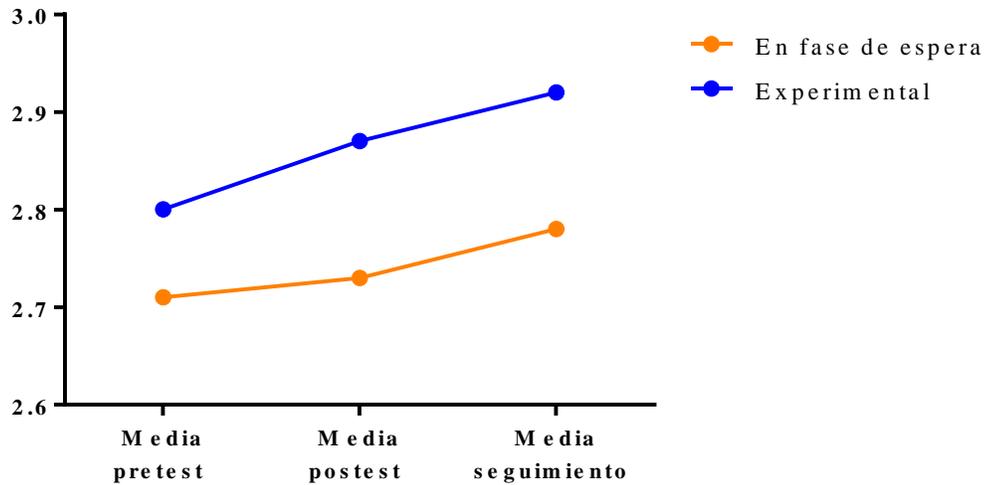
**Tabla 41. ANOVA MR (2X3). Autoeficacia para la Alimentación Saludable**

Condición	Suma de cuadrados tipo I	gl	F	Valor de p	Eta 2 Parcial	F2 tamaño del efecto
Intrasujetos Tiempo	.526	2	.979	.37	.009	.00
Tiempo*Grupo	.048	2	.089	.91	.001	.00
Entre sujetos Grupo	1.302	1	1.262	.26	.011	.02

\*p ≤ .05

**Figura 16. Medias de la variable Autoeficacia para la Alimentación Saludable.**

Tiempo por grupo



**Tabla 42. Diferencias de medias de Autoeficacia para la Alimentación Saludable en el grupo experimental y en el grupo en fase de espera**

Condición	Media Pretest	Media Postest	Media Seguimiento
Grupo experimental	2.80	2.87	2.92
Grupo en fase de espera	2.71	2.73	2.78

**Tabla 43. Prueba Post-Hoc Bonferroni Autoeficacia para la Alimentación Saludable. Tiempo de comparación por pares**

(I) Tiempo	(J) Tiempo	Diferencia de medias (I-J)	Error Std.	p
Pre-test	Post-test	-.044	.069	1.0
	Seguimiento	-.096	.062	.37
Post-test	Pre-test	.044	.069	1.0
	Seguimiento	-.053	.073	1.0
Seguimiento	Pre-test	.096	.062	.37
	Post-test	.053	.073	1.0

\* $p \leq .05$

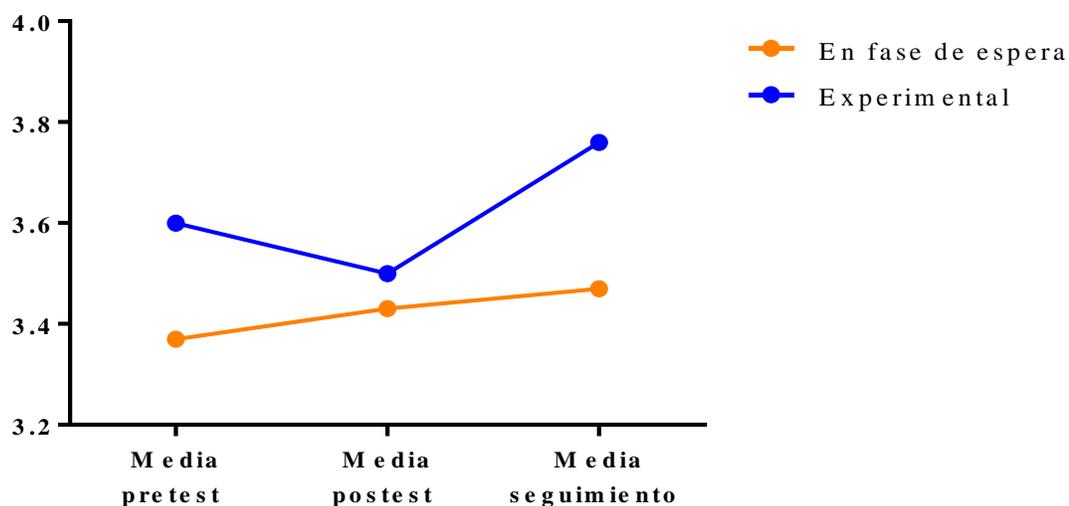
*Afecto Positivo*

**Tabla 44. ANOVA MR (2X3). Afecto Positivo**

Condición	Suma de cuadrados tipo I	Gl	F	Valor de p	Eta 2 Parcial	F2 tamaño del efecto
Intrasujetos Tiempo	1.461	2	1.949	.14	.017	.01
Tiempo*Grupo	.755	2	1.006	.36	.009	.00
Entre sujetos Grupo	3.324	1	2.104	.15	.018	.01

\*p ≤ .05

**Figura 17. Medias de la variable Afecto Positivo. Tiempo por grupo**



**Tabla 45. Diferencias de medias de Afecto Positivo en el grupo experimental y en el grupo en fase de espera**

Condición	Media Pretest	Media Posttest	Media Seguimiento
Grupo experimental	3.60	3.50	3.76
Grupo en fase de espera	3.37	3.43	3.47

**Tabla 46. Prueba Post-Hoc Bonferroni Afecto Positivo. Tiempo de comparación por pares**

(I) Tiempo	(J) Tiempo	Diferencia de medias (I-J)	Error Std.	p
Pre-test	Post-test	.024	.079	1.0
	Seguimiento	-.128	.079	.32
Post-test	Pre-test	-.024	.079	1.0
	Seguimiento	-.152	.084	.21
Seguimiento	Pre-test	.128	.079	.32
	Post-test	.152	.084	.21

