



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

Autoatribución y Autoeficacia para Ingesta Alimentaria
y Actividad Física
en Estudiantes Hombres y Mujeres de Secundaria

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Presenta:
Trejo Ledezma Yesenia

DIRECTORA: DRA. REBECA MARIA ELENA GUZMAN
SALDAÑA.
CODIRECTORA: DRA. LILIAN ELIZABETH BOSQUES
BRUGADA

San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, 2020.





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 Instituto de Ciencias de la Salud
School of Health Sciences
 Área Académica de Psicología
Department of Psychology

05 de febrero de 2020
 Asunto: Autorización de impresión formal

DRA. REBECA MARÍA ELENA GUZMÁN SALDAÑA
 JEFA DEL ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA
Head of academic psychologyc area

Manifestamos a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación de la pasante **YESENIA TREJO LEDEZMA**, bajo la modalidad de Tesis Individual cuyo título es: **"Autoatribución y autoeficacia para ingesta alimentaria y actividad física en estudiantes hombres y mujeres de secundaria"** debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del jurado.

"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

Nombres de los Docentes Jurados	Cargo	Firma de Aceptación del Trabajo para su Impresión Formal
Dra. Gloria Solano Solano	Presidente	
Dra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña	Primer Vocal	
Dra. Silvia Romana Platas Acevedo	Segundo Vocal	
Dra. Lilian Elizabeth Bosques Brugada	Tercer Vocal	
Dra. Angélica Romero Palencia	Secretario	
Dra. Karina Reyes Jarquín	Suplente	
Dr. Abel Lerma Talamantes	Suplente	



Ciudad Ex Hacienda La Concepción S/N
 Carretera Pachuca Actopan
 San Agustín Tlaxiela, Hidalgo, México, C.P. 42160
 Teléfono: 52 (771) 71 720 60 Ext. 4325, 4326, 4344 y 4313
 psicologia@uah.edu.mx

www.uah.edu.mx

Agradecimientos

A Dios por permitirme vivir esta experiencia y así poder concluir una etapa tan importante en mi vida, bendiciéndome con todo lo aprendido tanto para mi vida profesional como personal.

A la Doctora Rebeca Guzmán Saldaña por su dirección y en muchas ocasiones redirección en este proyecto, por invitarme a ser parte de él, gracias por su paciencia, por sus conocimientos compartidos, por creer en mí y por todo lo bueno que ha aportado a mi ser.

A las Doctoras Gilda Gómez Peresmitré y Silvia Platas Acevedo por permitirme ser parte de este gran proyecto, por su apoyo y confianza.

A la Doctora Lilian Bosques Brugada por su codirección por su apoyo y por compartir conmigo su experiencia profesional.

A Geovanni de la Cruz Méndez por brindarme su apoyo y compartirme sus conocimientos.

A mi familia por motivarme, apoyarme y creer en mí. A mi madre, por tener fe en mí, por motivarme, por ser pilar de mi vida y por enseñarme a creer en mí.

A Yair Romero por seguir alentándome en los momentos más difíciles, por escuchar mis horas de lectura y repasos. Y por su apoyo incondicional.

Contenido

Resumen.....	6
Abstract.....	8
Introducción.....	10
Capítulo 1.....	14
1.1 Estado nutricional.....	14
1.2 Epidemiología.....	15
1.2.1 Ámbito internacional.....	15
1.2.2 Ámbito nacional.....	16
1.2.3 Ámbito estatal.....	16
1.3 Clasificación del estado nutricional.....	17
1.4 Factores biológicos y psicosociales asociados al estado nutricional.....	19
1.4.1 Factores biológicos:.....	19
1.4.2 Factores psicosociales.....	21
1.5 Formas de evaluación.....	26
1.6 Conducta alimentaria saludable y no saludable.....	27
Capítulo 2.....	29
2.1 Autoeficacia.....	29
2.2 Modelos teóricos.....	30
2.2.1 Teoría social-cognitiva.....	31
2.2.2 Autoeficacia para actividad física.....	33
2.3 Formas de evaluación de la autoeficacia para actividad física.....	34
2.4 Autoeficacia para la alimentación.....	36
2.4.1 Formas de evaluación de la autoeficacia para la alimentación.....	37
Capítulo 3.....	41
3.1 Autoatribución.....	41
3.2 Modelos teóricos.....	43
3.2.1 Disonancia cognitiva.....	43
3.2.2 Teoría de la autoatribución de Heider.....	43
3.2.3 Teoría de la interferencia correspondiente.....	43
3.2.4 Teoría de la autopercepción.....	44
3.2.5 Modelo motivacional de Weiner.....	44
3.2.6 Modelo de covariación de Kelley.....	44
3.3 Formas de evaluación de la autoatribución.....	45
Capítulo 4.....	48
4.1 Planteamiento del problema.....	48
4.2 Justificación.....	48

4.3 Pregunta de investigación	51
4.4 Objetivo general	51
4.5 Objetivos específicos	51
4.6 Método	53
4.6.1 Hipótesis	53
H ₁	53
H ₀	53
H ₁	53
H ₀	53
4.6.2 Tipo de diseño	54
4.6.3 Tipo de estudio:.....	54
Tabla 3.....	55
4.6.4 Definición de Variables.....	55
4.6.5 Muestra.....	56
4.6.6 Criterios de selección	56
4.6.7 Criterios de exclusión:.....	56
4.6.8 Instrumentos.....	57
4.6.9 Procedimiento	57
4.10 Aspectos éticos	58
Capítulo 5.....	59
5.1 Resultados	59
Capítulo 6	63
Discusión.....	63
Referencias	70
Anexos.....	90
Anexo 1. Asentamiento Informado	91
Anexo 2. Cuestionario Sociodemográfico	92
Anexo 3. Inventario de Autoeficacia para el Control de Peso	93
Anexo 4. Escala de Autoatribuciones	95
Anexo 5. Escala de Afecto Positivo y Negativo	97

Índice de tablas

Tabla 1. Clasificación del estado nutricional a partir del Índice de Masa corporal en adolescentes hombres	17
Tabla 2. Clasificación del estado nutricional a partir del Índice de Masa corporal en la adolescencia de las mujeres	18
Tabla 3. Definición de variables	55
Tabla 4. Comparación de las variables de estudio con la Prueba t de Student respecto al sexo de los participantes	59
Tabla 5. Relación entre variables	61
Tabla 6. Relación entre variables mujeres	62
Tabla 7. Relación entre variable hombres	62

Índice de siglas

UNICEF	Fondo Internacional de las Naciones Unidas para la Infancia
OMS	Organización Mundial de la Salud
ENSANUT 2016	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino
PENUTEH	Perfil Nutricional de Escolares del Estado de Hidalgo
IMC	índice de Masa Muscular
CAR	Conductas Alimentarias de Riesgo
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura

Resumen

En la adolescencia se construyen las bases para una vida adulta es por ello que es la mejor etapa para fomentar e iniciar con la práctica de conductas saludables, en especial aquellas que favorecen al óptimo desarrollo físico y psicológico del individuo. Entre estas conductas se encuentra la conducta alimentaria, la cual determina el estado nutricional de la persona y a su vez es multifactorial considerando aspectos psicológicos como la autoeficacia y la autoatribución. Es por ello que esta investigación tuvo como objetivo describir la relación que existe entre la autoeficacia para ingesta alimentaria y actividad física, y la autoatribución en preadolescentes hombres y mujeres estudiantes de secundaria. El estudio fue transversal, descriptivo-correlacional, con diseño no experimental. La muestra fue no probabilística, se conformó por N=509 participantes, estudiantes de escuelas públicas de secundaria de Pachuca, Hidalgo, México. El 49.9% (n=254) fueron hombres y el 50.1% (n= 255) mujeres. Con un rango de edad de 11 a 14 años ($M=12$ años; $D. E.= \pm 0.64$). Se aplicó una batería de instrumentos conformada por: El *Inventario de Autoeficacia para Control de Peso e Inventario de Autoatribución para Adolescentes de Secundaria*. Los resultados fueron descriptivos y de asociación entre variables, se aplicó la prueba *t de Student*. Cabe destacar que no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en ninguna de las variables estudiadas. Por otra parte, se observó una relación baja, significativa y directa entre los factores autoatribución positiva, autoeficacia para la actividad física y autoeficacia para ingesta alimentaria; así mismo, una correlación baja e inversa entre autoatribución negativa, autoeficacia para la actividad física y la autoeficacia para ingesta alimentaria. Estos resultados son relevantes para futuros estudios, para promocionar un estilo de vida saludable,

considerando intervenciones en donde se integren componentes como el entrenamiento en autoatribución y autoeficacia en las primeras etapas de vida.

Palabras clave: Autoeficacia, Autoatribución, Preadolescentes.

Abstract

In adolescence the foundations for an adult life are built, that is why is the best stage to encourage and start with the practice of healthy behaviors, especially those that encourage the optimal physical and psychological development of the individual. Among these behaviors, feeding behavior, is which determines the nutritional status of a person and its also a multifactorial considering psychological aspects such as self-efficacy and self-attribution. Therefore, this research had the aim of describing the relationship between self-efficacy for food intake, physical activity, and self-attribution of pre-adolescents, male and female students of high school. The study was transversal, descriptive-correlational, with non-experimental design. The sample was non-probabilistic, considering N=509 participants, students from public high schools in Pachuca, Hidalgo, México, 49.9% (n=254) were male and 50.1% (n= 255) were female. The age range was between 11 to 14 years (M=12 years; D. E.= ± 0.64). A battery of instruments were apply consisting on: The Self-Efficacy Inventory for weight Control and Self-attribution Inventory for high School Adolescents. The results were descriptive and associated between variables, The T-test of Student was applied, it should be noted that no differences were found between men and women in any of the variables studied. On the other hand, a low, significant and direct relationship was observed between positive self-attribution, self-efficacy for physical activity and self-efficacy for food intake; likewise, a low and inverse correlation between negative self-attribution, self-efficacy for physical activity and self-efficacy for food intake. These results are relevant for future studies to promote a healthy lifestyle, considering interventions that integrates components such as self-attribution training and self-efficacy in the early stages of life.

Keywords: Self-Efficacy, Self-Attribution, pre Adolescents.

Introducción

En la actualidad los problemas de salud relacionados con el estado nutricional han generado un gran impacto a nivel mundial, el desbalance entre la obesidad y la desnutrición es cada vez más visible, esto a su vez ha dejado ver que esta problemática de salud es multifactorial. Entre estos factores se encuentran la cultura, la religión, la economía, el acceso a los alimentos dependiendo de la religión, los estereotipos, la educación, la influencia de la sociedad y los estándares de belleza; así como, las herramientas con las que la persona cuenta para hacer frente a estas adversidades y adquirir hábitos saludables.

En México los problemas del estado nutricional se inclinan más hacia el sobrepeso y la obesidad; de acuerdo con el Fondo Internacional de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2017). México ocupa el primer lugar en obesidad, siendo ésta una de las enfermedades concomitantes con mayor impacto para padecer otras como diabetes, hipertensión, cáncer. En el estado de Hidalgo esta misma problemática lo sitúa entre los primeros lugares a nivel nacional, con una prevalencia de sobrepeso y obesidad con el 33.2% (Hernández-Ávila, Rivera-Dommarco, Shamah-Levy, Cuevas-Nasu, Gómez-Acosta, Gaona-Pineda, et al., 2016).

Por otro lado, se observa que los hábitos alimentarios giran en torno al consumo de carbohidratos y grasa encontrados en la comida rápida, esto aunado al sedentarismo de la población juvenil genera problemas de sobrepeso u obesidad. En contraparte, los estereotipos y/o estándares de belleza promueven dietas no saludables, que afectan en mayor medida a los adolescentes. Estas

dietas carecen de los suficientes nutrientes que el organismo en crecimiento necesita. Y la influencia de los estándares sobre la población puede generar la adopción de Conductas Alimentarias de Riesgo, estos factores psicológicos son un determinante para la adopción de hábitos saludables.

Los factores psicológicos que influyen en la alimentación, tales como la autoeficacia, la autoatribución, la autoestima, entre otros, se convierten en un predictivo para la adquisición de hábitos saludables en la adolescencia, y son de suma importancia debido a que las conductas alimentarias se adquieren entre los seis a doce años, y durante la adolescencia se llegan a alterar debido a los cambios biológicos, emocionales y sociales que el adolescente enfrenta. Si se abordan estos factores se promueven hábitos saludables que garanticen una vida adulta saludable, ya que durante esta etapa las conductas aprendidas persistirán hasta la adultez.

Como se mencionó anteriormente, el adolescente se enfrenta a diversos cambios en el entorno psicosocial y emocional, la mayoría de sus decisiones están determinadas por factores externos como la sociedad o el contexto socio-cultural en el que se encuentran, además de que tanto las mujeres como los hombres en esta etapa se encuentran preocupados por su aspecto físico, por lo que factores como la autoatribución cobran mayor relevancia para la autoimagen y el cuidado de ésta; así mismo, la salud se puede ver comprometida con dietas inclinadas a los ideales de belleza, además la autoeficacia percibida por los adolescentes permitirá conocer su constancia respecto a las conductas adquiridas y la capacidad de modificarlas o adoptar nuevas conductas.

El presente estudio forma parte del macroproyecto titulado “Prevención Primaria. Factores de Riesgo para los problemas de peso corporal en preadolescentes” desarrollado por investigadores de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, que tiene como objetivo confiabilizar y validar instrumentos asociados con Autoeficacia (AE) para el control de peso, Afecto Negativo (AN) y Autoatribución; además de desarrollar, pilotear e implementar, un programa dirigido a la prevención primaria de los factores de riesgo para obesidad, en escolares de secundaria.

