



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“Estilos de vida y autoeficacia en universitarios con sobrepeso y obesidad”

Tesina

Para obtener el título de
Licenciado en psicología

PRESENTA

Luis Alberto Cruz Figueroa

Directora: Mtra. Ana Leticia Becerra Gálvez

Dictaminadores: Mtra. Maetzin Itzel Ordaz Carrillo

Mtro. Leonardo Reynoso Erazo



Los Reyes Iztacala, Estado de México, enero de 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatorias

A mi madre:

Por siempre estar ahí para mí y mis hermanos, por educarme, protegerme, por formarme.
Por ser tan fuerte, disciplinada, por aprender mucho y ponerme el ejemplo. Te amo.

A mis hermanos:

Por cuidarme siempre y compartir a mis bebés Enoc, Cesia y Camila. Por el apoyo de siempre y tantas risas siendo mis cómplices. Los amo.

A mi familia:

A mi tía Tilita y a mi tía Gini, por su trabajo y dedicación, sus logros y su ejemplo, por tanto esfuerzo y enseñarme el amor de familia, gracias por no dejarme sólo porque no hubiera podido sin ustedes. Así como el apoyo que me brindó mi primo Jorge, eres un modelo a seguir para todos nosotros. Gracias.

Agradecimientos

A la maestra Ana:

Muchas gracias por no abandonarme, por sus conocimientos y por su gran paciencia, por tomarme en cuenta desde ese congreso en Puerto Vallarta, gracias por todo el apoyo.

A mis maestros:

En cada etapa, por inculcarme el amor al conocimiento y a la enseñanza. Ahora soy un firme creyente de que la esperanza de nuestro país es la educación y esa responsabilidad tan noble recae en los hombros de los maestros. Muchas gracias.

A la FES-I:

Por ser por cuatro años mi segunda casa, darme formación y ser semillero de excelentes profesionales.

Índice

Dedicatorias	I
Agradecimientos	II
Introducción	1
Aspectos generales de la obesidad y el sobrepeso	3
1.1 Perspectiva de la obesidad a nivel mundial	3
1.2 La obesidad como problema de salud en México	5
1.3 ¿Qué es la obesidad y el sobrepeso?	5
1.3.1 ¿Cómo se mide esta enfermedad?	7
1.3.2 Clasificación de la obesidad	10
1.4 Factores que la originan	13
1.4.1 Ambientales o socioculturales	13
1.4.2 Psiquiátricos	15
1.4.3 Biológicos	16
1.5 Obesidad en estudiantes universitarios	17
1.6 Comorbilidades asociadas a la obesidad	19
1.7 Tratamientos para la obesidad y el sobrepeso	21
1.7.1 Tratamiento nutricional (dieta y actividad física)	21
1.7.2 Médico-farmacológico	24
1.7.3 Quirúrgico	26

1.7.4 Tratamiento Psicológico	28
Estilo de vida	31
2.1 Definición de estilo de vida	31
2.2 Factores de riesgo y protección en el estilo de vida	33
2.2.1 Factores de riesgo	35
2.2.2 Factores de protección	37
2.3 Estilo de vida de los universitarios	39
La autoeficacia	45
3.1 Definiciones de autoeficacia	45
3.2 Dimensiones y componentes de la autoeficacia	47
3.3 Fuentes de autoeficacia	47
3.4 El modelo de autoeficacia de Bandura	49
3.5 Campos de aplicación del modelo de autoeficacia	50
3.6 La autoeficacia en el área de la salud	51
3.6.1 Autoeficacia y obesidad	52
Conclusiones	53
Referencias	58

Introducción

México es un país que presenta hábitos poco saludables. La alimentación de la población nacional se caracteriza por ser poco saludable y particularmente dañina, causando en gran medida la presencia de sobrepeso y obesidad incluso en población joven e infantil. La obesidad y el sobrepeso son problemáticas que van en aumento, y han generado distintas reacciones encontradas desde el ámbito político, comercial y del sector salud. En el panorama nacional, la pobreza, el hambre, la obesidad y las enfermedades van de la mano, ya que muchos de los mexicanos no solo luchan por sobrevivir, sino que además los alimentos que ingieren los ponen en una situación de vulnerabilidad para mantenerse saludables.