\*p ≤ .05

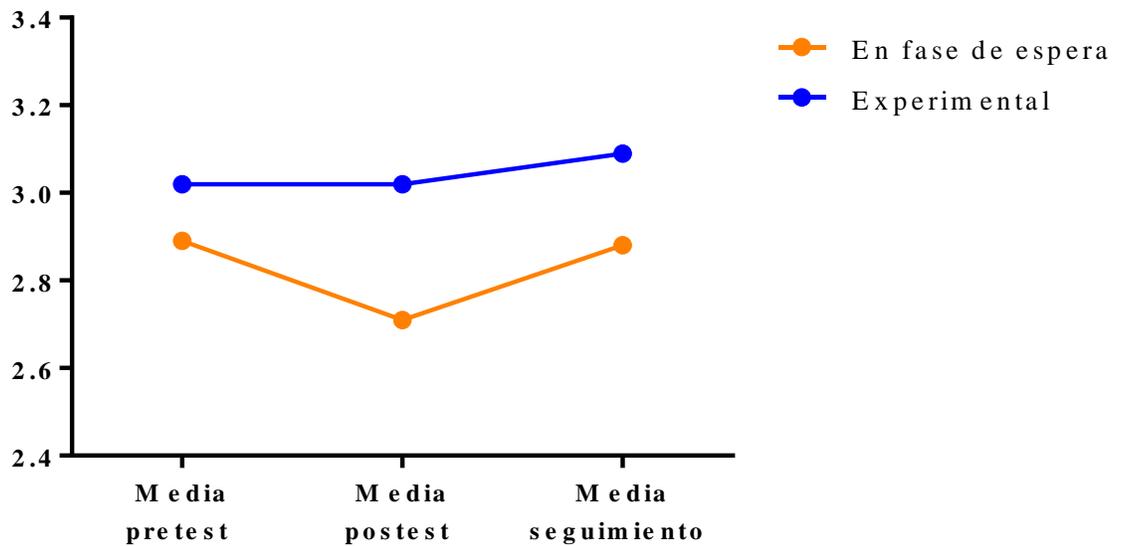
*Autoeficacia Mujeres*

**Tabla 47. ANOVA MR (2X3). Autoeficacia Mujeres**

Condición	Suma de cuadrados tipo I	Gl	F	Valor de p	Eta 2 Parcial	F2 tamaño del efecto
Intrasujetos Tiempo	.457	1.735	1.431	.24	.024	.02
Tiempo*Grupo	.224	1.735	.700	.48	.012	.01
Entre sujetos Grupo	2.044	1	3.362	.07	.055	.05

\*p ≤ .05

**Figura 18. Medias de la variable Autoeficacia Mujeres. Tiempo por grupo**



**Tabla 48. Diferencias de medias Autoeficacia Mujeres en el grupo experimental y en el grupo en fase de espera**

Condición	Media Pretest	Media Posttest	Media Seguimiento
Grupo experimental	3.02	3.02	3.09
Grupo en fase de espera	2.89	2.71	2.88

**Tabla 49. Prueba Post-Hoc Bonferroni Autoeficacia Mujeres. Tiempo de comparación por pares**

(I) Tiempo	(J) Tiempo	Diferencia de medias (I-J)	Error Std.	p
Pre-test	Post-test	.086	.067	.60
	Seguimiento	-0.36	.064	1.0
Post-test	Pre-test	-.086	.067	.60
	Seguimiento	-.122	.086	.48
Seguimiento	Pre-test	.036	.064	1.0
	Post-test	.122	.086	4.8

\*p ≤ .05

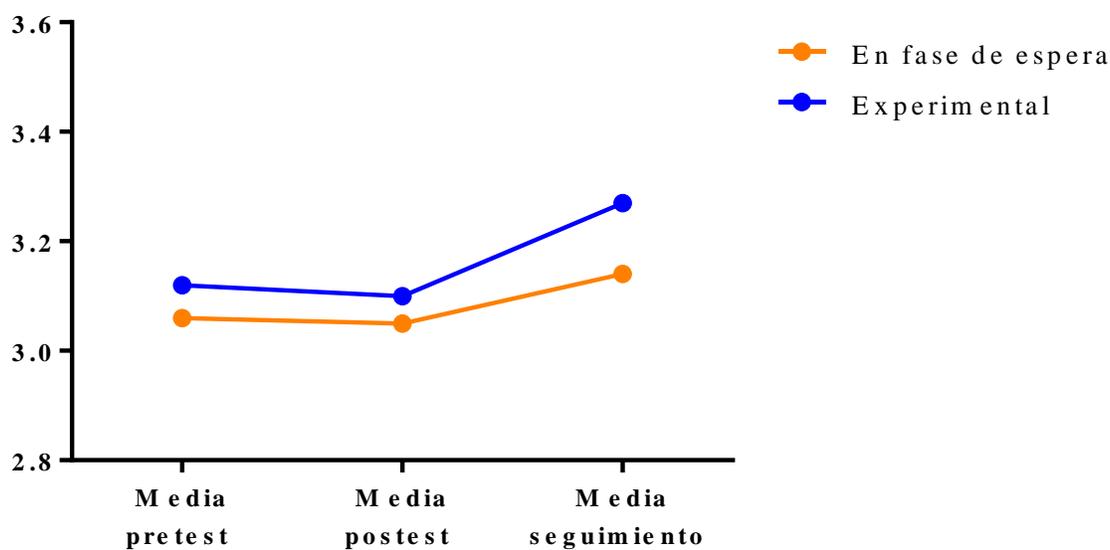
*Autoeficacia Hombres*

**Tabla 50. ANOVA MR (2X3). Autoeficacia Hombres**

Condición	Suma de cuadrados tipo I	Gl	F	Valor de p	Eta 2 Parcial	F2 tamaño del efecto
Intrasujetos Tiempo	.518	1.792	1.540	.21	.028	.02
Tiempo*Grupo	.052	1.792	.154	.83	.003	.00
Entre sujetos Grupo	.253	1	.454	.50	.008	.00

\* $p \leq .05$

**Figura 19. Medias de la variable Autoeficacia Hombres. Tiempo por grupo**



**Tabla 51. Diferencias de medias de Autoeficacia Hombres en el grupo experimental y en el grupo en fase de espera**

Condición	Media Pretest	Media Posttest	Media Seguimiento
Grupo experimental	3.12	3.10	3.27
Grupo en fase de espera	3.06	3.05	3.14

**Tabla 52. Prueba Post-Hoc Bonferroni Autoeficacia Hombres. Tiempo de comparación por pares**

<b>(I) Tiempo</b>	<b>(J) Tiempo</b>	<b>Diferencia de medias (I-J)</b>	<b>Error Std.</b>	<b>p</b>
Pre-test	Post-test	.015	.080	1.0
	Seguimiento	-.115	.065	.24
Post-test	Pre-test	-.015	.080	1.0
	Seguimiento	-.130	.088	.44
Seguimiento	Pre-test	.115	.065	.24
	Post-test	.130	.088	.44