Ahora bien, esta tesis está conformada por seis capítulos; en el capítulo uno se desarrolla el concepto del estado nutricional, la epidemiología, así como los criterios para un estado nutricional óptimo y un estado de malnutrición. En el capítulo dos se desglosa el concepto de autoeficacia, los modelos teóricos, instrumentos de evaluación y su relación con la adquisición y mantenimiento de las conductas saludables. El capítulo tres trata del concepto de autoatribución, sus modelos teóricos, así como instrumentos y el papel que desempeña en las conductas saludables. En el capítulo cuatro se describe el procedimiento a seguir.

En el capítulo cinco se muestran los resultados encontrados en este estudio a través de la prueba *t de Student* para muestras independientes, así como el procedimiento para llevar a cabo la aplicación de los instrumentos. En el capítulo 6 se aborda la discusión de los resultados obtenidos, las conclusiones, limitaciones y sugerencias. Por último, se presentan los anexos que incluyen la batería de pruebas utilizada para este estudio.

Investigación realizada con apoyo del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM IN307517 dentro del proyecto: “Prevención Primaria. Factores de riesgo para los problemas de peso corporal en preadolescentes”.

Capítulo 1.

1.1 Estado nutricional

En la actualidad el incremento paralelo de la desnutrición y la obesidad ha alarmado a la población mundial, para poder hacer frente a estos problemas es importante conocer más sobre el estado nutricional.

La nutrición es la ingesta de alimentos basada en las necesidades dietéticas que el organismo demanda (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017); la alimentación se define como un proceso biológico del organismo humano, compuesto por factores biopsicosociales, con la finalidad de ingerir los alimentos necesarios para cubrir las demandas que incluyen factores emocionales, intelectuales, socioculturales y estéticos, entre otros (Carbajal, 2013). Tanto la nutrición como la alimentación son procesos que favorecen o inhiben el crecimiento y el desarrollo.

El estado nutricional, es la condición en la que se encuentra el organismo debido a las relaciones entre las necesidades nutritivas y la ingesta, su utilización, y los nutrientes que cada organismo en particular obtiene de los alimentos (Hernández, 2014).

Se consideran dos tipos de estado nutricional, el primero es definido como óptimo, y hace referencia a un adecuado metabolismo que cubre las necesidades fisiológicas y bioquímicas del organismo. El segundo es el llamado malnutrición, éste es provocado por la ingesta de alimentos mayor o menor a las demandas del organismo, lo que genera que el metabolismo no cubra las

necesidades del cuerpo, y a su vez genere una descompensación fisiológica y bioquímica (Martínez-Roldán, Veiga-Herreros, López de Andrés, Cobo-Sanz, & Carbajal-Azcona, 2005).

La OMS (2018) establece que una dieta saludable permite un estado nutricional saludable y que debe iniciarse con hábitos alimentarios sanos desde los primeros años de vida, para poder garantizar beneficios a largo plazo.

1.2 Epidemiología

1.2.1 Ámbito internacional

La OMS determinó en el 2016, que más de 1,900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso y 650 millones padecían obesidad; se estima que el 13% de la población adulta mundial (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres) tienen este problema. La prevalencia mundial de la obesidad se ha casi triplicado entre los años 1975 y 2016 (OMS, 2017a).

A nivel mundial se ha observado un incremento en las tasas de obesidad infantil; en 1975 se estipulaba que cinco millones de niñas y seis millones de niños presentaban obesidad infantil (1% de la población total) y para el 2016, el 6% de la población de niñas se encontraban dentro de estos parámetros; es decir, 50 millones y cerca de 74 millones de niños (8%). Lo anterior muestra que de 1975 al 2016 el número de niños y niñas con obesidad aumentó diez veces más, sin incluir a los 213 millones de niños que presentaban sobrepeso en el 2016 (OMS, 2017b).

1.2.2 Ámbito nacional

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT de Medio Camino 2016), en México cuatro de cada diez adolescentes presentan sobrepeso u obesidad. Del 2012 a la fecha el aumento en las mujeres fue de 2.7 puntos porcentuales en sobrepeso llegando a un nivel de 26.4%; sin embargo, en la población masculina hubo una reducción del 34.1% al 33.5% en cuanto al sobrepeso (Secretaria de Salud, 2018).

1.2.3 Ámbito estatal

El estudio “Perfil Nutricional de Escolares del Estado de Hidalgo” (PENUTEH 2010), realizado en una muestra de 48 mil escolares en el estado de Hidalgo, México, reportó que tres de cada diez niños presentaban sobrepeso u obesidad, siendo mayor su magnitud en áreas urbanas. Se encontró que el refrigerio escolar excedía en 10% la energía recomendada para la edad, y en total los niños consumían más energía de la necesaria al día. Sobre esta misma línea el PENUTEH arrojó que los lugares con mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad fueron Tula con una prevalencia del 43 %; en Pachuca, de 36%; San Agustín Tlaxiaca, 34%, y Mineral de la Reforma el 32% (Galván, Amezcua-González, & López 2011).

1.3 Clasificación del estado nutricional

La clasificación del estado nutricional es dada a partir de la medida del índice de masa muscular (IMC), su medición antropométrica permite encontrar alteraciones nutricionales en las personas (Navarrete, Mateluna, & Sandoval, 2016). Cabe señalar que, a partir de los cinco años se establece la medida del IMC para la evaluación del estado nutricional, avanzado de acuerdo con rangos de edad.

Ahora bien, particularmente respecto al periodo de adolescencia (que en éste se encuentra la muestra de participantes en este estudio), el IMC se considera de los 10 años a los 19, y los parámetros para clasificar el estado nutricional de acuerdo con la OMS (2008) son dados a partir de lo siguiente, las tablas 1 y 2 corresponden a las medidas de IMC.

Tabla 1.

Clasificación del estado nutricional a partir del Índice de Masa corporal en adolescentes hombres.

Edad	Peso Normal	Desnutrición	Sobrepeso	Obesidad
10	16.4	≤13.7	≥18.5	≥21.4
11	16.9	≤14.1	≥19.2	≥22.5
12	17.5	≤14.5	≥19.9	≥23.6
13	18.2	≤14.9	≥20.8	≥24.8
14	19.0	≤15.5	≥21.8	≥25.9
15	19.8	≤16.0	≥22.7	≥27.0
16	20.5	≤16.5	≥23.5	≥27.9
17	21.1	≤16.9	≥24.3	≥28.6
18	21.7	≤17.3	≥24.9	≥29.2
19	22.2	≤17.6	≥25.4	≥29.7

Fuente: OMS (2017).

Tabla 2.

Clasificación del estado nutricional a partir del Índice de Masa Corporal en la adolescencia de las mujeres.

Edad	Peso Normal	Desnutrición	Sobrepeso	Obesidad
10	16.6	≤13.5	≥19.0	≥22.6
11	17.2	≤13.9	≥19.9	≥23.7
12	18.0	≤14.4	≥20.8	≥25.0
13	18.8	≤14.9	≥21.8	≥26.2
14	19.6	≤15.4	≥22.7	≥27.3
15	20.2	≤15.9	≥23.5	≥28.2
16	20.7	≤16.2	≥24.1	≥28.9
17	21.0	≤16.4	≥24.5	≥29.3
18	21.3	≤16.4	≥24.8	≥29.5
19	21.4	≤16.5	≥25.0	≥29.7

Fuente: Organización Mundial de la Salud. (2017).

Las consecuencias de sufrir una desnutrición a largo plazo repercuten en el sistema inmunológico, el desarrollo cognoscitivo y motriz del niño, además de que se asocian a la presencia de enfermedades crónicas degenerativas (Levy, Castellanos, & Nasu, 2015). Las principales causas de la desnutrición incluyen una alimentación ineficiente en la cantidad de los alimentos o en su calidad, que a su vez resulta una consecuencia de múltiples factores como la educación, la salud y la disponibilidad de los alimentos (Perea-Martínez, López-Navarrete, Padrón-Martínez, Lara-Campos, Santamaría-Arza, & Ynga-Durand, 2014).

Asimismo, los principales elementos causales del sobrepeso y la obesidad engloban altos consumos de sal y azúcar, que aportan muy pocos minerales,

fibras y vitaminas al organismo (Levy, Castellanos, & Nasu, 2015). Los adolescentes que presentan sobrepeso u obesidad son más propensos a sufrir enfermedades cardiovasculares, diabetes, problemas respiratorios, asma e hipertensión entre otras, además de sus repercusiones a nivel psicológico, entre las que se observan el aislamiento e inseguridad (Shamah, Amaya, & Cuevas, 2015).

1.4 Factores biológicos y psicosociales asociados al estado nutricional

1.4.1 Factores biológicos:

A partir del siglo XVIII la biomedicina empezó a ser primordial para comprender la salud pública, en ese momento se empezó a educar y generar conciencia acerca de la manera correcta de alimentarse. Como consecuencia, se generó la clasificación del estado nutricional y el estado de malnutrición; de la misma manera, se definieron factores predisponentes para una buena o mala nutrición en los que se encuentran la genética, defectos congénitos o herencia familiar además de problemas metabólicos (Menéndez, 2005).

Como ya se señaló, el estado nutricional depende directamente de la ingesta alimentaria, la cual inicia a partir de la gestación, durante este tiempo se producen cambios importantes en la mujer que permitirán la nutrición del feto. Si la madre no se alimenta y cuida de la manera adecuada el feto tendrá insuficientes nutrientes que generaran un inadecuado estado nutricional (Munares-García, Gómez-Guizado, & Sánchez-Abanto, 2013).

Posterior al nacimiento, la elección de los alimentos es directamente determinada por las necesidades fisiológicas del organismo. Estas necesidades responden a la cantidad energética que se consume, así como a la sensación de hambre y saciedad, este proceso está directamente relacionado con el Sistema Nervioso (González-Jiménez & Schmidt, 2012).

Hita, Macias, y Enríquez (2006) señalan que la cantidad que se ingiere de alimento es el estímulo que permite enviar las señales de saciedad; sin embargo, en algunos casos la persona no es consciente de esto, ya que los alimentos al consumirse producen placer. A este fenómeno se le conoce como palatabilidad, que es más frecuente con alimentos ricos en grasas y azúcares. Señalan que otro determinante biológico en la ingesta de alimentos es la estimulación sensorial, ésta depende del sabor de los alimentos, los aromas y colores, además de las primeras experiencias con la alimentación, esta estimulación sensorial se encuentra también vinculada a la palatabilidad.

Como factores biológicos también están las enfermedades crónicas, hereditarias o infecciosas, ya que debido a estas se restringen determinados alimentos, la dieta cambia y el cuerpo no absorbe los nutrientes necesarios (Savino, 2011).

1.4.2 Factores psicosociales

Como ya se señaló, el estado nutricional depende de una serie de factores, además de los biológicos, se encuentran los psicosociales. Dentro de estos, se considera que vinculados con el consumo de alimentos están la cultura y las experiencias vividas en los primeros años de vida; estas pueden ocasionar el gusto o la desaprobación por determinados alimentos (Rangel, Rojas-Sánchez, & Gamboa, 2015). Así mismo, el nivel socioeconómico y la educación se relacionan directamente con la adquisición de alimentos; ya que en la mayoría de los casos se desconoce la manera de leer etiquetas de los envases, la cantidad y porciones adecuadas de cada alimento (incluido en el plato del buen comer), seguido de la cultura y la religión, debido a que en algunas regiones la alimentación se rige por éstas y existen prohibiciones en cuanto al consumo de ciertos animales o alimentos.

Por otro lado, entre los factores psicosociales están las llamadas conductas alimentarias de riesgo (CAR), consideradas como un problema de salud que involucra factores físicos y emocionales, y que a su vez pueden resultar en Trastornos alimentarios y de la ingesta de los alimentos (López-Espinoza, et al., 2018).

Las CAR se definen como una alteración en el proceso de la alimentación, que pueden desencadenar trastornos de la conducta alimentaria y de ingesta (Unikel & Caballero, 2010). En la mayoría de los casos las CAR son consecuencia de la influencia que la sociedad ejerce constantemente sobre la imagen corporal, ya

que está cargada de estereotipos respecto a la delgadez, especialmente sobrevalorada tanto en mujeres como hombres. Las CAR se caracterizan por la práctica de dietas restrictivas, acciones purgativas, atracones, entre otras; todas estas se realizan con la finalidad de evitar el sobrepeso o la obesidad (Acosta, Llopis, Gómez, & Pineda, 2005).

Las CAR se clasifican en dos bloques (Unikel & Caballero, 2010):

- a) El primero se compone por las alteraciones relacionadas con la alimentación en las que se incluyen conductas como la dieta restringida que es la autoprivación de alimentos que pueden percibirse como engordadores o bien disminuir de tiempos de comida con la finalidad de mantener una figura delgada; además están los atracones caracterizados por una alimentación compulsiva, comiendo aun cuando no se tiene hambre hasta sentirse incomodo por lo lleno que la persona puede estar, estos están relacionados con la preocupación por el peso que a su vez está determinada por creencias y valores en donde la ingesta de alimentos compensa estados emocionales.

- b) En el segundo bloque se observan las prácticas erróneas de control de peso, que están determinadas por factores psicológicos y emocionales producto de las creencias y el contexto social de la persona. En este bloque destaca la ingesta por compensación, consecuencia de estados de ánimo desagradables como la depresión o la tristeza, la ingesta de alimentos en esta conducta tiene la finalidad de disminuir los sentimientos que generan malestar a la persona.