Los hábitos alimenticios en la población mexicana son relevantes para determinar el índice de masa corporal (IMC) y saber si se clasifican dentro de la población con obesidad. En el caso de los estudiantes universitarios, esta variable no es la excepción, ya que también se encuentran expuestos a conductas no saludables, por ejemplo, malos hábitos alimenticios, déficit para enfrentar el estrés funcionalmente, consumo de sustancias adictivas, establecimiento de relaciones sexuales sin protección, solo por mencionar algunas.

Incluso la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos ([OCDE], 2017) indicó que la obesidad se identifica como una enfermedad multifactorial y como un problema de salud grave, siendo México uno de los países con altos índices de obesidad en su población. Es por ello que desde el campo de la psicología también se busca dar una respuesta que coadyuve a la solución de este problema de salud pública, el cual no es exclusivo de un solo sector de la población mexicana, por lo que los estudiantes universitarios también son sujetos de atención psicológica ante el desafío de la obesidad.

La presente investigación pretende describir las siguientes variables: por un lado; los hábitos alimenticios y de actividad física en particular y los estilos de vida en general, y la autoeficacia de los estudiantes universitarios, así como la forma en la que se relacionan estas variables.

En el primer capítulo se comparten aspectos generales de la obesidad y el sobrepeso, comenzando por una perspectiva mundial, para posteriormente proceder a una perspectiva

nacional, concretando el análisis de este problema en una situación particular, la obesidad en estudiantes universitarios. Además, en este apartado se definen algunos conceptos generales, tales como, obesidad y sobrepeso, los factores que los originan, a su vez se exponen las comorbilidades asociadas con estas enfermedades y los tratamientos que se emplean de manera general.

Como parte del segundo capítulo se desarrolla una aproximación al estilo de vida (su definición principalmente), para hacer un análisis del mismo en los ambientes universitarios, determinando cuales son los factores de riesgo y protección que los vinculan con estilo de vida saludable y aquellos que no lo son, especialmente desde la óptica de la obesidad.

El capítulo tercero aborda el tema de la autoeficacia con amplitud, como uno de los ejes centrales de la presente investigación; la autoeficacia. Para este efecto, se indica cuáles son sus dimensiones y componentes, las fuentes de la misma y se presenta un modelo de autoeficacia de Bandura, así como, un modelo cognitivo relacionado con la autoeficacia y los campos de aplicación de la misma, para cerrar con la vinculación de este concepto con el problema de la obesidad y la relación que estos conceptos sostienen por medio del estilo de vida.

Finalmente, se comparten las conclusiones generales que confirman la relación del estilo de vida con la autoeficacia y la presencia de obesidad o sobrepeso.

Aspectos generales de la obesidad y el sobrepeso

1.1 Perspectiva de la obesidad a nivel mundial

La obesidad es un problema de importancia en los sistemas de salud de todo el mundo, puesto que el número de personas que la padecen ha ido en aumento hasta llegar a proporciones verdaderamente preocupantes. Al respecto la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2005) ha llamado a la obesidad *la epidemia del siglo XXI*, mencionan que en el 2005 alrededor del mundo existían 1000 millones de personas con sobrepeso y otros 400 millones con obesidad, se estimó que para el 2015 las cifras aumentarían a 1500 millones y 700 millones de personas adultas con sobrepeso y obesidad respectivamente. Es decir, mil millones de personas más en diez años, tomando en cuenta a la población infantil, se estima que la cifra alcanza los 42 millones de niños con sobrepeso y obesidad (OMS, 2005).

La comisión para acabar con la obesidad infantil, prevé que, si no se llevan a cabo las acciones pertinentes para prevenir y disminuir la prevalencia de la obesidad infantil alrededor del mundo, el número de lactantes y niños pequeños con sobrepeso sobrepasará los 70 millones para 2025 de acuerdo a lo previsto por la Organización de las Naciones Unidas ([ONU], 2018).

Por su parte, la OCDE estima que la mitad de la población de los países que la conforman tiene sobrepeso y que uno de cada seis pobladores es obeso. Además, de acuerdo a esta organización, el coste sanitario de una persona con peso normal es 25% menor con respecto al de una persona con obesidad.