\* $p \leq .05$

*Autoeficacia para la Actividad Física Hombres*

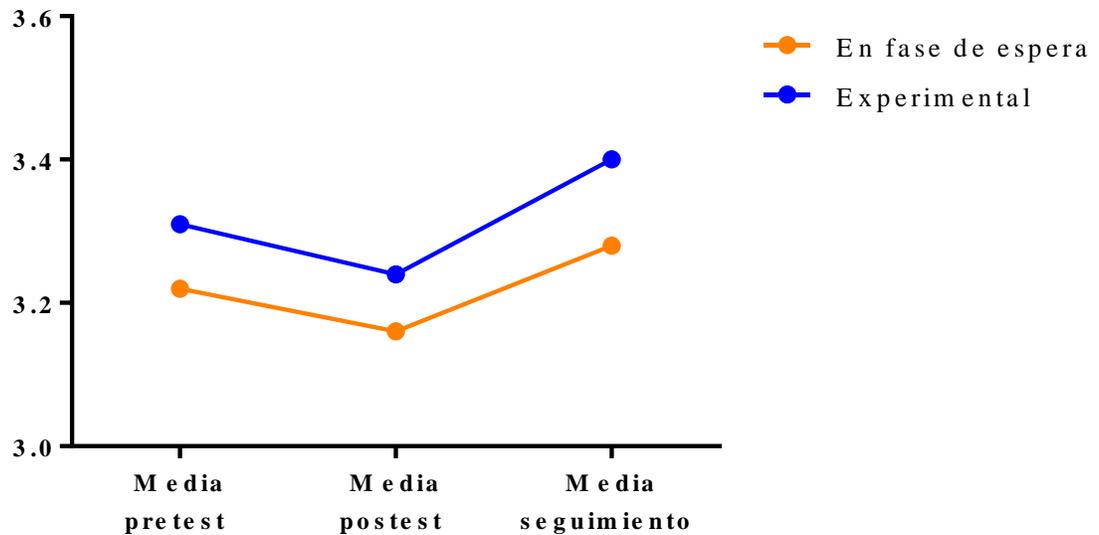
**Tabla 53. ANOVA MR (2X3). Autoeficacia para la Actividad Física Hombres**

<b>Condición</b>	<b>Suma de cuadrados tipo I</b>	<b>Gl</b>	<b>F</b>	<b>Valor de p</b>	<b>Eta 2 Parcial</b>	<b>F2 tamaño del efecto</b>
Intrasujetos Tiempo	.541	2	1.69	.31	.021	.02
Tiempo*Grupo	.018	2	.039	.95	.001	.00
Entre sujetos Grupo	.389	1	.666	.41	.012	.01

\* $p \leq .05$

**Figura 20. Medias de la variable Autoeficacia para la Actividad Física Hombres.**

**Tiempo por grupo**



**Tabla 54. Diferencias de medias de Autoeficacia para la Actividad Física Hombres en el grupo experimental y en el grupo en fase de espera**

Condición	Media Pretest	Media Posttest	Media Seguimiento
Grupo experimental	3.31	3.24	3.40
Grupo en fase de espera	3.22	3.16	3.28

**Tabla 55. Prueba Post-Hoc Bonferroni Autoeficacia para la Actividad Física Hombres. Tiempo de comparación por pares**

(I) Tiempo	(J) Tiempo	Diferencia de medias (I-J)	Error Std.	p
Pre-test	Post-test	.064	.091	1.0
	Seguimiento	-.078	.083	1.0
Post-test	Pre-test	-.064	.091	1.0
	Seguimiento	-.142	.100	.48
Seguimiento	Pre-test	0.78	.083	1.0
	Post-test	.142	.100	.48

\*p ≤ .05

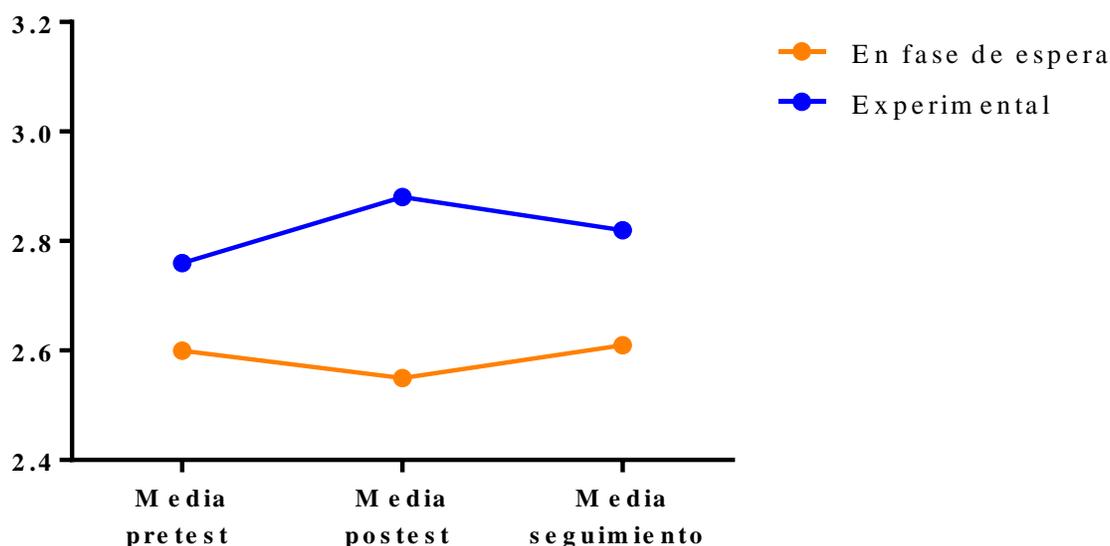
*Autoeficacia para la Alimentación Saludable Mujeres*

**Tabla 56. ANOVA MR (2X3). Autoeficacia para la Alimentación Saludable Mujeres**

Condición	Suma de cuadrados tipo I	Gl	F	Valor de p	Eta 2 Parcial	F2 tamaño del efecto
Intrasujetos Tiempo	.032	2	.060	.94	.001	.00
Tiempo*Grupo	.159	2	.301	.74	.005	.00
Entre sujetos Grupo	2.264	1	2.256	.13	.037	.03

\*p ≤ .05

**Figura 21. Medias de la variable Autoeficacia para la Alimentación Saludable Mujeres. Tiempo por grupo**



**Tabla 57. Diferencias de medias de Autoeficacia para la Alimentación Saludable Mujeres en el grupo experimental y en el grupo en fase de espera**

Condición	Media Pretest	Media Posttest	Media Seguimiento
Grupo experimental	2.76	2.86	2.82
Grupo en fase de espera	2.60	2.55	2.61

**Tabla 58. Prueba Post-Hoc Bonferroni Autoeficacia para la Alimentación Saludable Mujeres. Tiempo de comparación por pares**

(I) Tiempo	(J) Tiempo	Diferencia de medias (I-J)	Error Std.	p
Pre-test	Post-test	-.021	.086	1.0
	Seguimiento	-.030	.090	1.0
Post-test	Pre-test	.021	.086	1.0
	Seguimiento	-.009	.104	1.0
Seguimiento	Pre-test	.030	.090	1.0
	Post-test	.009	.104	1.0