La dieta crónica restringida hace referencia a la repetitiva autoprivación de los alimentos, sin considerar las necesidades fisiológicas del organismo, el objetivo de esta privación es no consumir alimentos que el sujeto considere engordadores y tener un control de peso (Cruz, Ávila, Escalante, de la Cruz, Vázquez, & Mancilla, 2008).

Los atracones se definen como episodios de ingesta de alimentos de manera compulsiva, si la necesidad de compensación como por ejemplo purgarse. Se caracterizan por dos patrones el primero es estar consumiendo alimentos en gran cantidad entre comidas y el segundo es consumir una sola vez, pero en grandes cantidades (Cruzat, Ramírez, Melipillán, & Marzolo, 2008).

En cuanto a la preocupación por el peso y la comida corresponden al estado psicológico y emocional que la persona está presentando, éste está consolidado por sus creencias y valores que interfieren en gran medida al tipo de alimentos que la persona consume, así como el control del peso corporal (Acosta, Llopis, Gómez, & Pineda, 2005).

El comer por compensación psicológica, se relaciona con la falta de control en la ingesta de alimentos a consecuencia de estados de ánimo desagradables, tales como la depresión o la tristeza, la finalidad de esta conducta es disminuir las sensaciones desagradables propias del estado de ánimo en el que la persona se encuentra (Gómez-Peresmitré & Ávila, 1999).

Por otro lado, se observan como factores de riesgo a la disponibilidad de los alimentos para una dieta sana, esta disponibilidad depende de los procesos de agricultura y los precios en el mercado, debido a que el traslado y la producción hace que carezca en ciertas regiones o bien que su costo no es accesible para la población (OMS, 2008). Dentro de estos mismos factores se encuentra el factor de consumo que de acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura (FAO, 2017) señala, que está influenciado por la demanda del consumidor sobre determinados productos, es decir si en la dieta de los consumidores los alimentos con vitaminas y minerales disminuyen su producción también disminuirá y aumentará la producción de los alimentos con mayor demanda del consumidor.

Es importante señalar que la cultura también juega un papel importante en el estado nutricional del individuo, debido a la privación de algunos alimentos que, por creencias, religiones o rituales, la sociedad establece como impuros. En otros aspectos el factor educativo también ejerce gran influencia sobre el estado nutricional, debido a que la primera información que recibimos acerca de la alimentación es por parte del padre y la madre, continuando por la educación básica, desafortunadamente la importancia que se le da a este tema, permite que surjan algunas CAR. Las personas que no reciben una educación alimentaria óptima llegan a hacer uso de dietas restringidas o a consumir alimentos chatarra en exceso desconociendo las consecuencias de estas acciones (Chávez, & Fragoso, 2013).

En un estudio realizado por Guzmán (2012) se reportó que las madres condicionaban la comida favorita de los niños si estos se portaban bien, independiente de qué tipo de comida sea, además de otorgar las golosinas como un premio, mostrando despreocupación y poco conocimiento acerca de la conducta alimentaria, y su repercusión en el estado nutricional.

En la adolescencia es primordial que el ejercicio y la alimentación se encuentren equilibrados ya que estos favorecerán un desarrollo físico y emocional óptimo, lo que determinará un estilo de vida saludable previniendo así problemas de salud crónicos no transmisibles, como el sobrepeso, la obesidad, problemas cardiovasculares, hipertensión, diabetes, entre otros (Tuero, Zagalaz, Sánchez, & De Mesa, 2018).

1.5 Formas de evaluación

A través de la evaluación del estado nutricional se estima o calcula la condición en la que se encuentra el organismo de un individuo con respecto a los estándares establecidos de un estado nutricional óptimo, por medio de la medición de indicadores de ingesta, referentes al consumo excesivo o bien a la deficiencia de algunos alimentos (Ravasco, Anderson, & Mardones, 2010).

La evaluación es multifactorial, ya que engloba indicadores antropométricos, esta medición es de corte cuantitativo, y está diseñada para obtener la medición de las reservas proteicas y el tejido graso del organismo (Solano, Martínez, Salazar, & López, 2016).

Solano, Martínez, Salazar y López, (2016) clasifican los indicadores antes señalados como determinantes de la ingesta de nutrientes, la estructura y composición corporal; el peso y la talla, acordes a los estándares establecidos por cada edad, además de la medición de índice de masa corporal así como de circunferencia de cintura y en caso de ser adultos la medición de cadera, los indicadores bioquímicos; se encargan de medir el nivel de vitaminas, minerales y proteínas que se encuentran en la sangre o bien la deficiencia de estos y la evaluación clínica del estado nutricional; corresponden a la identificación de cambios físicos y los síntomas de deficiencia de nutrientes o el exceso de estos (peso, talla, IMC, composición corporal, entre otros); así como, la evaluación de los hábitos alimentarios o dietéticos de las personas y las encuestas alimentarias

La importancia de evaluar el estado nutricional de una persona permite encontrar anomalías o bien síntomas de enfermedades o trastornos alimentarios para así generar intervenciones que lo puedan optimizar (Romaní, Díaz, Cárdenas, & Zoraide 2007).

1.6 Conducta alimentaria saludable y no saludable

Los seres humanos tienen la capacidad de crear sus propias estructuras y mantener un equilibrio constante de ellas, esta estructura puede generarse a partir del ambiente o entorno en el que se encuentra, para lograr objetivos específicos que le permitan la adaptación a este, y favorecer la autoprogramación y la autorregulación; lo anterior corresponde a la manera de definir a la conducta humana, que puede considerarse como un proceso humano, este proceso tiene la característica de ser medible objetivamente (Troncoso & Amaya, 2009).

Entre las conductas que el individuo va adoptando se engloban las alimentarias, que se pueden definir como un conjunto de hábitos alimentarios, la selección y preparación de alimentos, así como la cantidad que se consume, determinando si la conducta es saludable o no saludable (Osorio, Weisstaub, & Castillo, 2002).

Dentro de los factores del estado nutricional se encuentra la conducta alimentaria saludable que de acuerdo con la FAO (2017) es aquella que aporta los nutrientes necesarios, así como la energía que la persona necesita para su óptimo desarrollo.

Por su parte, la conducta alimentaria no saludable se define como la acción de ingerir alimentos desproporcionados a las necesidades del organismo, repercutiendo en la aportación de minerales, vitaminas, proteínas entre otros. La conducta alimentaria no saludable consiste en ingerir exceso de comida con alto contenido de azúcares, carbohidratos y sales, o bien la falta de ingesta de todo tipo de alimentos, provocando deficiencias en el cuerpo llegando a la desnutrición. Las conductas saludables y no saludable están influenciadas por estilos de crianza, principios culturales, la disponibilidad de alimentos y los estereotipos de belleza que la sociedad va generando, entre otros (Pérez-Lugo, Gabino-Campos., & Baile, 2016).

De acuerdo con Varela, Tenorio y Duarte (2018) los padres de familia utilizan distintas estrategias que les permiten tener mayor control de la ingesta alimentaria de los hijos, sin embargo, esto no quiere decir que los niños puedan tener una dieta saludable, más bien que la comida chatarra y las golosinas se encuentran en la mayoría de los casos restringidas por los padres.

Como ya se ha señalado, el estado nutricional está determinado por múltiples factores, entre los que se encuentran los biológicos, psicológicos y socioculturales; en el siguiente capítulo se ahondará sobre algunos factores psicológicos que fueron objeto de estudio en esta tesis.

Capítulo 2

2.1 Autoeficacia

Dentro de las herramientas con las que cuenta el ser humano para adaptarse al ambiente que le rodea y sus cambios, se encuentra la autoeficacia, esta se ha estudiado en distintos contextos como el educativo y las perspectivas de salud, es dentro de estas perspectivas donde se centra este capítulo, abordando la relación que tiene con la conducta de ingesta y la actividad física para el control de peso.

Las creencias que el sujeto posee acerca de lo que puede o no realizar, tiene impacto en los objetivos que se propone para lograr su bienestar, es por eso que hoy en día los estudios e intervenciones referentes a la salud tienen como factor las herramientas y habilidades que la persona posee para llegar o lograr determinada meta, dentro de este mismo nivel se encuentra la Teoría de la Autoeficacia que aborda a mayor profundidad este tema, la autoeficacia ha sido considerada dentro de diversos modelos de intervención para la adquisición de conductas o la modificación de estas (Aguilar, Magallanes, Martínez, Negrete, & García, 2017).

En 1977 Bandura introdujo el concepto de autoeficacia y lo definió como los juicios que el individuo genera sobre sus capacidades, con las cuales debe organizar y realizar acciones, con el objetivo de alcanzar el beneficio deseado. Dentro de la teoría social cognitiva (más adelante se profundizará al respecto), la autoeficacia se considera un factor principal y se define como las creencias

que una persona genera acerca de las propias habilidades que posee para ejecutar alguna tarea específica, asimismo, de las herramientas que tiene para enfrentar los problemas que se le presenten. Bandura, señaló también que a su vez las capacidades son una consecuencia de la interacción de fuentes ambientales, con las que interactúa y que genera la conducta humana.

El concepto de autoeficacia incluye un conjunto de creencias que una persona tiene acerca de la capacidad con la que puede adoptar una conducta beneficiosa o bien eliminar alguna. La autoeficacia tiene influencia en las respuestas emocionales que una persona puede tener respecto a su percepción de bienestar y la actitud frente a los cambios de conductas saludables, debido a la relación que existe con el cuidado y mantenimiento de la salud (Gómez-Peresmitré, Platas, Pineda-García, Guzmán, & León 2017).

2.2 Modelos teóricos

La autoeficacia, ha sido incluida como componente en diversos modelos teóricos, a continuación, se abordan algunos de éstos.

El modelo de autoeficacia propuesto por Bandura (1977), se basa en tres factores que componen una acción, estos factores son: a) Los condicionantes personales en forma de cogniciones, emociones, b) Los factores biológicos, y c) Las influencias ambientales. Este modelo señala que la autoeficacia está influida por la motivación, ya que ésta puede generar un alto o bajo nivel de autoeficacia; la motivación juega un papel sumamente importante debido a que

las personas con niveles altos de autoeficacia son más comprometidas y se esfuerzan más en realizar una acción, además de tener mayor resistencia frente a los problemas; de lo contrario la falta de motivación disminuye el nivel de autoeficacia, impidiendo que las personas puedan hacer frente a las dificultades e incluso que no se consideren capaces de realizar alguna acción.

2.2.1 Teoría social-cognitiva

Esta Teoría propone que la regulación de la motivación humana y la conducta se determinan a través de factores personales. El punto central de esta teoría señala que, si una persona se percibe eficaz para una acción, en consecuencia, los resultados que espera serán favorables aumentando el compromiso por desarrollar la actividad constantemente (Bandura, 1999). De la misma forma, si la persona se percibe ineficaz será menos probable que pueda llegar a resultados favorables. Es importante hacer mención de que no es lo mismo contar con las habilidades para realizar alguna acción, que tener la certeza de que se puede realizar la acción con el conocimiento de las situaciones adversas que se pueden presentar. Lo que se sabe acerca de la autoeficacia genera impacto a nivel cognoscitivo, en el área afectiva y en los estilos de conducta, además de la selección de actividades para que la persona pueda desarrollarse (Olaz, 2001).

Esta Teoría centra la regulación de la motivación y la conducta a partir de tres expectativas: a) La de situación, que establece que los acontecimientos son consecuencia de eventos ambientales independientes de la persona. b) Las

expectativas del resultado, en las que las creencias que se depositan en determinada conducta generan un resultado en específico. c) La creencia de la autoeficacia, que como ya se ha mencionado con anterioridad, las creencias juegan un papel fundamental en las capacidades que la persona puede poseer para ejecutar determinada acción y obtener los resultados favorables (Ornelas, Blanco, Peinado, & Blanco, 2012).

Respecto a las creencias de autoeficacia, existe una clasificación que se determina a partir de tres dimensiones que son: generalidades, fortaleza y nivel. En lo relacionado con la generalidad una persona puede considerarse eficaz en algunas actividades, variando las capacidades con las que se expresen las acciones, es decir, si las capacidades deben ser conductuales, cognitivas o afectivas, además de considerar el contexto situacional y las personas con las que se encuentra. En cuanto a las creencias de fortaleza se hace referencia a la diferenciación entre las personas que poseen creencias de eficacia débiles y que por ende no consiguen resultados favorables, de las que tienen creencias de ser eficaces, y de esta manera ser perseverantes y obtener los resultados favorables. En las creencias incluidas dentro del nivel, está el número de acciones que una persona cree que es capaz de realizar (Bandura 1997).

El concepto de autoeficacia como se ha mencionado, se encuentra relacionado en distintos contextos, debido a la influencia de las creencias que tenemos sobre lo que somos capaces de conseguir, realizar o alcanzar (Moreno, & Blanco, 2016). De la misma manera en que se ha abordado desde distintas perspectivas, también se han postulado distintos Modelos para su estudio.

2.2.2 Autoeficacia para actividad física

Como se ha señalado, la autoeficacia es un conjunto de creencias acerca de las capacidades que se tiene para cumplir con determinada tarea, además de ser un mecanismo cognoscitivo para la realización de acciones encaminadas al bienestar (Delgado, Zamarripa, de la Cruz, Cantú-Berrueto, Álvarez, & Octavio, 2017).