En América Latina y el Caribe, la situación es especialmente complicada, dado que los países que conforman la región enfrentan una doble problemática. Por un lado, el abastecer a su población de los alimentos necesarios e indispensables para poder vivir, porque si bien es cierto que en la región ha habido un desarrollo económico, esto no quiere decir que paralelamente exista un crecimiento en el desarrollo social, lo cual se traduce en que la pobreza persista en la mayoría de sus países; esto conlleva a que los niveles de desnutrición sean tema de preocupación y ocupación para los gobiernos latinoamericanos. Por ejemplo, en 2015, se alcanzó la meta del Objetivo uno de Desarrollo del Milenio (ODM) reduciendo de manera significativa la pobreza extrema y el hambre. (Organización Mundial de las Naciones Unidas, 2015).

A su vez, la desnutrición y el hambre son temas de los que aún no se ha podido dar una solución definitiva, se ha identificado que la prevalencia del sobrepeso y la obesidad han aumentado de manera significativa en un tiempo relativamente corto, afectando a la población en general, es decir, que es independiente de la posición social, económica, de la raza, edad o lugar de residencia (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia México, 2018).

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, la Organización Panamericana de la Salud, el Programa Mundial de Alimentos o el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia ([FAO, OPS, WFP, UNICEF], 2018) estiman que alrededor el 58 % de la población (cerca de 360 millones de personas) tiene sobrepeso, y que la obesidad afecta al 23 % (140 millones). Chile, México y Bahamas lideran con 63, 64 y 69%, respectivamente. Lo cual nos indica que el problema de salud que representa el sobrepeso y obesidad en nuestro país es bastante fuerte y merece especial atención de todos los profesionales de la salud.

1.2 La obesidad como problema de salud en México

En México la Secretaría de Salud (2013) considera a la obesidad como un problema de salud pública de carácter grave, por las cifras que ha alcanzado. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ([ENSANUT], 2016) indica que la prevalencia a nivel nacional de manera conjunta de obesidad y sobrepeso en población escolar (5-11 años de edad) es de 33.2%, mientras que en adolescentes (12-19 años de edad) el porcentaje es de 36.3% y en mayores de 20 años de edad alcanza el 72.5%. Debido a lo anterior, la Secretaría de Salud (2013) recomienda que los criterios para el control de esta enfermedad deben estar dirigidos a tres áreas específicas: la detección temprana, la prevención y un tratamiento integral. Para que un tratamiento integral se pueda llevar a cabo de manera adecuada, es fundamental la participación de diferentes profesionales de distintas áreas de la salud como enfermeras, nutriólogos, médicos especialistas, psicólogos, etc. (Da Costa & Trevizan, 2007).

1.3 ¿Qué es la obesidad y el sobrepeso?

El propósito del presente apartado es dar a conocer las diferentes definiciones de obesidad y sobrepeso, pues éstas son categorías que, aunque aparentemente tienen una relación, técnicamente son condiciones diferentes. Se pretende hacer un repaso de los tipos de obesidad que existen, además de especificar cómo se mide, además de los diferentes factores que la pueden originar.

La obesidad, es una enfermedad que presenta características heterogéneas, que tiene un origen multifactorial, complejo y que además en muchas ocasiones está acompañada de otras enfermedades físicas y/o psicológicas (Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad, 2000).

Castillo et al. (2014) afirman que la obesidad es un exceso de grasa corporal, que se ve reflejado por la desproporción que se observa entre la masa total del tejido adiposo en comparación con la de otros tejidos del cuerpo. La OMS (2018) define el sobrepeso como una acumulación anormal o bien una acumulación excesiva de grasa que resulte ser perjudicial para la salud de los pacientes. A su vez autores como López y Soto (2010) y Serra y Bautista (2013) definen a la obesidad como una enfermedad crónica, compleja y multifactorial que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia y que su avance se puede explicar por el desequilibrio que existe entre el gasto energético y la cantidad de calorías consumidas; involucrando factores genéticos y ambientales que conlleva a la acumulación excesiva de grasa corporal. También, se le ha descrito como una *“enfermedad sistémica, crónica y multicausal, no exclusiva de los países económicamente desarrollados, que involucra a todos los grupos de edad, de las distintas etnias y de todas las clases sociales”* (Barrera, Rodríguez, & Molina, 2013, p. 292).