\*p≤ .05

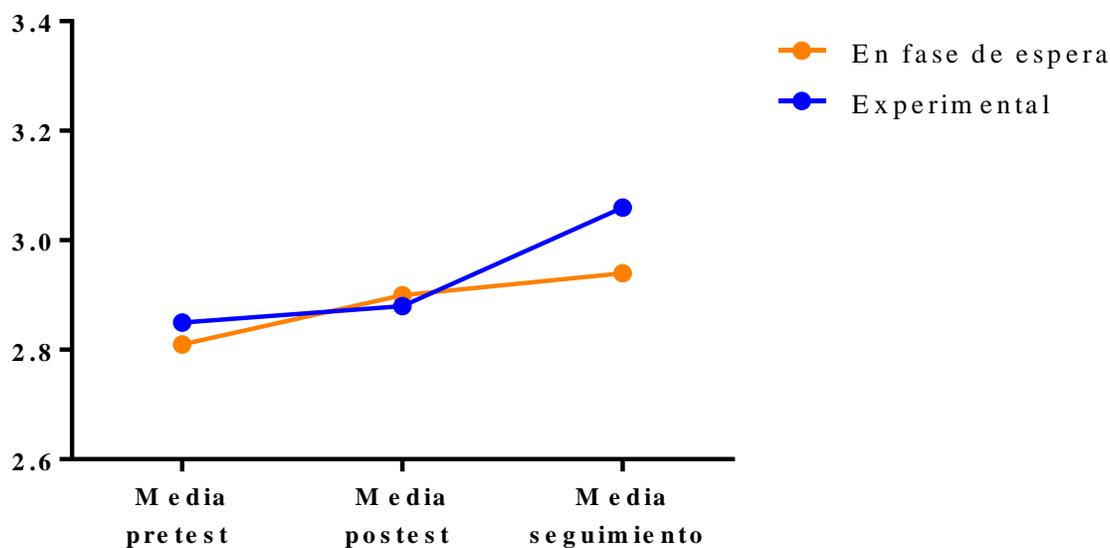
*Autoeficacia para la Alimentación Saludable Hombres*

**Tabla 59. ANOVA MR (2X3). Autoeficacia para la Alimentación Saludable Hombres**

Condición	Suma de cuadrados tipo I	Gl	F	Valor de p	Eta 2 Parcial	F2 tamaño del efecto
Intrasujetos Tiempo	.764	2	1.369	.25	.025	.02
Tiempo*Grupo	.136	2	.244	.78	.005	.00
Entre sujetos Grupo	.104	1	.103	.75	.002	.00

\*p≤ .05

**Figura 22. Medias de la variable Autoeficacia para la Alimentación Saludable Hombres. Tiempo por grupo**



**Tabla 60. Diferencias de medias de Autoeficacia para la Alimentación Saludable Hombres en el grupo experimental y en el grupo en fase de espera**

Condición	Media Pretest	Media Posttest	Media Seguimiento
Grupo experimental	2.85	2.88	3.06
Grupo en fase de espera	2.81	2.90	2.94

**Tabla 61. Prueba Post-Hoc Bonferroni Autoeficacia para la Alimentación Saludable Hombres. Tiempo de comparación por pares**

(I) Tiempo	(J) Tiempo	Diferencia de medias (I-J)	Error Std.	p
Pre-test	Post-test	-.059	.111	1.0
	Seguimiento	-.170	.087	.16
Post-test	Pre-test	.059	.111	1.0
	Seguimiento	-.111	.103	.85
Seguimiento	Pre-test	.170	.087	.16
	Post-test	.111	.103	.85

\* $p \leq .05$

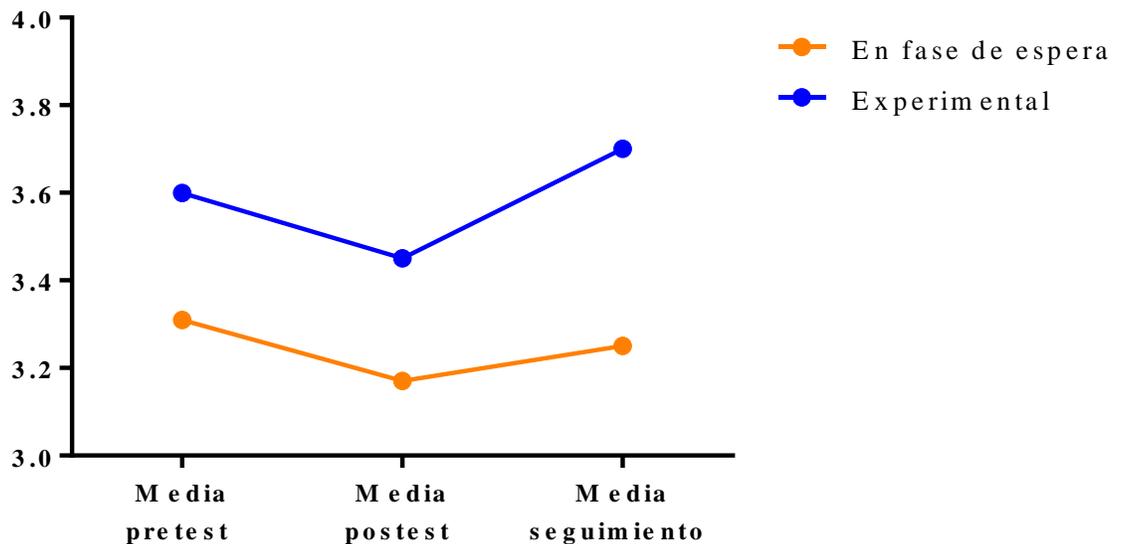
*Afecto Positivo Mujeres*

**Tabla 62. ANOVA MR (2X3). Afecto Positivo Mujeres**

Condición	Suma de cuadrados tipo I	Gl	F	Valor de p	Eta 2 Parcial	F2 tamaño del efecto
Intrasujetos Tiempo	1.019	2	1.463	.23	.025	.02
Tiempo*Grupo	.285	2	.409	.66	.007	.00
Entre sujetos Grupo	5.160	1	2.701	.10	.045	.04

\* $p \leq .05$

**Figura 23. Medias de la variable Afecto Positivo Mujeres. Tiempo por grupo**



**Tabla 63. Diferencias de medias de Afecto Positivo Mujeres en el grupo experimental y en el grupo en fase de espera**

Condición	Media Pretest	Media Posttest	Media Seguimiento
Grupo experimental	3.60	3.45	3.70
Grupo en fase de espera	3.31	3.17	3.25

**Tabla 64. Prueba Post-Hoc Bonferroni Afecto Positivo Mujeres. Tiempo de comparación por pares**

(I) Tiempo	(J) Tiempo	Diferencia de medias (I-J)	Error Std.	p
Pre-test	Post-test	.141	.108	.58
	Seguimiento	-.029	.106	1.0
Post-test	Pre-test	-.141	.108	.58
	Seguimiento	-.170	.109	.37
Seguimiento	Pre-test	.029	.106	1.0
	Post-test	.170	.109	.37