De esta manera la autoeficacia para la actividad física se perfila como una variable crucial para la adherencia a programas de acondicionamiento físico. Las personas que se perciben con mayores habilidades para el deporte se sienten más motivadas, logrando así mantenerse dentro del área deportiva; a diferencia de aquellas que perciben menores habilidades (García & Russell, 2006).

La adherencia a programas de ejercicio se ha relacionado con altas creencias de autoeficacia obtenida, regularmente el éxito de adoptar un hábito para ejercitarse se debe a la autorregulación de la eficacia con la que cuenta la persona. La autoeficacia se encuentra dentro de los denominadores psicológicos relacionados con la actividad física, especialmente en la etapa de iniciación. Debido a lo anterior, se han generado herramientas que permiten estudiar a la autoeficacia en la actividad física (Blanco, Ornelas, Aguirre, & Guedea, 2012).

López y Olvera (2014) mencionan en sus resultados de investigación que la capacidad con la que se percibe el sujeto para realizar actividad física impacta más que otros factores como su sexo o el estado nutricional.

2.3 Formas de evaluación de la autoeficacia para actividad física

Respecto a la evaluación de la autoeficacia para la actividad física, se contemplan diversos instrumentos, a continuación, se describen algunos de ellos que son los más utilizados.

La *Escala de Autoeficacia hacia la Actividad Física en Niños de Edad Escolar* diseñado por Aedo y Ávila (2009) el cual mide tres factores: búsqueda de alternativas positivas hacia la autoeficacia física, capacidad para enfrentar las posibles problemáticas y expectativas de habilidad o competencia, este instrumento se responde a través de variables dicotómicas. Fue desarrollada en la ciudad de México en el año 2009 consta de once ítems, cuenta con un alfa de Cronbach de 0.73.

La *Escala de Autoeficacia para Realizar Conductas Saludables en Niños Sanos*, diseñada por González y Sánchez (2002), y validada por Flores, González-Celis y Valencia para población infantil (2010) se divide en dos factores; actividades de protección a la salud conformada por 12 reactivos y actividades de independencia compuesta por siete reactivos en menores de seis a doce años; que se responden tipo Likert en forma gradual del 0 al 100 (0 = nada capaz, 25 = poco capaz, 50 = moderadamente capaz, 75 = muy capaz y 100 = bastante capaz). Cuenta con un alfa de Cronbach de 0.87 (Flores, González-Celis, & Valencia, 2010).

La *Escala de Autoeficacia para la Actividad Física* validada por Fernández Cabrera, Medina, Herrera Sánchez, Rueda, y Fernández Del Olmo (2011), está compuesta por tres factores: a) Autoeficacia para la realización de ejercicio físico programado tres o más veces por semana, por lo menos 20 minutos con un total de veintitrés problemáticas (por ejemplo, aunque haga mal tiempo); b) Autoeficacia para realizar actividad física en la vida diaria donde se consideraron un total de trece problemáticas (por ejemplo aunque me encuentre cansado/a); y c) Autoeficacia para caminar diariamente, donde se identificó como problemática el tiempo dedicado a caminar todos los días, en tres ítems 60, 90 y 120 minutos. La Escala total está integrada por 39 ítems que se responde de opciones de tipo Likert que va de 0 (nada capaz) a 10 (muy capaz) con un alfa de 0.96.

Además, se encuentra 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, es de suma importancia dentro del desarrollo de programas que tengan como objetivo fomentar conductas saludables además de contribuir con los programas conductuales para el tratamiento de la obesidad (Románi, Díaz, Cárdenas, & Zoraide 2007). La versión adaptada y validada del *Inventario de Autoeficacia Percibida para Control de Peso* en población escolar mexicana de 10 a 16 años fue el utilizado para esta tesis y se diseñó con el objetivo de prevenir estilos de vida no saludables como el sedentarismo y las conductas alimentarias de riesgo, además de crear y promover hábitos saludables. El Inventario está constituido por 37 ítems con escala tipo Likert que va de 1 que representa “No puedo hacerlo” hasta 4 que

significa “Seguro que puedo hacerlo” con un alfa de 0.80 (Gómez-Peresmitré, et al, 2017).

2.4 Autoeficacia para la alimentación

Como se mencionó con anterioridad los pensamientos y acciones que componen a la autoeficacia son factores predisponentes de la conducta, por esta razón el rol que la autoeficacia cumple en el ámbito de la salud es de suma importancia en las conductas saludables, específicamente en aspectos como la reducción de peso, la adherencia a dietas, y la moderación de la ingesta de alimentos saludables (Rosales, et al., 2017).

La relación que existe entre la autoeficacia y la alimentación corresponde a la capacidad que una persona posee para dejar de consumir alimentos con alto contenido calórico e ingerir alimentos saludables (Palacios, et al., 2017).

La autoeficacia para la alimentación se considera una base de suma importancia, ya que permite que la cantidad de alimentos consumidos sea equilibrada entre la cantidad de energía almacenada y el consumo de ésta, a través de la adopción de conductas saludables (Bencomo & Pérez, 2015).

Es importante hacer mención de que, el proceso biológico de la alimentación está regulado por el encéfalo, el intestino y el metabolismo energético, con el fin de mantener y construir nuestro cuerpo, así como obtener la energía para el movimiento y la termorregulación. La regulación de la ingesta de alimentos está dividida en dos impulsos opuestos, el apetito y la saciedad, que a su vez

dependen de varios factores fisiológicos entre los que destaca la disminución de nutrientes en la sangre (González-Jiménez & Schmidt, 2012).

La percepción que se tiene acerca de la autoeficacia que se posee, eleva la posibilidad que una persona modifique sus conductas cuando son nocivas o bien que preserve en las conductas saludables (Schwarzer & Gutiérrez-Doña, 2009).

2.4.1 Formas de evaluación de la autoeficacia para la alimentación

Con respecto a la evaluación de la autoeficacia para la alimentación, se han generado diversos instrumentos, a continuación, se mencionan algunos.

Entre los instrumentos para la evaluación de la autoeficacia con relación a la conducta alimentaria se encuentran la *Eating Self-Efficacy Scale (ESES)* validada por Ruiz, Berrocal, López y Rivas (2003), compuesta por 25 ítems divididos en dos factores; uno relacionado con la alimentación al experimentar afecto negativo, y otro con relación a la alimentación en circunstancias sociales, el instrumento se responde de acuerdo a una escala de siete puntos que oscila entre 1 (ninguna dificultad para controlar la alimentación) y 7 (máxima dificultad para controlar la alimentación) con un alfa de 0.88 .

La siguiente escala es el *Weight Efficacy Life-Style Questionnaire (WEL)* con 20 ítems que evalúan la confianza para resistirse a comer en situaciones diferentes. Y se divide en 3 factores emociones negativas, presión social y malestar físico, validado por Románi, Diaz, Cárdenas y Zoraide (2007). El instrumento está formado por 12 ítems. Los sujetos deben puntuar su grado de

confianza para resistir con éxito el deseo de comer en una escala de 10 puntos que oscila entre 0 ninguna confianza y 9 mucha confianza.

La *Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE) Scale*, creada por Wilson-Barlow, Hollins, y Clopton (2014) está compuesta por 11 ítems, con dos factores: alimentación saludable y peso saludable se contesta a través de una escala tipo Likert que va de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo); con un alfa de Cronbach 0.82.

La *Escala de Autoeficacia General (EAG)* se evalúa la autoeficacia en general donde se compara a población mexicana y española, con la finalidad de evaluar la confianza de las personas para enfrentarse a situaciones estresantes. La prueba original es alemana creada por Jerusalem y Schwarzer en 1992 construida inicialmente con 20 ítems, luego en 1996 Baessler y Schwarzer lo reducen a 10 reactivos. Es un constructo global que evalúa la creencia estable que tiene la persona sobre su capacidad para manejar de modo apropiado una amplia variedad de estresores de la vida cotidiana. Es una escala unidimensional y de respuesta tipo Likert conformada por 10 ítems, que se responde del 1 al 4 donde 1 es; apenas cierto, 2; más bien cierto, 3 y cierto, 4 siendo el mínimo con un alfa de 0.95.

La *Escala de Autoeficacia de la Conducta Alimentaria*, para población mexicana entre 14 y 74 años, creada por Palacios et al., (2017), está conformada por 21 ítems con opciones de respuesta que van de 1 a 10, y está 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 con un alfa de 0.87.

Otro de los instrumentos utilizados para la evaluación de la Autoeficacia para el Control de Peso en Niños de enseñanza básica es el *Instrumento de Autoeficacia para la Prevención de Obesidad en Niños*, el instrumento original, es el Inventario de Autoeficacia Percibida para el Control de Peso (Romání, Díaz, Cárdenas, & Lugli, 2007), fue diseñado para estudiantes universitarios, y consta de 37 ítems agrupados en tres factores; el factor 1, Estilo de alimentación y externalidad; el factor 2, Actividad física programada; y por último el factor 3, Actividad física cotidiana, con un alfa de 0.73.

Posteriormente, este instrumento fue adaptado para adolescentes mexicanos por Guzmán y Gómez-Peresmitré (2011). Este instrumento quedó integrado por 25 ítems relativos a actividad física y alimentación, bajo una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, que van desde no soy capaz de hacerlo= 1, hasta soy muy capaz de hacerlo= 4, con un Alfa de 0.90 (Gómez-Peresmitré, Platas Pineda-García, Guzmán Saldaña, & León, 2017).

En población adolescente se encuentra una adaptación del *Inventario de Autoeficacia para el Control de Peso para Hombres (AP-CP*, por sus siglas en la versión original), que evalúa el factor de control de peso y la ingesta alimentaria, además de la voluntad para controlar la ingesta alimentaria, este Inventario cuenta con una versión para mujeres (AP-CP para mujeres) que mide factores

como la evitación de ingesta de alimentos no saludables e ingesta alimentaria con un alfa de 0.94 (Guzmán, Gómez-Peresmitré, García & del Castillo, 2011).

También se encuentra el *Instrumento de Autoeficacia para Realizar Conductas Saludables en Niños Mexicanos Sanos (AeRACS)* conformado por 49 ítems, y que se distribuye en dos factores; actividades de protección a la salud y actividades de independencia con un alfa de 0.86 (Flores, González-Celis, & Valencia, 2010).

Por otro lado, de los factores psicológicos vinculados con el estado nutricional de las personas es la autoatribución, a continuación, se profundiza en ésta. El papel de la autoeficacia es sin duda un factor de suma importancia al observar la alimentación, debido al peso de las creencias que se tienen para perseverar en determinadas intervenciones y adoptar hábitos alimenticios saludables, sin embargo, es importante recalcar que la alimentación es multifactorial y que existen otros conceptos que juegan un rol importante en la adopción de conductas saludables para la ingesta alimenticia como la autoatribución.

Capítulo 3.

3.1 Autoatribución

La autoatribución hace referencia a uno de los procesos en el que se constituye la propia imagen, a través de los atributos y las características que incluimos a consecuencia de la interacción social y que va definiendo cómo nos percibimos a nosotros mismos, constituyendo un componente fundamental del autoconcepto (Rosenberg, Schooler, Schoenbach, & Rosenberg, 1995). Es gracias a este proceso que las personas pueden determinar los antecedentes y las consecuencias de un comportamiento, ya que no pueden observar sus estados internos, deben hacer inferencias a partir las observaciones de sus propias conductas y el contexto en el que se suscitaron.

Myers (2003) explica que al autoatribuirse aspectos subjetivos, aumenta la probabilidad de un sesgo de autoservicio; este sugiere que las personas pueden atribuirse resultados positivos a razón de causas internas (como sus propias habilidades), pero resultados negativos a razón de causas externas (al contexto sociocultural o entorno). Las autoatribuciones son consideradas herramientas que permiten al individuo entender y conocer a otros; debido a que el conocimiento de las características individuales de otra persona permite que pueda entender sus actitudes y expresiones.

La autoatribución está influenciada por dos factores; a) la percepción de lo que se hace denominada señales producidas y b) la influencia de la sociedad

(regla, estereotipos, cultura, contexto, entre otros) o señales situacionales (Garaigordobil & Oñederra, 2010).

Existen dos tipos de autoatribución: a) De servicio, hace mención a los atributos positivos de un individuo y que en su mayoría son subjetivos; estos generan un sesgo de autoatribución en el que el sujeto responsabiliza los fallos o errores en el entorno el éxito en sus habilidades o herramientas (Sáez, et al, 2018)., y b Autoatribución se refiere a la forma en la que se constituye la persona a través de la interacción con el medioambiente.

Gaspar (2019) en su estudio “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”, reporta en sus resultados que aumentar las autoatribuciones positivas en los preadolescentes mejora su autoconcepto o que los lleva a elegir conductas más saludables, impactando en la salud física y mental.

3.2 Modelos teóricos

3.2.1 Disonancia cognitiva

La teoría conocida como Disonancia Cognitiva propuesta por Festinger en 1962 tenía como principal postulado la autoinferencia lo que permitía al individuo conocer sus atributos basado en las inferencias que realizaba de su propio comportamiento, tal y como generaba atribuciones de los demás

3.2.2 Teoría de la autoatribución de Heider

Fritz Heider (1958) estableció que la autoatribución se deriva de las percepciones conductuales, y de cómo las personas pueden atribuir acciones o causas a determinada conducta. Según esta teoría, las causas de determinado comportamiento pueden atribuirse a una causa interna o externa, dependiendo de la intencionalidad del comportamiento.