Como podemos observar, hay diferencias en las definiciones, sin embargo, la mayoría de los autores coinciden en que la obesidad es una enfermedad causada por una gama de factores, entre ellos aquellos que se relacionan con el comportamiento (estilo de vida), mientras que el sobrepeso es definido como un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades o alteraciones tanto del tipo psicológico, en el ámbito social y el biomédico. Es entonces que el sobrepeso se entiende como cualquier peso que se exceda o esté por encima del ideal para la persona de acuerdo con las medidas antropométricas adecuadas. También puede decirse que este excedente de peso puede deberse no solo a la acumulación de grasa sino por la masa muscular producto de la realización de actividad física, esto nos indica que una persona puede estar sana o por lo menos no ser obesa y tener sobrepeso (Moreno, 2012).

1.3.1 ¿Cómo se mide esta enfermedad?

Para poder afirmar si la obesidad existe, el personal de la salud utiliza métodos directos, sin embargo, en ocasiones tiene que echar mano de métodos indirectos para poder valorar la cantidad de grasa. Debido a esto, se toman en cuenta diferentes indicadores para establecer si hay obesidad y de qué tipo, algunos de estos indicadores son el peso, la estatura, la circunferencia de la cintura, el grosor de pliegues cutáneos, etc. Puesto que tienen una correlación con los riesgos para la salud que están asociados al exceso de masa corporal (González, 2015).

El término antropometría proviene del griego *anthropos* que significa hombre y del vocablo *metrikos* que significa medida por lo que la asociación de ambos conceptos hace referencia al estudio cuantitativo de las características físicas del hombre. La antropometría es una categoría que engloba las mediciones de las variaciones en las dimensiones físicas y en la composición total del cuerpo humano (Valero, 2014).

Algunas de las medidas antropométricas más utilizadas según Kaufer y Toussaint (2008) son las siguientes:

Peso. Es la medida que tradicionalmente se utilizaba con mayor frecuencia para indicar si había obesidad o sobrepeso, se calcula mediante una tabla que contiene el peso ideal de una persona tomando en cuenta la talla o altura de las personas y se comparaba el peso de la persona con el ideal que la tabla indica de acuerdo a la estatura de la persona; se ocupa la siguiente fórmula: $\text{Peso real} \times 100 / \text{el peso ideal (de la tabla)} = \text{porcentaje de sobrepeso}$.

En donde, una persona tiene sobrepeso si está en un porcentaje que supere el 20% y es obesa si supera el 120% (Rabat & Rebollo, 2013). Asimismo, Russolillo, Astiasarán y Martínez

(2003) diseñaron su propia ecuación para determinar peso ideal como se muestra en la tabla

1. La ecuación toma en consideración la altura y la masa muscular.

Tabla 1.

Indicadores y fórmula para conocer el peso ideal

Para hombres:	$50 + 0,91 \times (A - 152,5)$
Para mujeres:	$45,5 + 0,91 \times (A - 152,5)$.

Nota: A = corresponde con la altura en centímetros. Así, un hombre de 174 cm tendría un peso ideal de 69,6 kg, extraído de la siguiente fórmula: $50 + 0,91 \times (174 - 152,5)$. A veces, en estos cálculos de peso ideal se suele permitir una corrección de +10 por 100 o -10 por 100 sobre el valor final, en función de si la persona tiene una complexión atlética o delgada, Adaptado de *Intervención dietética en la obesidad*, por G. Russolillo, I., Astiasarán, & J. A. Martínez, 2003, Pamplona: Eunsa, p. 68.

Sin embargo, en algún momento se percataron que ésta no era la medida más adecuada para determinar, puesto que hay quienes pesan mucho, pero tienen una gran cantidad de masa muscular y poca grasa en el organismo por lo que no se les considera obeso e incluso se puede considerar como un factor de protección en contra del desarrollo de esta enfermedad (Baile & González, 2013).

Circunferencia de cintura y cadera. Se estima con una cinta métrica o en el caso de que la persona presente un grado de obesidad severo se medirá la circunferencia mínima del abdomen en la zona media. De acuerdo con la Secretaría de Salud (2002) las medidas para considerar una circunferencia abdominal saludable son igual o menor a 80 cm en mujeres y menor o igual 90 cm en varones. Se considerará como elevado las medidas que sean mayores de 84 en mujeres y 93 en hombres, midiendo desde la espalda baja hasta el punto más amplio de la zona indicada.