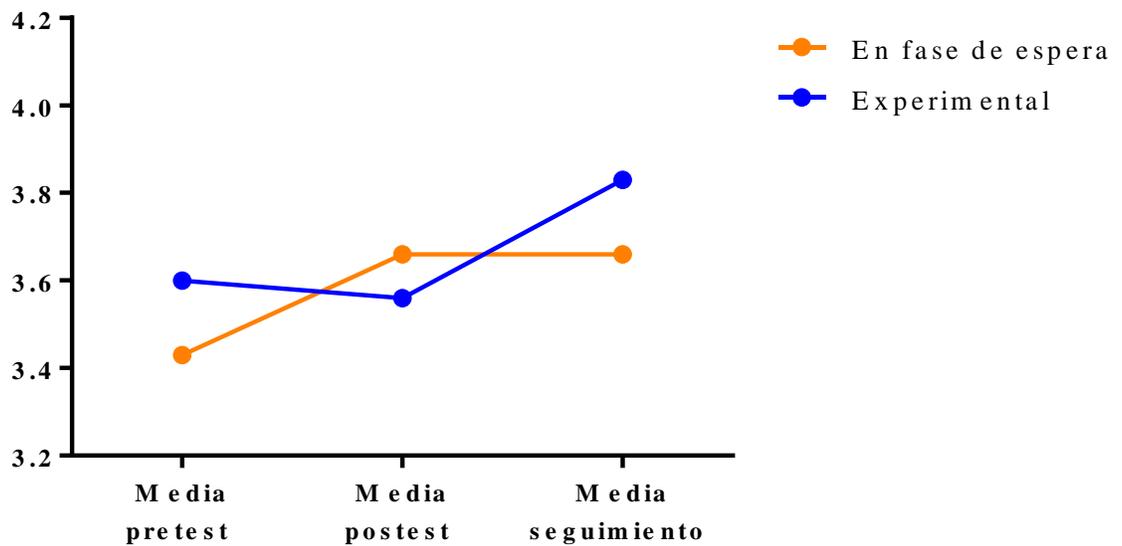
\*p≤ .05

*Afecto Positivo Hombres*

**Tabla 65. ANOVA MR (2X3). Afecto Positivo Hombres**

Condición	Suma de cuadrados tipo I	Gl	F	Valor de p	Eta 2 Parcial	F2 tamaño del efecto
Intrasujetos Tiempo	1.452	2	1.786	.17	.032	.03
Tiempo*Grupo	.645	2	.794	.45	.014	.01
Entre sujetos Grupo	.260	1	.220	.64	.004	.00

**Figura 24. Medias de la variable Afecto Positivo Hombres. Tiempo por grupo**



**Tabla 66. Diferencias de medias Afecto Positivo Hombres en el grupo experimental y en el grupo en fase de espera**

Condición	Media Pretest	Media Postest	Media Seguimiento
Grupo experimental	3.60	3.56	3.83
Grupo en fase de espera	3.43	3.66	3.66

**Tabla 67. Prueba Post-Hoc Bonferroni Afecto Positivo Hombres. Tiempo de comparación por pares**

(I) Tiempo	(J) Tiempo	Diferencia de medias (I-J)	Error Std.	p
Pre-test	Post-test	-.090	.115	1.0
	Seguimiento	-.228	.119	.18
Post-test	Pre-test	.090	.115	1.0
	Seguimiento	-.137	.131	.89
Seguimiento	Pre-test	.228	.119	.18
	Post-test	.137	.131	.89

\* $p \leq .05$

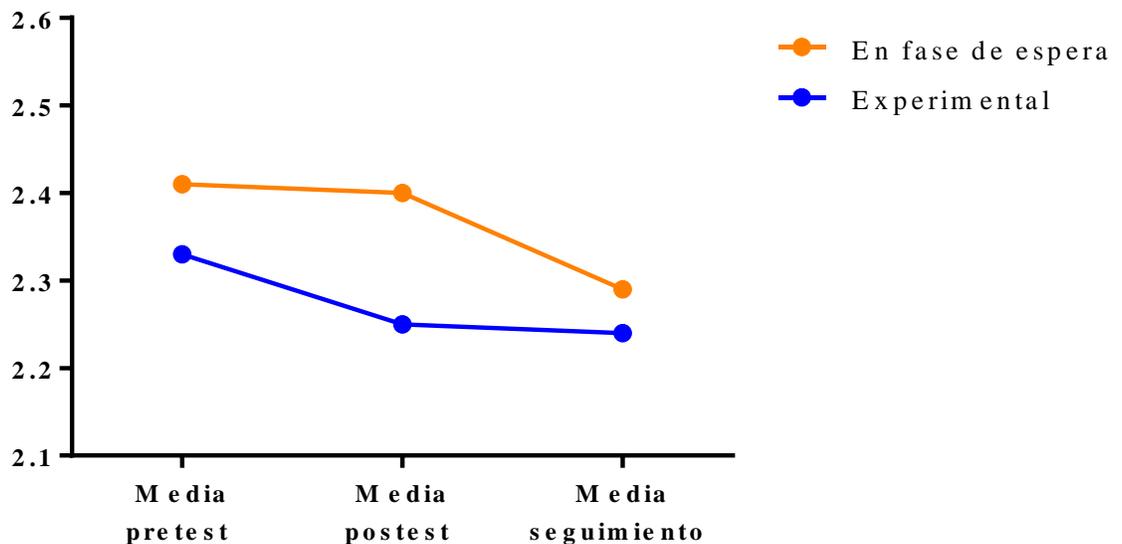
*Autoatribución Negativa Hombres*

**Tabla 68. ANOVA MR (2X3). Autoatribución Negativa Hombres**

Condición	Suma de cuadrados tipo I	Gl	F	Valor de p	Eta 2 Parcial	F2 tamaño del efecto
Intrasujetos Tiempo	.327	2	.989	.37	.018	.01
Tiempo*Grupo	.071	2	.215	.80	.004	.00
Entre sujetos Grupo	.364	1	.457	.50	.008	.00

\* $p \leq .05$

**Figura 25. Medias de la variable Autoatribución Negativa Hombres. Tiempo por grupo**



**Tabla 69. Diferencias de medias de Autoatribución Negativa Hombres en el grupo experimental y en el grupo en fase de espera**

Condición	Media Pretest	Media Posttest	Media Seguimiento
Grupo experimental	2.33	2.25	2.24
Grupo en fase de espera	2.41	2.40	2.29

**Tabla 70. Prueba Post-Hoc Bonferroni Autoatribución Negativa Hombres.  
Tiempo de comparación por pares**

(I) Tiempo	(J) Tiempo	Diferencia de medias (I-J)	Error Std.	P
Pre-test	Post-test	.039	.068	1.0
	Seguimiento	.104	.078	.56
Post-test	Pre-test	-.039	.068	1.0
	Seguimiento	.064	.086	1.0
Seguimiento	Pre-test	-.104	.078	.56
	Post-test	-.064	.086	1.0