3.2.3 Teoría de la interferencia correspondiente

En 1965 Jones y Davis definieron a la autoatribución como un aspecto premeditado del individuo. Esta teoría tiene como objetivo describir el por qué las personas realizan atribuciones internas o externas. Según esta teoría, cuando las personas ven a otros actuar de cierta manera, buscan una correspondencia entre los motivos y sus comportamientos. De este modo, las inferencias que hacemos se basarían en el grado de elección, la probabilidad de aparición de la conducta y los efectos de ese comportamiento (Jones & Gerard, 1980).

3.2.4 Teoría de la autopercepción

Bem (1980) desarrolló la Teoría de la Autopercepción explicando que las personas pueden determinar sus estados internos, haciendo inferencias a través de la observación de su propio comportamiento y el contexto de la narrativa situacional en la que ocurren, llamando a este proceso autoatribución (Luna & Molero, 2013).

3.2.5 Modelo motivacional de Weiner

Este Modelo integra las adscripciones causales y los efectos cognitivos, afectivos y conductuales que las atribuciones pueden tener (Van-Lange, Kruglanski., & Higgins, 2011). En este Modelo la autoatribución explica la asociación entre la inferencia causal, el éxito y el fracaso académico, diferenciando las necesidades y el rendimiento del individuo. Considera a la conducta de logro mediante las atribuciones causales que percibe la persona basándose en sus resultados anteriores. Esto sucede al relacionar las expectativas para el futuro con la estabilidad de las atribuciones realizadas; de esta manera las atribuciones más estables son las que nacen de las expectativas para obtener el mismo éxito a futuro, mientras que las atribuciones más inestables producen cambios de las expectativas sobre el resultado futuro (Weiner, 1986, como se citó en García, 2006).

3.2.6 Modelo de covariación de Kelley

Harol Kelley (1967) describe la validez atributiva como el proceso por que el individuo decide que lo que percibe de un objeto o persona es correcto. De acuerdo con este modelo las personas hacen inferencias causales para explicar

los comportamientos de otras personas, las atribuciones son resultado de la percepción social y la autopercepción.

Las atribuciones se hacen sobre la base de tres criterios: a) Consenso: se da cuando todas o la mayor parte de las personas responden frente al estímulo o situación, de igual modo que la persona observada; b) Carácter distintivo: Cuando la persona observada responde de forma distinta a otros estímulos o situaciones similares; c) Consistencia: cuando la persona responde siempre de la misma forma o parecida al estímulo o situación considerada. A partir de los tres parámetros antes señalados, se establecieron tres tipos de atribuciones : a) Consenso alto/distintividad alta/consistencia alta: es propio fin de la conducta el que hace que la persona actúe así; b) Consenso bajo/distintividad baja/consistencia alta: son las características personales las que hacen que la persona actúe así; c) Consenso bajo/distintividad alta/consistencia baja: son las circunstancias que rodean a la decisión las que hacen que el sujeto actúe así (Núñez & Sánchez, 2006).

3.3 Formas de evaluación de la autoatribución

La autoatribución es una variable que lleva estudiándose dentro de diferentes contextos como los académicos, los emocionales, entre otros. Su relación con distintas áreas ha generado que existan instrumentos en los que el constructo pueda evaluarse de una, manera más objetiva generando así escalas para su medición. Sin embargo, existe pocos instrumentos en los que se encuentra la *Escala de autoatribución*, la cual fue elaborada por González, Lizano y Gómez-

Peresmitré (1999), 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.

Posteriormente se realizó un estudio transcultural para comparar 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.

Para este estudio se utilizó el *Inventario de Autoatribución para Adolescentes de Secundaria* propuesto por Gómez-Peresmitré, Platas, Pineda, Corona y González (2018), conformado por 29 ítems, agrupados en dos factores; 17 ítems para autoatribución positiva y 12 ítems para autoatribución negativa que es una adaptación, más reciente de la *Escala de autoatribución* adaptada a una población de escolares adolescentes, este instrumentó reporta un alfa de 0.83.

Es importante señalar que dentro de esta variable también se encuentra La Escala de estrategia y autoatribución creada por Barca, Peralbo, y Brenlla (2004) es un autoinforme de 60 ítems para medir estas estrategias. Este cuestionario de estrategia y atribución comprendió diez subescalas: (1) Expectativas de éxito, (2) Comportamiento irrelevante para la tarea, (3) Búsqueda de apoyo social, (4) Pensamiento reflexivo y (5) Orientación magistral en una situación de logro, y (6) Expectativas de éxito, (7) Comportamiento

irrelevante para la tarea, (8) Evitación, (9) Orientación del maestro y (10) Pesimismo en un contexto afiliativo con un alfa de 0.71.

El *Cuestionario de Atributos Personales* en su formato abreviado, que evalúa la masculinidad y la feminidad a través de rasgos de personalidad instrumentales y expresivos. Esta escala consta de 24 ítems de descripción personal bipolar que implica rasgos de personalidad y motivación, valorados en una escala Likert de cinco puntos (Spence & Buckner, 2000), Los coeficientes de consistencia interna para esta escala han alcanzado valores altos en otras investigaciones, como la realizada por Helmreich, Spence y Wilhelm (1981) quienes hallaron coeficientes de .75 para la escala de masculinidad, .91 para la de feminidad y .78 para la escala de masculinidad-feminidad.

Como se ha venido abordando durante estos capítulos, el papel que juegan las variables psicológicas de autoatribución y autoeficacia dentro de la ingesta de alimentos son determinantes para adoptar conductas sanas que permitan a la persona a mantener un estado nutricional sano dentro de sus indicadores antropométrico. Además de poder adoptar conductas saludables y mantener las practica de estas permitiendo poner como objetivos el bienestar.

Capítulo 4.

4.1 Planteamiento del problema

Los problemas relacionados con la ingesta alimentaria han incrementado en la actualidad a tal grado de arrojar cifras alarmantes en cuanto a la obesidad y la desnutrición, además de visibilizar el papel que juegan las variables psicológicas como la autoatribución y la autoeficacia en la adquisición de hábitos alimentarios saludables, y el mantenimiento de estos.

Ésta problemática también se relaciona con los estándares de belleza de la sociedad, los niveles socioeconómicos, la accesibilidad de los alimentos y la educación acerca de la ingesta saludable, el estado nutricional óptimo y el estado de malnutrición, por lo que la presente investigación se fundamenta en la relación que existe entre estos factores.

4.2 Justificación

Las enfermedades crónicas en la actualidad son consideradas una epidemia que se distribuye en todas las edades. Esta epidemia está ligada a los distintos cambios sociodemográficos y conductuales.

Dentro de las enfermedades crónicas se encuentra la hipertensión arterial, diabetes, cáncer, síndromes metabólicos, entre otros. En México los síndromes metabólicos han colocado al país como uno de los primeros lugares en sobrepeso y

Obesidad; la cifra combinada de estas dos problemáticas es de 71.2%; es decir, 48.6 millones de personas adultas, mientras que en escolares 36.9%, es decir una cifra 5,664,870 niños, en cuanto a los adolescentes la cifra es similar con un 35% de la población con sobrepeso y obesidad (Barba, 2018).

La OMS (2017b) refiere una epidemia global respecto a la obesidad, ya que las cifras son alarmantes con 350 billones de personas con obesidad y 2 billones de personas con sobrepeso alrededor del mundo.

Dado que el sobrepeso es un problema multifactorial; que engloba aspectos fisiológicos, conductuales, sociales y ambientales, es necesario que para una adecuada intervención se aborden los factores psicológicos.

Dentro de los factores fisiológicos y conductuales se encuentra la conducta alimentaria, que es parte del proceso orgánico que rige la alimentación, la adopción de las conductas alimentarias saludables o no saludables se basan en las experiencias con la comida, los estereotipos y en las autoatribuciones de la persona, así como las creencias que tiene acerca de las herramientas que posee para lograr un objetivo o meta es decir la autoatribución.

Estudiar la manera en que estas variables impactan en la conducta alimentaria y el peso corporal garantiza un mejor abordaje del problema hablando desde la prevención y la intervención. Ya que la autoeficacia permite conocer la manera en que una persona se mantiene en la práctica de conductas

saludables como: la actividad física y las dietas saludables para el control del peso corporal, además de ser un factor para la adquisición de dichas conductas.

Por su parte conocer la autoatribución permite intervenir desde el autoconcepto, permitiendo seguridad y confianza para responder ante el un estilo de vida más saludable, que pueda hacer frente a los problemas del control de peso.

Finalmente se propone que las variables de autoatribución y autoeficacia sean consideradas como factores protectores en los que se pueda intervenir desde la adolescencia para adquirir y mantener conductas alimentarias saludables y así lograr un estilo de vida saludable.

4.3 Pregunta de investigación

¿Qué asociación existe entre la autoatribución con la autoeficacia para ingesta alimentaria y actividad física, en preadolescentes hombres y mujeres estudiantes de secundaria?

4.4 Objetivo general

Describir la relación que existe entre la autoatribución con la autoeficacia para ingesta alimentaria, y actividad física en preadolescentes hombres y mujeres estudiantes de secundaria.

4.5 Objetivos específicos

-Describir los tipos de autoeficacia para ingesta alimentaria y actividad física, así como los tipos de autoatribución (positiva y negativa) en preadolescentes hombres y mujeres estudiantes de secundaria.

-Establecer diferencias por sexo de autoeficacia para ingesta alimentaria y actividad física, así como los tipos de autoatribución (positiva y negativa) en preadolescentes estudiantes de secundaria.

-Describir la relación que existe entre autoatribución con la autoeficacia para ingesta alimentaria y actividad física, y en preadolescentes hombres.

Describir la relación que existe entre autoatribución con la autoeficacia para ingesta alimentaria y actividad física en preadolescentes mujeres estudiantes de secundaria

4.6 Método

4.6.1 Hipótesis

H_1

Existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres preadolescentes estudiantes de secundaria respecto a autoeficacia para ingesta alimentaria y actividad física, así como con los tipos de autoatribución (positiva y negativa).

H_0

No existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres preadolescentes estudiantes de secundaria respecto a autoeficacia para ingesta alimentaria y actividad física, así como con los tipos de autoatribución (positiva y negativa).

H_1

Existe relación estadísticamente significativa entre autoeficacia (ingesta alimentaria y actividad física) y los tipos de autoatribución (positiva y negativa) en preadolescentes hombres y mujeres estudiantes de secundaria.

H_0

No existe relación estadísticamente significativa entre autoeficacia (ingesta alimentaria y actividad física) y los tipos de autoatribución (positiva y negativa) en preadolescentes hombres y mujeres estudiantes de secundaria.

4.6.2 Tipo de diseño

El diseño es no experimental, ya que no se aplicó una variable independiente que modifique una o más variables dependientes.

4.6.3 Tipo de estudio:

Se trata de un estudio transversal, descriptivo y correlacional.

Tabla 3.

4.6.4 Definición de Variables.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional
Sexo	<p>Hombre: desde el ámbito biológicos se define como hombre a aquel ser humano producto de la fertilización del óvulo por parte de la célula espermatozoide, y que porta los cromosomas XY (Solari, 2011).</p> <p>Mujer: desde la biología se define a mujer como el ser humano producto de la fertilización del óvulo por parte de la célula espermatozoide y que porta los cromosomas XX (Solari, 2011).</p>	Lo referido por los participantes en la pregunta correspondiente.
Autoeficacia	Se entiende como las creencias que el sujeto tiene acerca de lo que es capaz o no de realizar (Bandura, 1977)	En el presente estudio se utilizó la versión adaptada del Inventario de Autoeficacia para control de peso. Consta de 30 ítems con 4 opciones de respuesta, con un alpha de 0.85 (Gómez-Peresmitré, Platas, Pineda-García, Guzmán, & León 2017) (ver anexo "2").
Autoatribución	La autoatribución hace referencia a uno de los procesos en el que se constituye la propia imagen, a través de los atributos y las características que incluimos a	Inventario de Autoatribución de adjetivos para la medición de autoconcepto y autoestima en niños (Gómez-Peresmitré, Platas, Pineda-García,

consecuencia de la interacción social y que va definiendo cómo nos percibimos a nosotros mismos constituyendo un componente fundamental del autoconcepto (Morales et al., 1995; Myers, 2003; Rosenberg, Schoenbach, Rosenberg, 1995). Guzmán, & León 2017) (ver anexo “3”).

4.6.5 Muestra

La muestra fue no probabilística, se conformó por N= 509 participantes, estudiantes de primer grado de escuelas públicas de secundaria de Pachuca, Hidalgo, México; el 49.9% (n=254) son hombres y el 50.1% (n= 255) son mujeres, con un rango de edad de edad de 11 a 14 años. La media fue de 12 años ($DE= \pm .64$).

4.6.6 Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Alumnos varones y mujeres preadolescentes.
- Inscritos en la institución de primer y segundo grado de secundaria.
- Que firmaran el asentimiento informado.

4.6.7 Criterios de exclusión:

- Escolares con algún padecimiento crónico degenerativo y/o enfermedad mental.
- Que fueran mayores a 14 años de edad.

4.6.8 Instrumentos

-*Escala de Autoatribución* (Gómez-Peresmitré, 1999; González, Lizano, & Gómez-Peresmitré, 1999). La escala está conformada por 29 ítems, agrupados en dos factores: a) Autoatribución Positiva (17 ítems), y b) Autoatribución Negativa (12 ítems). El alpha de Cronbach del instrumento general es de 0.83 (ver anexo “3”).