Pliegues cutáneos. Este método consta de obtener una aproximación de la proporción de grasa corporal de un cuerpo, mediante la medición de los pliegues cutáneos, para poder realizarla, solamente es necesario un calibre antropométrico y la aplicación de una fórmula matemática. Se pueden encontrar diversas ecuaciones que utilizan para medir los pliegues cutáneos, así como diferentes versiones que dependen del número de medidas que se requieren, que son con regularidad tres o siete pliegues, como ejemplo de esto, encontramos la propuesta por Aristizábal, Restrepo y Estrada (2007) que se muestra en la tabla 2.

Tabla 2.

Ecuaciones de Jackson/Pollock para estimar la densidad corporal

$$\text{Densidad corporal (hombres)} = 1,10938 - 0,0008267 \times (\text{Suma 3 pliegues en mm}) + 0,0000016 \times (\text{Suma 3 pliegues})^2 - 0,0002574 \times (\text{Edad en años})$$

$$\text{Densidad corporal (mujeres)} = 1,099421 - 0,0009929 \times (\text{Suma 3 pliegues en mm}) + 0,0000023 \times (\text{Suma 3 pliegues})^2 - 0,0001392 \times (\text{Edad en años})$$

Nota: En el caso de las mujeres, los pliegues analizados son el tricipital, el supraespinal y el muslo medio anterior. Para hombres los pliegues cutáneos a medir son el pectoral, el abdominal y el muslo medio anterior, Adaptado de *Evaluación de la composición corporal en adultos sanos por antropometría e impedancia bioeléctrica*, por J. C. Aristizábal, M. T. Restrepo, & A. Estrada, 2007, *Biomédica*, 27, p. 220.

El empleo de éste método tiene dos caras, por un lado, la relativa facilidad para poder llevarla a cabo, por otro, que solamente es necesario un calibre antropométrico y una fórmula matemática para su realización. Los resultados obtenidos mediante ésta técnica son aproximados y pueden ser poco acertados al depender de la estructura corporal cambiante de paciente a paciente (Baile & González, 2014).

Índice de masa corporal (IMC). Es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se

calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²) (OMS, 2018).

Esta misma organización tiene una división específica para medir de manera adecuada tanto en niños como en adultos. El IMC es un buen parámetro del sobrepeso y la obesidad ya que es indistinta de sexo (en adultos) y edad, no obstante, se debe considerar como un valor aproximado debido a que el nivel de grosor puede variar. En primer término, está el caso de los niños, que difiere a la situación de los adultos en que para ellos sí se debe tomar en cuenta la edad; cuando se trata de niños con menos de cinco años, con más de dos desviaciones típicas por encima de la mediana se habla de que hay sobrepeso, y de obesidad cuando las desviaciones típicas son tres o más, esto de acuerdo con los patrones de crecimiento infantil de la OMS (2018). Para la población que se encuentra en el rango de edad de los cinco a los 19 años, el IMC con más de una desviación típica es considerado sobrepeso y con dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida se considera como obesidad. En segundo término, para los adultos, la OMS (2018) indica que para que se considere que una persona tiene sobrepeso su IMC debe ser igual o superior a 25 y para decretar que una persona es obesa el IMC debe ser igual o superior a 30.

1.3.2 Clasificación de la obesidad

Se pueden hallar algunos tipos diferentes de obesidad, en los que se toma en cuenta diferentes criterios para su clasificación, por ejemplo, la edad, la distribución anatómica, o los rasgos morfológicos. De acuerdo con Zárate, Basurto y Saucedo (2001) los tipos de obesidad se pueden clasificar en dos tipos; en primer término, por su origen, que a su vez se divide en exógena, que se produce por poca actividad física aunado al exceso de alimentación y por otro lado, la que se produce por problemas metabólicos, llamada endógena.

Por su parte, Rosales (2012) para poder clasificar las variantes de la obesidad toma en cuenta cómo se distribuye la grasa a lo largo del cuerpo y la divide en tres, descritas en la tabla 3.