\*p ≤ .05

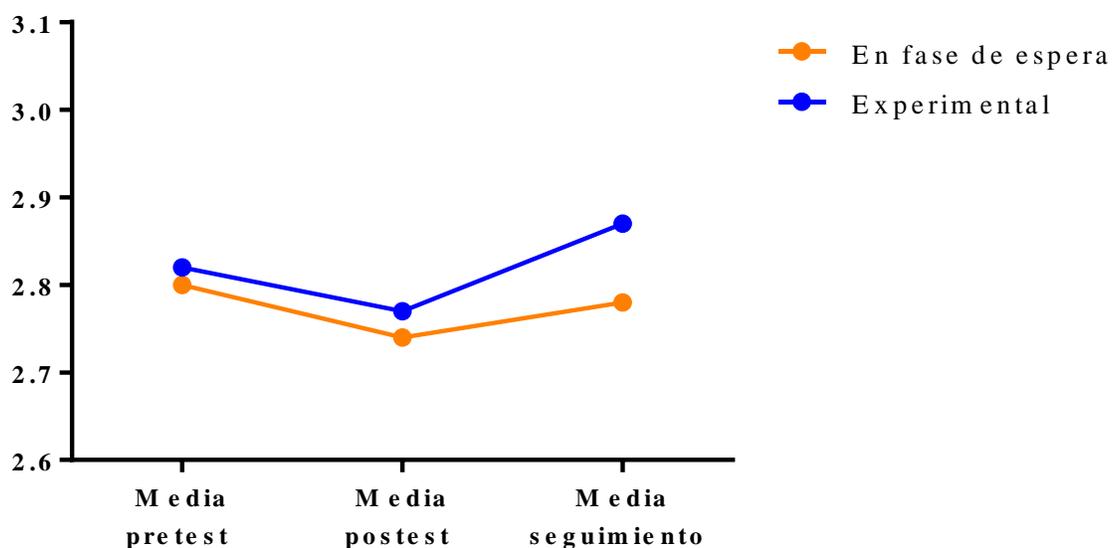
*Conocimientos en Alimentación Saludable*

**Tabla 71. ANOVA MR (2X3). Conocimientos en Alimentación Saludable**

Condición	Suma de cuadrados tipo I	Gl	F	Valor de p	Eta 2 Parcial	F2 tamaño del efecto
Intrasujetos Tiempo	.281	1.889	1.341	.26	.012	.01
Tiempo*Grupo	.075	1.889	.359	.68	.003	.00
Entre sujetos Grupo	.189	1	.420	.51	.004	.00

\*p ≤ .05

**Figura 26. Medias de la variable Conocimientos en Alimentación Saludable. Tiempo por grupo**



**Tabla 72. Diferencias de medias de Conocimientos en Alimentación Saludable en el grupo experimental y en el grupo en fase de espera**

Condición	Media Pretest	Media Posttest	Media Seguimiento
Grupo experimental	2.82	2.77	2.87
Grupo en fase de espera	2.80	2.74	2.78

**Tabla 73. Prueba Post-Hoc Bonferroni Conocimientos en Alimentación Saludable. Tiempo de comparación por pares**

(I) Tiempo	(J) Tiempo	Diferencia de medias (I-J)	Error Std.	p
Pre-test	Post-test	.055	.040	.51
	Seguimiento	-.010	.047	1.0
Post-test	Pre-test	-.055	.040	.51
	Seguimiento	-.066	.040	.30
Seguimiento	Pre-test	.010	.047	1.0
	Post-test	.066	.040	.30

\*p ≤ .05

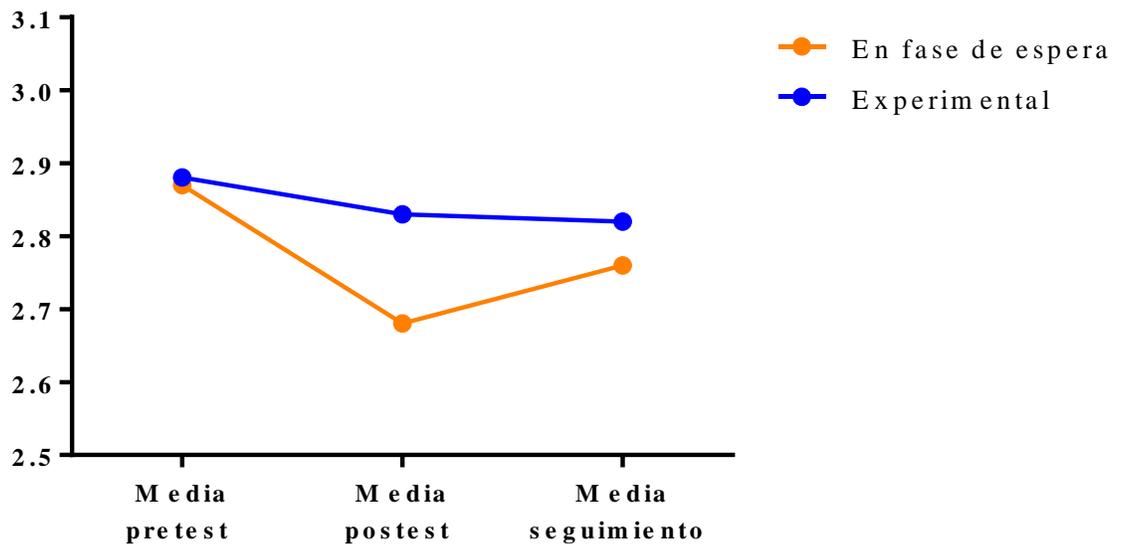
*Conocimientos en Alimentación Saludable Mujeres*

**Tabla 74. ANOVA MR (2X3). Conocimientos en Alimentación Saludable Mujeres**

Condición	Suma de cuadrados tipo I	Gl	F	Valor de p	Eta 2 Parcial	F2 tamaño del efecto
Intrasujetos Tiempo	.422	1.818	1.698	.19	.028	.02
Tiempo*Grupo	.152	1.818	.611	.52	.010	.01
Entre sujetos Grupo	.240	1	.431	.51	.007	.00

\*p ≤ .05

**Figura 27. Medias de la variable Conocimientos en Alimentación Saludable Mujeres. Tiempo por grupo**



**Tabla 75. Diferencias de medias de Conocimientos en Alimentación Saludable Mujeres en el grupo experimental y en el grupo en fase de espera**

Condición	Media Pretest	Media Postest	Media Seguimiento
Grupo experimental	2.88	2.83	2.82
Grupo en fase de espera	2.87	2.68	2.76

**Tabla 76. Prueba Post-Hoc Bonferroni Conocimientos en Alimentación Saludable Mujeres. Tiempo de comparación por pares**

(I) Tiempo	(J) Tiempo	Diferencia de medias (I-J)	Error Std.	p
Pre-test	Post-test	.117	.067	.25
	Seguimiento	.084	.072	.73
Post-test	Pre-test	-.117	.067	.25
	Seguimiento	-.033	.054	1.0
Seguimiento	Pre-test	-.084	.072	.73
	Post-test	.033	.054	1.0