-*Inventario de Autoeficacia Percibida para Control de Peso* en población escolar mexicana de 10 a 16 años, fue el utilizado para esta tesis y se diseñó con el objetivo de prevenir estilos de vida no saludables como el sedentarismo y las conductas alimentarias de riesgo, además de crear y promover hábitos saludables, el Inventario está constituido por 37 ítems con escala tipo Likert que va de 1 que representa “No puedo hacerlo” hasta 4 que significa “Seguro que puedo hacerlo” (ver anexo “2”) (Gómez-Peresmitré, Platas Pineda-García, Guzmán Saldaña, & León, 2017).

4.6.9 Procedimiento

Se presentó la propuesta a las autoridades de los planteles escolares del nivel de secundaria la carta de presentación del proyecto, una vez autorizado se realizó una reunión para solicitar la autorización por parte de los estudiantes, y se pidió el asentamiento informado (ver anexo “1”), se hizo hincapié en la colaboración voluntaria y anónima de los participantes y en el manejo confidencial de los datos sólo utilizables con fines de investigación. Posteriormente, se aplicaron los instrumentos a los grupos de primero y segundo grado; en las aulas y horas de clase. Se prosiguió con el análisis estadístico de los datos en el programa SPSS.

4.10 Aspectos éticos

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (170), Título I, de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I, el presente estudio es factible de acuerdo a los siguientes artículos:

Artículo 17, inciso II, se llevó a cabo una investigación con riesgos mínimos ya que se obtuvieron los datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios.

Artículo 20, el cual se refiere al consentimiento informado donde el sujeto en investigación aceptó participar en el estudio, al mismo tiempo se le informó sobre la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los cuales se sometió.

Artículo 21, cada una de sus fracciones quedaron plasmadas y explicadas en el consentimiento informado.

Artículo 22, donde se brindó por escrito con copia para el sujeto en investigación y el investigador, cubriendo cada una de las fracciones del artículo mismo.

Capítulo 5.

5.1 Resultados

A continuación, se muestran los resultados, descriptivos y de asociación entre variables.

En la tabla 4 se comparan las variables respecto al sexo de los participantes, al aplicar la prueba *t de Student* no se encontraron diferencias significativas en la comparación entre hombres y mujeres en ninguna de las variables estudiadas.

Tabla 4.

Comparación de las variables de estudio con la Prueba t de Student respecto al sexo de los participantes.

Variable		Media	Rango		D.E	t	Sig
			MÍNIMA	MÁXIMA			
Autoeficacia para la ingesta	Femenino	19.73	9.13	28.50	4.38	-.57	.57
	Masculino	19.95	8.13	28.50	4.24	-.57	.57
Autoeficacia para la actividad física	Femenino	33.23	13.08	44.33	6.10	-2.08	.04
	Masculino	34.32	12.08	44.33	5.63	-2.08	.04
Autoatribución positiva	Femenino	2.48	1.16	4.53	.66	-.46	.64
	Masculino	2.51	1.11	4.32	.61	-.46	.64
Autoatribución negativa	Femenino	27.31	14.08	50.38	7.51	.55	.58
	Masculino	26.96	13.08	49.31	6.74	.55	.58

Por otro lado, de acuerdo con la tabla 5, se muestra una relación baja, significativa y positiva entre los factores autoatribución positiva y la autoeficacia para la actividad física y la autoeficacia para ingesta alimentaria; y una

correlación baja, significativa e inversa entre la autoatribución negativa y la autoeficacia para la actividad física y la autoeficacia para ingesta alimentaria.

Tabla. 5

Relación entre variables.

	Autoatribución positiva	Autoatribución negativa
Autoeficacia para la actividad física	.375**	-.064
Autoeficacia para la ingesta alimentaria	.324**	-.141**

* $p = 0.05$ ** $p = 0.01$

Ahora bien, al realizar las correlaciones de acuerdo con el sexo de los participantes, en la tabla 6 se muestran los resultados obtenidos por las mujeres con una relación baja, significativa y positiva entre los factores autoatribución positiva y la autoeficacia para la actividad física y la autoeficacia para ingesta alimentaria; y una correlación no significativa entre al autoatribución negativa y la autoeficacia para la actividad física; en cambio la asociación fue baja, pero significativa e inversa, entre la autoatribución negativa y la autoeficacia para ingesta alimentaria.

Tabla 6.

Relación entre variables mujeres

	Autoatribución positiva	Autoatribución negativa
Autoeficacia para la actividad física	.380**	-.059
Autoeficacia para la ingesta alimentaria	.343**	-.204**

* $p = 0.05$ ** $p = 0.01$

Para el caso de los hombres en la tabla 7 se muestran los resultados obtenidos por ellos arrojando una relación baja, significativa y positiva entre los factores autoatribución positiva y la autoeficacia para la actividad física y la autoeficacia para ingesta alimentaria; contrariamente no hubo relación la autoatribución negativa y la autoeficacia para la actividad física; asimismo, entre la autoatribución negativa y la autoeficacia para ingesta alimentaria.

Tabla.7

Relación entre variable hombres

	Autoatribución positiva	Autoatribución negativa
Autoeficacia para la actividad física	.377**	-.056
Autoeficacia para la ingesta alimentaria	.303**	-.066

* $p = 0.05$ ** $p = 0.01$

Capítulo 6

Discusión

De acuerdo con los resultados encontrados se puede mostrar que se cumplió con los objetivos que este estudio plantea; ya que se confirma de manera general que, sí existe relación entre la autoeficacia para la ingesta alimentaria y actividad física, y autoatribución en preadolescentes estudiantes de secundaria. Sin embargo, no se confirma la hipótesis alterna que establece que, sí existe una relación estadísticamente significativa entre las variables antes señaladas, ya que dicha relación no es estadísticamente significativa.

Esto podría explicarse debido a que tanto las mujeres como los hombres presentan una preocupación por la imagen corporal a medida que van creciendo; sin embargo, estas preocupaciones están más sustentadas por la imagen corporal que por la verdadera preocupación en practicar conductas saludables, lo que impacta de la misma manera si perciben autoeficacia para la ingesta alimentaria o la actividad física así como el impacto de las autoatribuciones sobre su estado nutricional; ambos adoptan conductas que les permitan mantenerse dentro de los parámetros de belleza, como la aceptación del ejercicio o dietas restringidas que no necesariamente representan una adopción de un estilo de vida saludable (Kostrzewa et al., 2013).

En cuanto a la autoatribución positiva se establece una relación estadísticamente significativa en la que se describe que, a mayor autoeficacia para la conducta alimentaria y la actividad física, mayor autoatribución positiva, de acuerdo con Fonseca y Muñoz (2005) las autoatribuciones positivas de una

persona aumenta a medida que aumentan sus capacidades para resolver un problema o mantener un hábito o una conducta saludable, es en este punto donde la autoeficacia influye de manera positiva logrando cumplir objetivos que la persona se plantea y aumentando las autoatribuciones positivas.

El estudio reporta una relación significativa y positiva entre los factores de autoatribución positiva y la autoeficacia para la actividad física y para la ingesta alimentaria. La literatura refiere que la autoeficacia percibida por el individuo depende de la influencia de factores como el acompañamiento por parte de sus pares, los incentivos y las creencias que el entorno sociocultural ejerza sobre él, por tanto, las autoatribuciones aumentarían si cumple los objetivos planteados, ya que además del propio reconocimiento, el entorno reforzara las características o atributos (Ornelas, Blanco, Aguirre, & Guedea, 2012).

Por el contrario, la relación que existe entre la autoeficacia para la actividad física y la autoeficacia para la conducta alimentaria con las autoatribuciones negativas es inversa con una correlación baja y significativa ya que la autoeficacia percibida genera un sentimiento de bienestar que disminuye los sentimientos de insatisfacción relacionada con las autoatribuciones negativas.

Uno de los objetivos específicos fue describir la relación de la autoeficacia y autoatribución en la población femenina de este estudio, en donde se describe que a mayor autoeficacia para ingesta alimentaria menor autoatribución negativa. Debido a como ya se había mencionado anteriormente, la imagen corporal que se constituye por autoatribuciones también depende de los

estereotipos basados en la publicidad de cuerpos esbeltos, en las mujeres existe mayor preocupación por la estética corporal y la delgadez desde edades muy tempranas, es por esto que, al aumentar su autoeficacia para la conducta alimentaria, logran llegar al objetivo deseado, y las autoatribuciones negativas disminuyen (Saucedo-Molina & Unikel-Santoncini, 2010).

En cuanto a la relación de la autoeficacia por la ingesta alimentaria y autoatribución positiva se describe una relación positiva ya que al aumentar una variable aumenta la otra. La autoeficacia para la ingesta alimentaria se encuentra en el autocuidado que se tiene; lo que genera un bienestar y cuando va en aumento forma una apreciación del cuerpo y una valoración positiva del mismo que aumentara las autoatribuciones positivas (García-Fernández, et al., 2016).

Por otra parte, en la autoeficacia para la actividad física se encuentra una relación no significativa en donde mayor autoeficacia para la actividad física menor autoatribución negativa. De acuerdo con la literatura esta relación se explica ya que, al estar la mujer mayormente insatisfecha con su imagen corporal, está en constante búsqueda de la figura ideal, si se percibe con las herramientas adecuadas aumenta la autoeficacia, sin embargo, la población femenina se inclina en mayor grado a conductas alimentarias no saludables o de riesgo puesto que buscan la delgadez más que un cuerpo sano (Ramos, Rivera, Pérez, Lara, & Moreno).

Ahora bien, la autoeficacia para actividad física presenta una relación estadísticamente significativa en cuanto a las autoatribuciones positivas, debido

a que al percibirse capaz de realizar rutinas de ejercicio o practicar algún deporte se genera una sensación de bienestar y una percepción de cuerpo saludable lo que aumenta las autoatribuciones positivas.

Referente a la población masculina, se encuentra una relación estadísticamente significativa entre la autoeficacia para la actividad física y la autoatribución positiva. Los hombres tienden a buscar un cuerpo más grande y voluminoso, lo que los acerca a una mayor actividad física, esta conducta genera un aumento en la percepción de la autoeficacia con la que cuentan. Tiene una percepción de su imagen corporal más atinada a su IMC en comparación a las mujeres, lo anterior no necesariamente significa que tengan una mayor satisfacción corporal pero sí que al tener una mayor actividad física sus autoatribuciones positivas aumenten (García-Fernández, et al., 2016).

Por otra parte, no se encuentra una relación significativamente estadística en cuanto a la autoeficacia para la actividad física y la autoatribución negativa, en esta relación a mayor autoeficacia para la actividad física menor autoatribución negativa. Debido a que el objetivo del hombre dentro de la actividad física está encaminado a la fuerza física que a la apariencia y autoconcepto corporal (Moreno, González, & Cervelló, 2008).

En relación con la autoeficacia para la ingesta alimentaria, se encuentra una relación estadísticamente significativa y positiva con las autoatribuciones positivas. Ya que al igual que en las mujeres la autoeficacia es usada para mantener conductas alimentarias saludables que proporcionan el bienestar,

incluyendo su apariencia y generando mayores autoatribuciones positivas (Quiroz, 2010).

En cuanto a la relación con la autoatribución negativa no se muestra una relación estadísticamente significativa. En esta relación se describe que a mayor autoeficacia para la ingesta alimentaria menor autoatribución negativa.

Para finalizar se puede concluir que, dentro de las principales aportaciones de este estudio se resalta la relevancia de los factores psicológicos como la autoatribución y a la autoeficacia y su impacto en la adopción de conductas saludables que propicien un estilo de vida saludable.

El sobrepeso y la obesidad en los menores de edad es un fenómeno que debe ser tratado de manera multidisciplinaria desde los factores biológicos hasta los psicosociales. El cambio en los estilos de vida y las creencias que se posee acerca de las herramientas con las que se cuenta para generarlo, cobran mayor relevancia en las etapas más tempranas de la vida.

Por otra parte, la autoeficacia en relación con la autoatribución presenta factores determinantes para la propiciación de conductas saludables que a su vez generaran un estilo de vida saludable. El impacto que tiene la percepción de la autoeficacia para la actividad física en los preadolescentes crea una sensación de mayor bienestar que se relación con las autoatribuciones positivas.

Ahora bien, la percepción de la autoeficacia para la ingesta alimentaria aunado a las autoatribuciones positivas favorecen la adherencia a conductas

más sanas de alimentación desempeñándose como un factor protector para evitar conductas alimentarias de riesgo.

Este estudio también vislumbra la importancia de generar intervenciones en esta población para la psicoeducación y la implementación de estrategias sanas para el control de peso.

Por otro lado, en cuanto a las limitaciones del estudio, una de las principales es la falta de la medición del IMC de manera antropométrica, lo que se limita a los datos obtenidos por la percepción que los preadolescentes tenían sobre su peso y talla.

Se sugiere continuar estudiando las variables de autoatribución como un factor importante en la conducta alimentaria, así como en la adopción de conductas saludables. De la misma manera generar intervención para la psicoeducación en los temas de conductas saludables alimentarias y la actividad física.

Asimismo considerar la variable de imagen corporal ya que se encuentra ligada a las autoatribuciones positivas y negativas y los ideales de belleza ligados al estado nutricional.

Es importante también considerar el entorno familiar y escolar, dentro de la prevención y la intervención, diseñando así estudios que permitan conocer las variables estudiadas desde la perspectiva de docentes y familiares, con el objetivo de brindar intervenciones con mayor impacto social.