Tabla 3

Clasificación de la obesidad con respecto a su distribución corporal

Tipos de obesidad		
Androide	Ginecoide	Mórbida
La grasa se concentra en la parte superior del cuerpo. El riesgo de padecer enfermedades relacionadas con órganos de esa zona es elevado con éste tipo de obesidad.	La grasa se encuentra en la parte inferior del cuerpo, desde el abdomen hasta las piernas, dándose con mayor frecuencia en mujeres, caso contrario al tipo androide.	Se da cuando el IMC excede de 40 kg/m ² , Afectando de manera grave al organismo completo. Es uno de los grados más extremos.

Nota: Adaptado de *Antropometría en el diagnóstico de pacientes obesos; una revisión*, por R. Y. Rosales, 2012, *Nutrición Hospitalaria*, 26, p. 1806.

De la misma forma, la OMS (2017) clasifica los grados de obesidad por medio del Índice de Masa Corporal (IMC), en la tabla 4 se puede observar dicha clasificación.

Tabla 4

Valoración del estado de salud a través de la clasificación del IMC

IMC	Clasificación	Valoración
> 50	Obesidad extrema (tipo IV)	Riesgo muy alto para la salud
40-50	Obesidad grave, mórbida (tipo III)	Riesgo alto para la salud
35-40	Obesidad elevada (tipo II)	Riesgo importante para la salud
30-35	Obesidad (tipo I)	Riesgo para la salud
27,5-30	Sobrepeso (grado II)	Riesgo para la salud
25-27,5	Sobrepeso (grado I)	Bajo riesgo para la salud
20-25	Peso normal o ideal	Sin riesgo para la salud
16-20	Bajo peso	Riesgo para la salud
< 16	Delgadez peligrosa	Riesgo alto-muy alto para la salud

Nota: IMC = Índice de Masa Corporal; > = mayor que; < = menor que, Adaptado de *Soporte nutricional en el paciente obeso crítico*, por A. A. Mesejo, A. M. García, & M. H. Martínez, 2010, *Nutrición Hospitalaria*, 3, P. 67.

1.4 Factores que la originan

La obesidad es una enfermedad que no tiene un sólo origen, es multifactorial, es decir, “para que se desarrolle o se presente ésta enfermedad tienen que conjugarse una serie de factores diferentes entre sí y de distintas dimensiones partiendo de lo biológico, pero tomando en cuenta, en gran medida, el aspecto social y psicológico (emocional, cognitivo, conductual, estilo de vida), los cuales han ido ganando importancia en el ámbito de la salud.” (Tusié, 2008, p. 1).

A continuación, se presentan algunos de los diversos factores relacionados con el desarrollo de esta enfermedad.

1.4.1 Ambientales o socioculturales

Continuando con la misma idea del apartado previo, se debe hacer notar que en la obesidad también intervienen factores socioculturales (Medina, Aguilar, & Sedeño, 2014). De acuerdo con la OPS (2017) en las últimas décadas se ha producido una serie de cambios en el acceso al bienestar en muchas sociedades occidentales que propician que haya un aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la región latinoamericana y el mundo. A continuación, se mencionan las principales problemáticas.

Extensión de la comida rápida

La gran presencia de la llamada comida chatarra o rápida en gran parte del mundo es uno de los factores que, por sus características de poco aporte nutritivo y aporte calórico en demasía, ha facilitado que el sobrepeso y obesidad (Rubio & Fontalba, 2016). Estos alimentos tienen en común que: contienen una gran cantidad de calorías aun cuando se consuman porciones de tamaño moderado, es más barata, aportan pocos o nulos nutrientes para el correcto funcionamiento del organismo, contienen una gran cantidad de sal, azúcar o grasas o en

algunos casos de las tres lo cual lleva a que la gente la perciba como más *rica* o *sabrosa*. Se puede conseguir y consumir más rápidamente. Luego entonces, la conjugación de las características de las que se acaba de hacer mención, es lo que permite explicar parte de la epidemia de obesidad (Oliva y Fragoso, 2013).

Como ejemplo de lo anterior, se presenta el estudio de Patterson, Risby y Chan (2012) quienes encontraron una alta correlación entre consumir comida rápida y tener sobrepeso o presentar obesidad, se halló que quienes la consumían todos los días y dos o más veces a la semana en el 10% y 50% de la muestra de 193 estudiantes de Londres, eran más obesos o tenían mayor peso con respecto a quienes tenían un menor consumo de este tipo de comida.