\*p ≤ .05

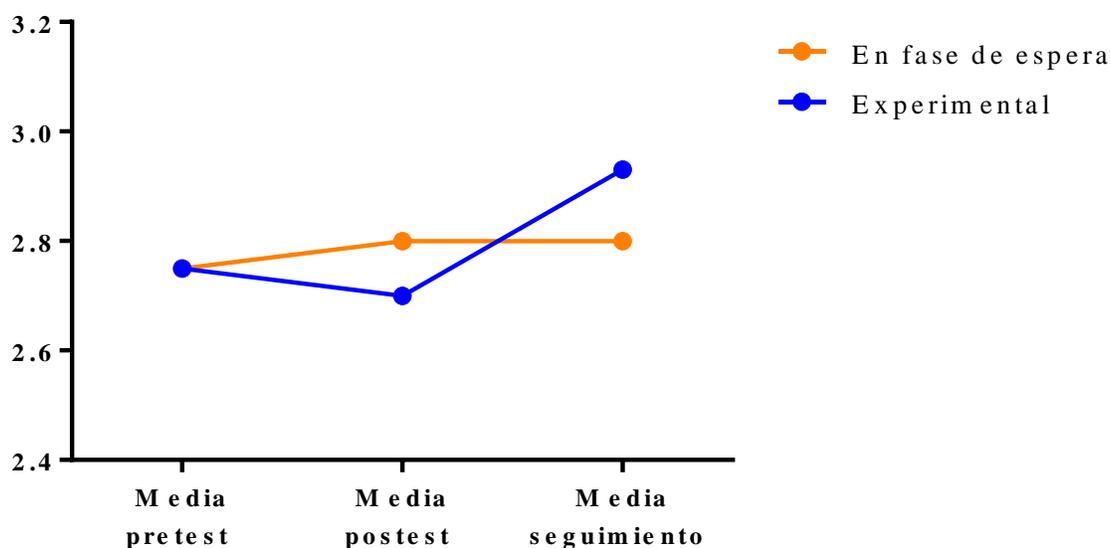
*Conocimientos en Alimentación Saludable Hombres*

**Tabla 77. ANOVA MR (2X3). Conocimientos en Alimentación Saludable Hombres**

Condición	Suma de cuadrados tipo I	Gl	F	Valor de p	Eta 2 Parcial	F2 tamaño del efecto
Intrasujetos Tiempo	.399	1.697	2.526	.09	.045	.04
Tiempo*Grupo	.343	1.697	2.170	.12	.039	.04
Entre sujetos Grupo	.009	1	.027	.87	.000	.00

\*p ≤ .05

**Figura 28. Medias de la variable Conocimientos en Alimentación Saludable Hombres. Tiempo por grupo**



**Tabla 78. Diferencias de medias de Conocimientos en Alimentación Saludable Hombres en el grupo experimental y en el grupo en fase de espera**

Condición	Media Pretest	Media Posttest	Media Seguimiento
Grupo experimental	2.75	2.70	2.93
Grupo en fase de espera	2.75	2.80	2.80

**Tabla 79. Prueba Post-Hoc Bonferroni Conocimientos en Alimentación Saludable Hombres. Tiempo de comparación por pares**

(I) Tiempo	(J) Tiempo	Diferencia de medias (I-J)	Error Std.	p
Pre-test	Post-test	-.001	.041	1.0
	Seguimiento	-.116	.060	.18
Post-test	Pre-test	.001	.041	1.0
	Seguimiento	-.115	.058	.15
Seguimiento	Pre-test	.116	.060	1.8
	Post-test	.115	.058	.15

\* $p \leq .05$

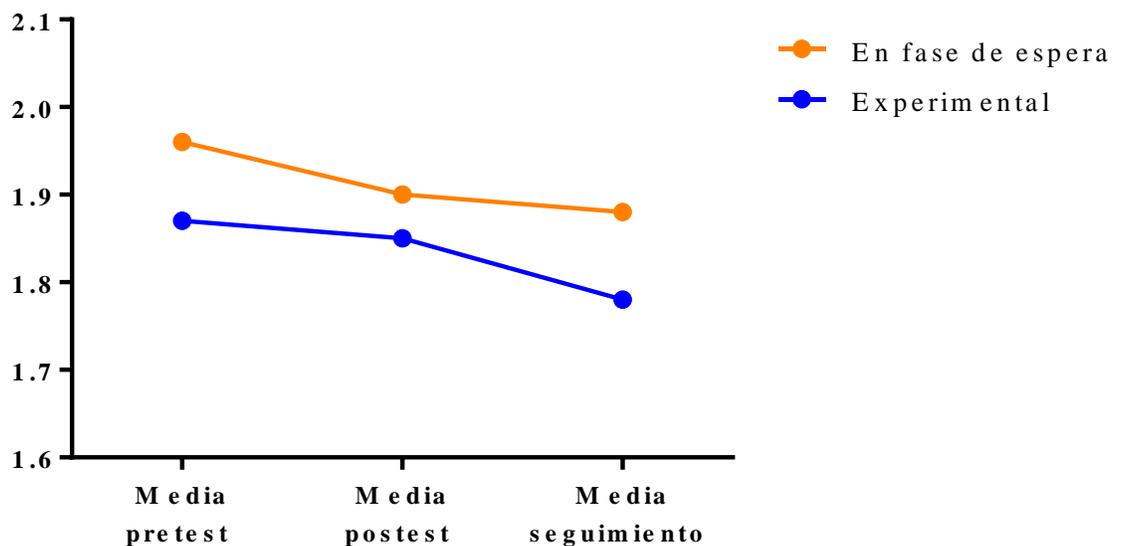
*Conductas Alimentarias de Riesgo*

**Tabla 80. ANOVA MR (2X3). Conductas Alimentarias de Riesgo**

Condición	Suma de cuadrados tipo I	Gl	F	Valor de p	Eta 2 Parcial	F2 tamaño del efecto
Intrasujetos Tiempo	.370	1.844	.915	.39	.008	.00
Tiempo*Grupo	.021	1.844	.052	.93	.000	.00
Entre sujetos Grupo	.579	1	.643	.42	.006	.00

\*p ≤ .05

**Figura 29. Medias de la variable Conductas Alimentarias de Riesgo. Tiempo por grupo**



**Tabla 81. Diferencias de medias de Conductas Alimentarias de Riesgo en el grupo experimental y en el grupo en fase de espera**

Condición	Media Pretest	Media Posttest	Media Seguimiento
Grupo experimental	1.87	1.85	1.78
Grupo en fase de espera	1.96	1.90	1.88

**Tabla 82. Prueba Post-Hoc Bonferroni Conductas Alimentarias de Riesgo.**  
**Tiempo de comparación por pares**

(I) Tiempo	(J) Tiempo	Diferencia de medias (I-J)	Error Std.	p
Pre-test	Post-test	.036	.053	1.0
	Seguimiento	.080	.056	.47
Post-test	Pre-test	-.036	.053	1.0
	Seguimiento	.044	.067	1.0
Seguimiento	Pre-test	-.080	.056	.47
	Post-test	-.044	.067	1.0