Referencias

Acosta, M., Llopis, J., Gómez, G., & Pineda G. (2005). Evaluación de la conducta alimentaria de riesgo. Estudio transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(3), 223-32. Recuperado de <https://www.ijpsy.com/volumen5/num3/121/evaluacin-de-la-conducta-alimentaria-de-ES.pdf>.

Aedo A. & Ávila H. (2009). Nuevo cuestionario para evaluar la autoeficacia hacia la actividad física en niños. *Revista Panamericana de Salud Pública* 26(4), 324-9. Recuperado de: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v26n4/v26n4a06.pdf.

Aguilar, L., Magallanes, A., Martínez, J., Negrete A., & García, M. (2017). Autoeficacia para control de peso en estudiantes universitarios del área de la salud. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 9(1) 1-14. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3331/333152921001.pdf>.

Baessler, J. & Schwarzer R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación Española de la Escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*. 2(1). 1--7. Recuperado de https://scholar.google.com/scholar_url?url=https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo%3Fcodigo%3D186652&hl=es&sa=T&oi=gsb&ct=res&cd=0&d

=15174224993795916125&ei=VhpCXvyCJpCyQSAvJC4Cg&scisig=AAG
Bfm3kXRMppD39h9hF6JQoxli2ArJw4g.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 84(2), 195-215. Recuperado de:
<http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Banura1977PR.pdf>.

Bandura, A. (1997). Teoría cognitiva social: una perspectiva agente. *Revista asiática de psicología social*, 2 (1), 21-41. Recuperado de:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1467-839X.00024>.

Barca, A., Peralbo, M. & Brenlla, J.C. (2004). Atribuciones causales y enfoques de aprendizaje: la Escala SIACEPA. *Psicothema*, 16(1), 94-103.
<http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1167>.

Barba, R. (2018). México y el reto de las enfermedades crónicas no transmisibles. El laboratorio también juega un papel importante. *Revista Latinoamericana de Patología Clínica y Medicina de Laboratorio*, 65(1), 4-17. Recuperado: <https://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2018/pt181a.pdf>.

Bem, J. (1980). Cómo predecir a algunas personas en algunas ocasiones: la búsqueda de consistencias transituacionales en la conducta. *Estudios de Psicología*, 1(3), 57-74. Recuperado de
https://scholar.google.com/scholar_url?url=https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02109395.1980.10821233&hl=es&sa=T&oi=gsb&ct=res&

cd=0&d=13340533761971193022&ei=dy1CXtaJBlaE6rQP-
YqW0AM&scisig=AAGBfm3cvu1W5ADB26wqUg9iFPLcOEKFPg .

Bencomo, A. & Pérez, A. G. (2015). *Hábitos alimenticios de los estudiantes universitarios*. Tesis de grado. Venezuela: Universidad de Carabobo.

Blanco, H., Ornelas, M., Aguirre, J., & Guedea, J. (2012). Autoeficacia percibida en conductas académicas: diferencias entre hombres y mujeres. *Revista mexicana de investigación educativa*, 17(53), 557-571. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/140/14023105011>.

Brenlla, M., Aranguren, M., Rossaro, M., & Vázquez, N. (2010). Adaptación para Buenos Aires de la escala de autoeficacia general. *Interdisciplinaria*, 27(1), 77-94. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/180/18014748006>.

Carbajal, A. (2013). *Manual de Nutrición y dietética*. Universidad Complutense de Madrid.

Chávez, O. & Fragoso, O. (2013). Consumo de comida rápida y obesidad, el poder de la buena alimentación en la salud/Fast Food Intake The Power of Good Food. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 4(7), 176-199. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4981/498150315010.pdf>.

- Clark, M., Abrams, B., Niaura, S., Eaton, A., & Rossi, S. (1991). Autoeficacia en el control de peso. *Revista de consultoría y psicología clínica* 59(5), 39-44. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1955608>.
- Cruz, R., Ávila, M., de la Cruz, M., Vázquez, R., & Mancilla, J. (2008). Restricción alimentaria y conductas de riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes de nutrición. *Psicología y Salud*, 18(2), 189-198. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/291/29118205>.
- Cruzat, C., Ramírez, P., Melipillán, R., & Marzolo, P. (2008). Trastornos alimentarios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes secundarias de la comuna de Concepción, Chile. *Psykhé*, 17(1), 81-90. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/psykhe/v17n1/art08>.
- Delgado, M., Zamarripa, J., de la Cruz, M., Cantú Berrueto, A., & Álvarez Solves, O. (2017). Validación de la versión mexicana del Cuestionario de Autoeficacia para el Ejercicio. *Revista de psicología del deporte*, 26(2) 85-90. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2351/235152045012>.
- Fernández Cabrera, T., Medina Anzano, S., Herrera Sánchez, I. M., Rueda Méndez, S., & Fernández Del Olmo, A. (2011). Construcción y validación de una escala de autoeficacia para la actividad física. *Revista Española de Salud Pública*, 85(4), 405-417. Recuperado de: <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/58159>.

Festinger, L. (1962). Cognitive dissonance. *Scientific American*, 207(4), 93-106.
Doi101038.

Flores, A., González-Celis L., & Valencia A. (2010). Validación del Instrumento de Autoeficacia para Realizar Conductas Saludables en niños mexicanos sanos. *Psicología y Salud*, 20(1), 23-30. Recuperado de: https://www.academia.edu/29083069/Validaci%C3%B3n_del_Instrumento_de_Autoeficacia_para_Realizar_Conductas_Saludables_en_Ni%C3%B1os_Mexicanos_Sanos.

Fondo Internacional de las Naciones Unidas para la Infancia (2017). *Informe Anual 2017 UNICEF México*. Recuperado de: unicef.org.mx/Informe2017/Informe-Anual-2017.pdf.

Fonseca, M., & Muñoz, S (2005). El desarrollo del autoconcepto físico a través de la enseñanza de los deportes colectivos en la Enseñanza Secundaria Obligatoria. *Lecturas: Educación física y deportes*, (81), 13. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=106815>

Galván, M., Amezcua-González, A., & López -Rodríguez (2011). *Perfil Nutricional de los Escolares de Hidalgo 2010. Resultados principales*. México: UAEH, SEPH.H, SSa-H.

Garaigordobil, M. & Oñederra, J. (2010). Inteligencia emocional en las víctimas de acoso escolar y en los agresores. *European Journal of Education and Psychology*, 3(2), 243-256. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1293/129315468008.pdf>.

García, J. (2006). Aportaciones de la teoría de las atribuciones causales a la comprensión de la motivación para el rendimiento escolar. *Ensayos: Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, (21), 217-232. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2281059>.

García, C. & Russell, M. (2006). Autoeficacia y disposición al cambio para la realización de actividad física en estudiantes universitarios. *Acta colombiana de Psicología*, 9(1), 41-49. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2264636>.

García-Fernández, J. M., Saura, C. J., Vicent, M., González, C., Lagos-San Martín, N., & Pérez-Sánchez, A. M. (2016). Relación entre autoeficacia y autoatribuciones académicas en estudiantes chilenos. *Universitas Psychologica*, 15(1), 15-24. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v15n1/v15n1a06.pdf>.

Gaspar, A. (2019). *Psicoeducación en Autoeficacia, Afecto Positivo y Autoatribución para Promover Conductas Alimentarias Saludables en*

Estudiantes de Secundaria. (Tesis de Maestría). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca de Soto, Hidalgo.

Gómez-Peresmitré, G. & Avila, G. (1999). Preadolescentes mexicanas y la cultura de la delgadez: Figura ideal anoréctica y preocupación excesiva por el peso corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 16, 153-165. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/GILDA_GOMEZ/publication/290608430_Mexican_preadolescent_girls_and_thickness_culture_Anorectic_ideal_figure_and_excessive_concern_about_body_weight/links/57e15dad08aec35d4a07021/Mexican-preadolescent-girls-and-thickness-culture-Anorectic-ideal-figure-and-excessive-concern-about-body-weight.pdf.

Gómez-Peresmitré, G., Platas, S., Pineda, Corona, N., & González, V. (2018). *Propiedades psicométricas del inventario de autoatribución para adolescentes de secundaria*. *La Psicología Social en México*, 361-374. Recuperado de: <http://cathi.uacj.mx/bitstream/handle/20.500.11961/5287/La%20psicologia%20social%20en%20M%C3%A9xico.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Gómez-Peresmitré, G., Platas, S., Pineda-García, G., Guzmán, R., & León Hernández, R. (2017). Validación de un instrumento de autoeficacia para la prevención de obesidad en niños escolares. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(1), 21-30. Recuperado de:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S200715232017000100021.

González S., L., Lizano M., M., & Gómez-Peresmitré, G. (1999). Factores de riesgo en desórdenes del comer: Hábitos alimentarios y autoatribución en una muestra de niños escolares mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 16(1), 117-126. Recuperado de: <https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-mexicana-depsicologia/articulo/factores-de-riesgo-en-desordenes-del-comer-habitos-alimentarios-y-auto-atribucion-en-una-muestra-de-ninos-escolares-mexicanos>.

González, M. y Sánchez, J. (2002). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En V.E. Caballo (Ed.): Manual para la evaluación de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos. Madrid: Ediciones Pirámide.

González-Jiménez, E. & Schmidt, J. (2012). Regulación de la ingesta alimentaria y del balance energético: factores y mecanismos implicados. *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 1850-1859. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021216112012000600009.

Guzmán, R., Gómez-Peresmitré, G., García, M., & del Castillo A. (2011). Análisis factorial confirmatorio del inventario de autoeficacia percibida para control

de peso en población mexicana. *Psicología Iberoamericana*, 19(2), 78-88.

Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133921440009.pdf>.

Guzmán, R. & Gómez-Peresmitré, G. (2011). Análisis discriminante Del Inventario de Autoeficacia para el Control de Peso en adolescentes mexicanos. *Psicología y Salud*, 21(2), 157---164. Recuperado de: https://scholar.google.com/scholar_url?url=http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/568&hl=es&sa=T&oi=gsb&ct=res&cd=1&d=46261289801985494&ei=mM7SXZPOJcG3yQSVrZrwAw&scisig=AA GBfm2O9wZbdthG9YSUloeZ7hdCs2_F4A.

Guzmán, R. (2012). Factores Psicosociales con Conductas Alimentarias de Riesgo en Adolescentes con Obesidad. (Tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.

Heider, F. (1958). *La psicología de las relaciones interpersonales*. Nueva York, NY: John Wiley & Sons.

Helmreich, R. L., Spence, J. T., & Wilhelm, J. A. (1981). A psychometric analysis of the Personal Attributes Questionnaire. *Sex Roles*, 7(11), 1097-1108. Recuperado de: https://scholar.google.com/scholar_url?url=https://link.springer.com/article/10.1007/BF00287587&hl=es&sa=T&oi=gsb&ct=res&cd=0&d=7620275510095375517&ei=vwjSXZL8EJC4yQTzy5aQBg&scisig=AAGBfm2vRJpuWJGQgNCd70fpEZfE6t0pPg.

Hernández-Ávila, M., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Cuevas-Nasu, L., Gómez-Acosta, L., Gaona-Pineda, E., & Villalpando-Hernández, S. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Informe final de resultados.* Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>

Hernández, D. (2014). *Estado nutricional y rendimiento deportivo en deportistas adolescentes cubanos.* Universidad de Granada. Recuperado de <http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/30327/22216571.pdf?sequence=1>.

Hita, M., Macías, K., & Enríquez, S. (2006). Regulación neuroendocrina del hambre, la saciedad y mantenimiento del balance energético. *Investigación en salud*, 8(3), 191-200. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2006/isg063i.pdf>.

Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1992). La autoeficacia como factor de recurso en los procesos de evaluación del estrés. *Autoeficacia: control del pensamiento de la acción*, 19(5) 2-13. Recuperado de [https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=DjLJAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA195&dq=Jerusalem,+M.+%26+Schwarzer,+R.+\(1992\).+Self-efficacy+as+a+resource+factor+in+stress+appraisal+process.&ots=nTZfQIU6U6&sig=F75Azben4CExtbSgh-gvPpfxSb0](https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=DjLJAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA195&dq=Jerusalem,+M.+%26+Schwarzer,+R.+(1992).+Self-efficacy+as+a+resource+factor+in+stress+appraisal+process.&ots=nTZfQIU6U6&sig=F75Azben4CExtbSgh-gvPpfxSb0).

Jones, E. & Davis, K (1965). De los actos a las disposiciones: el proceso de atribución en psicología social, en L., Berkowitz (ed.), *Avances en psicología social experimental* (Vol. 2, pp. 219-266), Nueva York: Prensa académica.

Jones, E. & Gerard, H. (1980). *Principios de psicología social*. México: Limusa.

Kelley, H. H. (1967). *Attribution theory in social psychology*. In *Nebraska symposium on motivation*. University of Nebraska Press. Recuperado de: https://scholar.google.com/scholar_url?url=https://psycnet.apa.org/record/196813540001&hl=es&sa=T&oi=gsb&ct=res&cd=0&d=4420076880041105164&ei=YO7SXcLRDoeyQTyxb2AAw&scisig=AAGBfm1K8eDvJpKS Y8NP5oKuWOa8wUK9Jg.

Kostrzewa, E., Van Elburg, A., Sanders, N., Sternheim, L., Adan, R., & Kas, J, (2013). Longitudinal, Change In The Physical Activity And Leptin Serum Levels After Recovery. *PlosS one*, 8(10). Doi:10.137/journal.pone.0078251.