Poca actividad física

Hoy en día, los requerimientos energéticos por actividad física se han reducido, propiciando que se dé el desequilibrio energético, contribuyendo a la obesidad. Esta tendencia hacia el sedentarismo se manifiesta desde la infancia, por ejemplo, en los juegos o actividades del hogar en las que participan menos. Además, muchos trabajos requieren que las personas que los realizan deban hacerlo sentados aunado a que se transportan en su automóvil y en las grandes ciudades se sabe que las personas pueden pasar desde dos hasta cuatro horas en sus traslados a causa del tránsito (Baile & González, 2013).

Al respecto, existen investigaciones que dan evidencias de ello, donde se ha estudiado el tiempo que se dedica a conducir un vehículo a la semana, comprobándose que éste se relaciona directamente con el sobrepeso u obesidad, medidos a través del IMC y la grasa abdominal (Baile & González, 2013).

Otros factores medio ambientales

Otros factores que se suman a la lista de aquellos que pueden incidir para que las personas presenten esta enfermedad, al influir en su comportamiento son: el nivel educativo, las políticas públicas y reglas institucionales incluyendo las del hogar, el nivel socioeconómico, adaptación a culturas distintas, el estrés, el estilo de vida, la disponibilidad de alimentos en el hogar, escuela, propaganda comercial, ambientes en los que se desenvuelve el individuo y que tienen poderosas influencias sobre la conducta (Malo, Castillo, & Pajita, 2017; Mussini & Temporelli, 2013; Reséndiz & Sierra, 2014).

1.4.2 Psiquiátricos

Del mismo modo, los trastornos o alteraciones del tipo psiquiátrico son un factor para desarrollar obesidad. Existen investigaciones de que existe una alta correlación entre distintos trastornos psiquiátricos y la obesidad, es decir, la probabilidad de desarrollar esta enfermedad (obesidad) aumenta al padecer también un trastorno psiquiátrico (Reséndiz y Sierra, 2014; Villaseñor, Ontiveros & Cárdenas, 2006).

Posteriormente, gracias a las investigaciones recientes, se sabe que la relación es bidireccional o recíproca, es decir, no sólo el hecho de padecer algún trastorno psiquiátrico aumenta la probabilidad de desarrollar obesidad, sino que también la obesidad está vinculada de manera significativa a la aparición o desarrollo de algún trastorno del tipo psiquiátrico (Company, Sicilia, Rubio, & Fontalba, 2016; De las Cuevas, Ramallo, & Sanz, 2011; García 2017).

De acuerdo con Pagoto, Schineider, Appelhans, Curtin, y Haiduk, (2011) el desorden bipolar y el episodio depresivo mayor, son las alteraciones que se asocian con mayor frecuencia a la

obesidad, así como los desórdenes de alimentación, ansiedad, trastornos por déficit de atención y psicóticos.

1.4.3 Biológicos

Entre los elementos que contribuyen con el problema de la obesidad, encontramos los biológicos, que, a su vez, se dividen en dos; los primeros son factores que afectan a nivel metabólico, en segunda instancia están las alteraciones genéticas (Cadena, 2015).

Dentro de los segundos, encontramos el gen FTO, del cual se hará una breve descripción, puesto que hacer una revisión exhaustiva de cada uno de los genes o alteraciones metabólicas no es el fin del presente apartado. No obstante, dada la relevancia que ha ido adquiriendo en recientes años al ser uno de los genes con mayor prevalencia en pacientes con obesidad y relacionado con otras enfermedades que a su vez se relacionan con la misma obesidad como la diabetes mellitus de tipo dos y el síndrome metabólico, ya que se ha relacionado dicho gen con la obesidad en más de 2000 estudios publicados, siendo del que mayor evidencia se ha encontrado (Rodrigo, Soriano, & Merino, 2017).

Para tratar de dar una explicación, por lo menos una breve; se entiende que los genes definen los rasgos y características de las personas, dentro de los cuales podemos encontrar las enfermedades a las que las personas pueden ser propensas o susceptibles de desarrollar, es ahí donde otros factores como los ambientales o conductuales entran en acción, debido a que son estos los que determinan, regulan o modulan la mencionada propensión. Luego entonces, queda particularmente subrayado, que la probabilidad de que las causas sean puramente biológicas son de entre 30% y 40%, en otras palabras, el estilo de vida puede modificar la expresión del gen mencionado y de otros relacionados con la obesidad, la ciencia encargada

de estudiar esto se llama epigenética (Casanello, Krause, Castro, & Uauy, 2016; Gómez & Flores, 2015; Palacios, 2017; Rodrigo et al., 2017).