\* $p \leq .05$

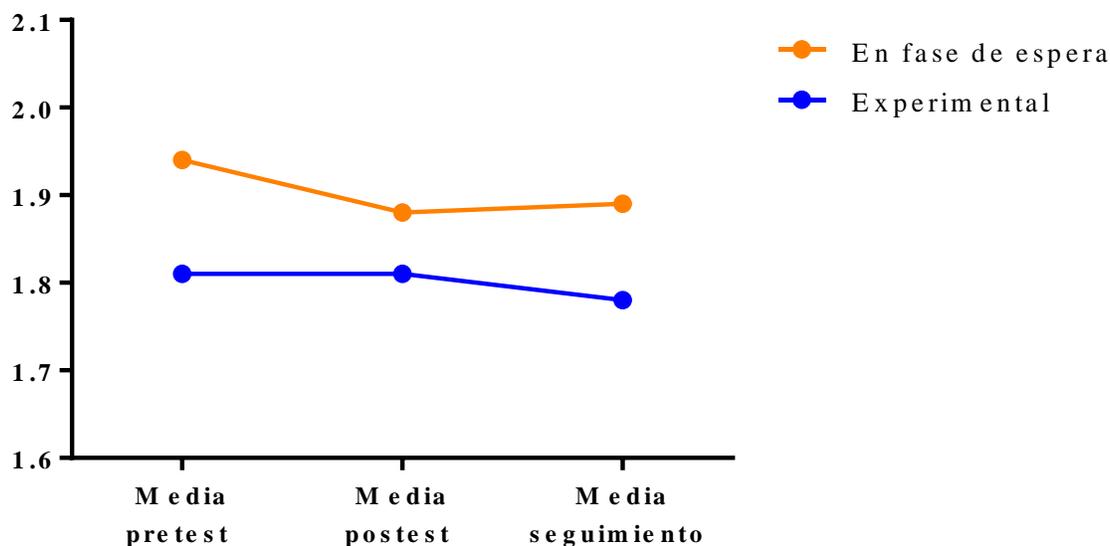
*Conductas Alimentarias de Riesgo Mujeres*

**Tabla 83. ANOVA MR (2X3). Conductas Alimentarias de Riesgo Mujeres**

Condición	Suma de cuadrados tipo I	Gl	F	Valor de p	Eta 2 Parcial	F2 tamaño del efecto
Intrasujetos Tiempo	.060	1.693	.152	.82	.003	.00
Tiempo*Grupo	.028	1.693	.071	.90	.001	.00
Entre sujetos Grupo	.502	1	.471	.49	.008	.00

\* $p \leq .05$

**Figura 30. Medias de la variable Conductas Alimentarias de Riesgo Mujeres. Tiempo por grupo**



**Tabla 84. Diferencias de medias Conductas Alimentarias de Riesgo Mujeres en el grupo experimental y en el grupo en fase de espera**

Condición	Media Pretest	Media Postest	Media Seguimiento
Grupo experimental	1.81	1.81	1.78
Grupo en fase de espera	1.94	1.88	1.89

**Tabla 85. Prueba Post-Hoc Bonferroni Conductas Alimentarias de Riesgo Mujeres. Tiempo de comparación por pares**

(I) Tiempo	(J) Tiempo	Diferencia de medias (I-J)	Error Std.	p
Pre-test	Post-test	.030	.067	1.0
	Seguimiento	.044	.077	1.0
Post-test	Pre-test	-.030	.067	1.0
	Seguimiento	.014	.096	1.0
Seguimiento	Pre-test	-.044	.077	1.0
	Post-test	-.014	.096	1.0

\*p ≤ .05

*Conductas Alimentarias de Riesgo Hombres*

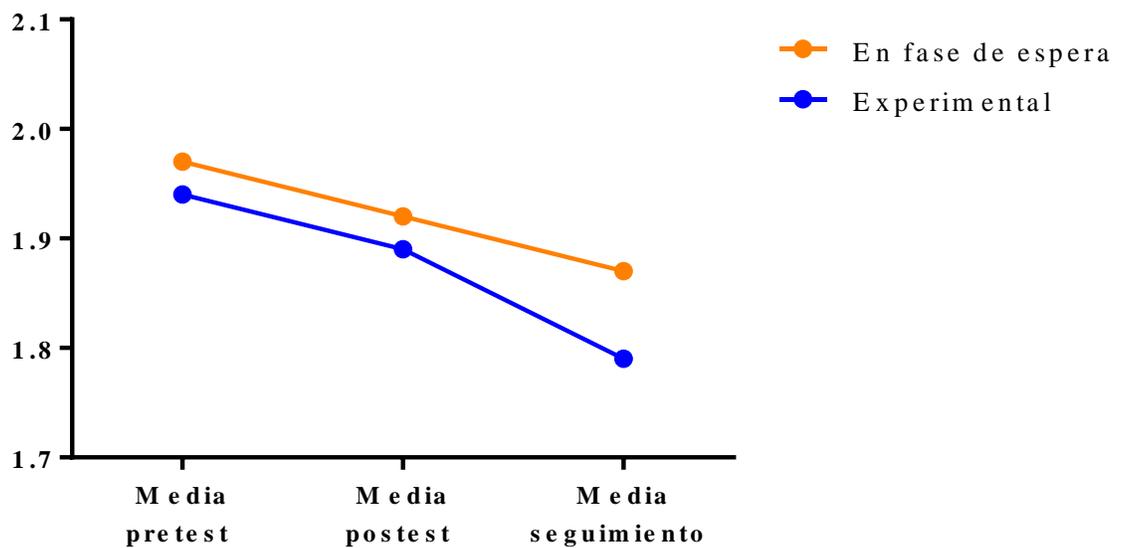
**Tabla 86. ANOVA MR (2X3). Conductas Alimentarias de Riesgo Hombres**

Condición	Suma de cuadrados tipo I	Gl	F	Valor de p	Eta 2 Parcial	F2 tamaño del efecto
Intrasujetos Tiempo	.400	2	.929	.39	.351	.54
Tiempo*Grupo	.020	2	.046	.95	.023	.02
Entre sujetos Grupo	.092	1	.123	.72	.002	.00

\*p ≤ .05

**Figura 31. Medias de la variable Conductas Alimentarias de Riesgo Hombres.**

**Tiempo por grupo**



**Tabla 87. Diferencias de medias de Conductas Alimentarias de Riesgo Hombres en el grupo experimental y en el grupo en fase de espera**

Condición	Media Pretest	Media Posttest	Media Seguimiento
Grupo experimental	1.94	1.89	1.79
Grupo en fase de espera	1.97	1.92	1.87

**Tabla 88. Prueba Post-Hoc Bonferroni Conductas Alimentarias de Riesgo Hombres. Tiempo de comparación por pares**

<b>(I) Tiempo</b>	<b>(J) Tiempo</b>	<b>Diferencia de medias (I-J)</b>	<b>Error Std.</b>	<b>p</b>
Pre-test	Post-test	.045	.086	1.0
	Seguimiento	.122	.084	.45
Post-test	Pre-test	-.045	.086	1.0
	Seguimiento	.007	.096	1.0
Seguimiento	Pre-test	-.122	.084	.45
	Post-test	-.077	.096	1.0

**\*p ≤ .05**