Levy, T. S., Castellanos, M. A. A., & Nasu, L. C. (2015). Desnutrición y obesidad: doble carga en México. *Revista Digital Universitaria*, 5(16). Recuperado de: <http://www.revista.unam.mx/vol.16/num5/art34/>.

López, P. & Olvera, S. (2014). *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. (Tesis de licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca de Soto, Hidalgo.

López-Espinoza, A., Martínez-Moreno, A. G., Aguilera-Cervantes, V. G., Salazar-Estrada, J. G., Navarro-Meza, M., Reyes-Castillo, Z., et. al. (2018). Estudio e investigación del comportamiento alimentario: Raíces, desarrollo y retos. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 9(1), 107-118. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v9n1/2007-1523-rmta-9-01-107.pdf>.

Luna, N. & Molero, D. (2013). Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia*, 10. 43-64 Recuperado de <http://www.revistareid.net/revista/n10/REID10art3.pdf>.

Martínez-Roldán, C., Veiga Herreros, P., López de Andrés, A., Cobo Sanz, J., & Carbajal Azcona, A. (2005). Evaluación del estado nutricional de un grupo de estudiantes universitarios mediante parámetros dietéticos y de composición corporal. *Nutrición Hospitalaria*, 20(3), 197-203. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021216112005000400006.

Menéndez, E. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud colectiva*, 1(1), 9-32. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2005.v1n1/9-32>.

Morales, F., Moya, M., Reboloso, E., Fernández, J., Huici, C., Márques, J., et al. (1995). *Psicología Social*. España: Mc Graw Hill.

Moreno, J., González, D., & Cervelló, E. (2008). Motivación y salud en la práctica físicodeportiva: diferencias según el consumo de alcohol y tabaco. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(2), 483-494. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/337/33712001009.pdf>.

Moreno, Y. & Blanco, A. (2016). Una revisión de la investigación educativa sobre autoeficacia y teoría cognitivo social en Hispanoamérica. *Revista de pedagogía*, 68(4), 27-47. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5681448>.

Munares-García, O., Gómez-Guizado, G., & Sánchez-Abanto, J. (2013). Estado nutricional de gestantes atendidas en servicios de salud del Ministerio de Salud, Perú 2011. *Revista Peruana de Epidemiología*, 17(1), 01-09. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2031/203128542003.pdf>.

Myers, D. (2003). *Psicología Social*. México: McGraw-Hill.

Navarrete, E., Mateluna, D, & Sandoval, P. (2016). Clasificación del estado nutricional basada en perfiles antropométricos del personal silvoagropecuario femenino de un sector del centro-sur de Chile. *Ciencia & trabajo*, 18(55), 42-47. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492016000100008>.

Núñez, N. & Sánchez, J, (2006). Atribuciones causales de los éxitos y fracasos escolares en niños de 3, 4 y 5 años. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 35-44. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832312003>Olaz, O. (2001).

Olaz, F. (2001). La teoría social cognitiva de la autoeficacia. *Journal of College Student Development*, 35, 19-24. Recuperado de: <http://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/olaz.pdf>.

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2017). *El Estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo*. Recuperado de <http://www.fao.org/3/a-I7695s.pdf>.

Organización Mundial de la Salud (2008). *Interpretación de los Indicadores de crecimiento*. Recuperado de https://www.who.int/childgrowth/training/c_interpretando.pdf.

Organización Mundial de la Salud. (2017a). *Temas de salud. Nutrición*. 10 datos sobre la obesidad recuperado de <https://www.who.int/topics/nutrition/es/>.

Organización Mundial de la Salud. (2017b). *La obesidad entre los niños y los adolescentes se ha multiplicado por 10 en los cuatro últimos decenios*. Recuperado de <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>.

Ornelas, M., Blanco, H., Peinado, E., & Blanco, J. (2012). Autoeficacia percibida en conductas académicas en universitarios. Un estudio respecto de alumnos de educación física *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 54(17), 779-791. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14023127005>.

Osorio, J., Weisstaub, G., & Castillo, C. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista chilena de nutrición*, 29(3), 280-285. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182002000300002>.

Palacios, J., Ramírez, V., Anaya, M., Hernández, H. L., & Martínez, R. (2017). Evaluación psicométrica de una escala de autoeficacia de la conducta alimentaria. *Revista chilena de nutrición*, 44(1), 95-102. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775182017000100013.

Perea-Martínez, A., López-Navarrete, G., Padrón-Martínez, M., Lara-Campos, A., Santamaría-Arza, C., Ynga-Durand, M., et. al. (2014). Evaluación, diagnóstico, tratamiento y oportunidades de prevención de la obesidad. *Acta pediátrica de México*, 35(4), 316-337. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912014000400009&lng=es&tlng=es.

Pérez-Lugo, A, Gabino-Campos, M., & Baile, J. (2016). Análisis de los estereotipos estéticos sobre la mujer en nueve revistas de moda y belleza mexicanas. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 7(1), 40-45. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2016.02.001>.

Ramos, P, Rivera, F, Pérez, R, Lara, L., & Moreno, Carmen. (2016). Diferencias de género en la imagen corporal y su importancia en el control de peso. *Escritos de Psicología*, 9(1), 42-50. <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2015.1409>

Rangel, L., Rojas-Sánchez, L., & Gamboa, E. (2015). Sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios colombianos y su asociación con la actividad física: Overweight and obesity in Colombian college students and its association with physical activity. *Nutrición Hospitalaria*, 31(2), 629-636. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3092/309233495012.pdf>.

Ravasco, P., Anderson, H., & Mardones, F. (2010). Métodos de valoración del estado nutricional. *Nutrición Hospitalaria*, 25(3), 57-66. Recuperado de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S02121611201000900009&lng=es&tlng=es.

Románi, Y., Díaz, B., Cárdenas, M., & Zoraide, L. (2007). Construcción y validación del Inventario Autoeficacia Percibida para el Control de Peso. *Clínica y Salud*, 18(1), 45-56. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/318761654_Conducta_alimentaria_y_estado_nutricional_Antes_durante_y_despues_del_cancer.

Rosales, Y., Peralta, L., Yaulema, L., Pallo, J., Orozco, D., Caiza, V., et. al. (2017). Alimentación saludable en docentes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(1), 115-128. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252017000100010.

Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., & Rosenberg, F. (1995). Autoestima global y autoestima específica: diferentes conceptos, diferentes resultados. *American Sociological Review*, 60(1), 141-156. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/1995-28767-001>.

Ruiz, M., Berrocal, C., López, E., & Rivas, T. (2003). Autoeficacia en el control de la conducta de ingesta. Adaptación al castellano de la Eating Self-Efficacy Scale. *Psicothema*, 15(1), 36-40. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1019>

Sáez, F, Bustos, C, Pérez, M, Mella, J, Lobos, K., & Díaz, A. (2018). Disposición al estudio, autoeficacia y atribuciones causales en estudiantes universitarios chilenos. *Propósitos y Representaciones*, 6(1), 199-245. doi: [http:// dx.doi.org/10.20511/pyr2018.v6n1.179](http://dx.doi.org/10.20511/pyr2018.v6n1.179).

Saucedo-Molina, T. & Unikel-Santoncini, C. (2010). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Mental*, 33(1) 11-19. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018533252010000100002&lng=es&nrm=iso>.

Savino, P. (2011). Obesidad y enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición. *Revista Colombiana de Cirugía*, 26(3), 180-195. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v26n3/v26n3a5.pdf>.

Schwarzer, R. & Gutiérrez-Doña, B. (2009). Modelando el cambio en el comportamiento de salud: Cómo predecir y modificar la adopción y el mantenimiento de comportamientos de salud. *Revista Costarricense de Psicología*, 28(41-42), 11-39. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4767/476748706011.pdf>.

Secretaría de Salud. (2018). *La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016*. Recuperado de <https://www.insp.mx/avisos/4576-resultados-ensanut-mc-2016.html>.

Shamah Levy, T., Amaya Castellanos, M. A., & Cuevas Nasu, L. (1 de mayo de 2015). Desnutrición y obesidad: doble carga en México, *Revista Digital Universitaria*, 5(16). Recuperado de: [http://www.revista.unam.mx/vol.16/num5/art34/-](http://www.revista.unam.mx/vol.16/num5/art34/)

Solano, L., Martínez, A., Salazar, J., & López, A. (2016). Conducta alimentaria Y estado nutricional: entes, durante y después del cáncer. *Actualización en Nutrición*, 20. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/318761654_Conducta_alimentaria_y_estado_nutricional_Antes_durante_y_despues_del_cancer.

Solari, A.J. (2011). *Genética humana. Fundamentos y aplicaciones en medicina* (4ª Ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Spence, J. T., & Buckner, C. E. (2000). Instrumental and expressive traits, trait stereotypes, ¿and sexist attitudes what do they signify? *Psychology of women quarterly*, 24(1), 44-62. Recuperado de: https://scholar.google.com/scholar_url?url=https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.14716402.2000.tb01021.x&hl=es&sa=T&oi=gsb&ct=res&cd=0&d=3813509996977564234&ei=AvbSXdqUB8etygS58L_QBw&scisig=AAGBfm29OFeLT0hvDJ9nWfI1OHZR5nU4Fw.

Troncoso P. & Amaya, P. J. P. (2009). Factores sociales en las conductas alimentarias de estudiantes universitarios. *Revista chilena de nutrición*, 36(4), 1090-1097. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182009000400005>.

Tuero, C., Zagalaz, C., Sánchez, Z., & de Mesa, G. (2018). Conocimientos e intereses sobre hábitos alimentarios saludables y práctica de actividad física. Un estudio con población adolescente. *Aula abierta*, 47(2), 211-220. Recuperado de: <https://doi.org/10.17811/rifie.47.2.2018.211-220>.

Unikel, C., & Caballero, A. (2010). *Guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria. Serie: Guías Clínicas para la atención de Trastornos Mentales*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría.

Van Lange, P, Kruglanski, W., & Higgins, E. (2011). *Handbook of theories of social psychology: Vol. 2. Estados Unidos: SAGE publications*.

Wilson-Barlow, L., Hollins, T., & Clopton, J. (2014). Construcción y validación de la escala de autoeficacia de alimentación saludable y peso, 15, 90-92. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471015314000841>.

Anexos

Anexo 1. Asentamiento Informado

Pachuca, Hidalgo, a _____ de _____ del 2017

CARTA DE ASENTAMIENTO INFORMADO

Por este medio, solicitamos el consentimiento para que _____ participes 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 2. Cuestionario Sociodemográfico

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. El éxito de nuestra tarea depende de ti, de tu colaboración: **que respondas lo más cuidadosa y honestamente posible.**

Nombre _____

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) Padres (uno o los dos) B) Tú y padre y/o madre C) Tú E) Tú, hermanos/as y/o padres

7. ¿En qué trabaja tu papá?

() No tiene Trabajo () Obrero () Empleado
() Vendedor Ambulante () Comerciante Establecido () Profesionista
() Jubilado () Otra _____

8. ¿A qué se dedica tu mamá?

() Ama de casa () Empleada doméstica () Empleada (comercio u oficina)
() Vendedora Ambulante () Comerciante Establecida () Profesionista
() Jubilada () Otra _____

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

() No estudió () Primaria () Secundaria
() Carrera técnica
() Preparatoria () Licenciatura () Posgrado

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

() No estudió () Primaria () Secundaria
() Carrera técnica
() Preparatoria () Licenciatura () Posgrado

Anexo 3. Inventario de Autoeficacia para el Control de Peso

Inventario de Autoeficacia para el control de peso

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

Soy capaz de:	No soy capaz de hacerlo	Soy capaz de intentarlo	Soy capaz de hacerlo	Soy muy capaz de hacerlo
1. Realizar ejercicio diariamente (correr, caminar, saltar, etc.)				
2. Evitar comer alimentos chatarra				
3. Evitar siempre que me sea posible cualquier medio de transporte.				
4. Realizar ejercicio o salir a caminar a un parque público.				
5. Tener fuerza de voluntad para dejar de comer dulces.				
6. Aumentar poco a poco mi rutina de ejercicio.				
7. Dejar de comer chocolates u otras golosinas cuando me siento presionado/a.				
8. Subir y bajar escaleras en lugar de utilizar las eléctricas, o el elevador.				
9. Correr todos los días.				
10. Comer poco cuando estoy con mis amigo(a)s.				
11. Realizar abdominales en casa.				
12. Evitar los dulces aunque se me antojen.				
13. Evitar ver la televisión, el celular o la tablet mientras como				
14. Cenar alimentos saludables (yogurt, fruta, cereal, verduras, etc)				
15. Realizar rutinas de ejercicio a pesar de que no tenga ganas de hacerlo.				
16. Evitar los dulces y chocolates.				

17. Usar las escaleras y no el elevador a pesar de estar cansado/a.				
18. Resistir los deseos de comer (a cada rato) cuando estoy nervioso/a.				
19. Esforzarme más cuando hago ejercicio.				
20. Salir a caminar cuando me siento ansioso y tengo deseos de estar comiendo.				

Anexo 4. Escala de Autoatribuciones

Escala de Autoatribución

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

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

24. Eficiente (Hago bien las cosas)					
25. Falsa					
26. Fracasada					
27. Exitosa					
28. Incompetente (no soy hábil)					
29. Inestable (Indecisa)					
30. Responsable					
31. Triste					
32. Fuerte (Físicamente)					

Anexo 5. Escala de Afecto Positivo y Negativo

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 Orguloso/a (al alcanzar una meta)					
18. Me siento Interesado/a (cuando estoy al pendiente de algo)					