Esto quiere decir que, aun cuando la obesidad es una enfermedad causada por múltiples factores que pueden interactuar entre sí o por sí mismos pueden favorecer el desarrollo de ésta, se tienen muchas posibilidades de tratarla e incidir en ella y sus efectos en beneficio de la salud de los pacientes, al modificar esos factores comportamentales específicos.

1.5 Obesidad en estudiantes universitarios

Hoy en día no se tiene registro de cuántos son los universitarios que padecen obesidad en México, no obstante, la ENSANUT (2016) reportó que el 9.3% de la población son estudiantes de licenciatura o nivel profesional y 1% pertenecen a la normal de licenciatura. Ahora bien, tomando en cuenta que la población universitaria abarca un rango de edad entre los 18 y 55 años aproximadamente se tendrán que tomar en cuenta las categorías de adolescente y adulto, puesto que éste estudio dividió adolescentes 12-19 y adultos de más de 20, de los cuales se encontró que en la primera categoría de población, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 36.3% (IC95% 32.6, 40.1), y de manera desglosada, en cuanto al sobrepeso fue de 22.4% (IC95% 19.5, 25.6) y de obesidad de 13.9% (IC95% 11.4, 16.8). En cuanto a la categoría de adultos de más de 20 años, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 71.2% (IC95% 70.5, 72.1) en la ENSANUT 2012 y de 72.5% (IC95% 70.8, 74.3) en la ENSANUT 2016, encontrando una prevalencia más alta en mujeres en ambos casos.

En ese orden de ideas, el estudio realizado por Gómez, Galván, Aranda, Herrera y Granados (2018) tuvo como objetivo determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad y su asociación con antecedentes parentales de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e hipertensión arterial

sistémica (HAS) en universitarios de la Ciudad de México. Los autores trabajaron con una muestra de 1168 universitarios, de la cual encontraron una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad de 36.38%; por separado, 26.02% de sobrepeso y 10.36% de obesidad. La prevalencia de antecedentes paternos de DM2 y HAS fue 42.38%; no hubo diferencias importantes por sexo. Con esto concluyeron que los antecedentes familiares de DM2 y HAS están asociados a la presencia combinada de sobrepeso y obesidad, pero no diferencialmente.

Como otra muestra de la necesidad de atender la obesidad universitaria se retoma el estudio de Bojorges, Castillo y Jiménez (2013) quienes se plantearon como objetivo conocer la prevalencia de factores de riesgo de síndrome metabólico en una muestra de estudiantes de la Universidad Pablo Guardado Chávez de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México, los resultados indicaron que el 51 % presentaron algunos de los factores de riesgo de síndrome metabólico. El 35,26 % padece sobrepeso y el 15,80 % obesidad. El 78 % poseen antecedentes heredofamiliares de cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, dislipidemias, diabetes mellitus tipo 2 y obesidad. El 100 % de los obesos y con sobrepeso son sedentarios y poseen hábitos dietéticos no saludables.

De igual modo, Cardozo, Cuervo y Murcia (2016) determinaron en su investigación que la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue del 19,5% y 6,1%, respectivamente, aunado a una predisposición para el sobrepeso del 43,9% en la población estudiada (ligero sobrepeso), encontrando diferencias significativas entre mujeres y hombres siendo estos los más afectados por esta enfermedad.

Estas investigaciones dan cuenta de la urgencia por atender a la comunidad universitaria sin importar la zona o región donde se encuentre, pues no son pocos los estudiantes que viven con obesidad y sobrepeso. Las investigaciones mencionadas ilustran el problema y el reto

que enfrentan las autoridades de las universidades, quienes tienen la oportunidad de atender a su población de una manera específica, con estrategias y recursos con los que no se cuentan para la población en general.

1.6 Comorbilidades asociadas a la obesidad

Para que un tratamiento integral se pueda llevar a cabo de manera adecuada, es fundamental la participación de diferentes profesionales de distintas áreas de la salud como enfermeras, nutriólogos, médicos especialistas, psicólogos, etc. En este sentido, el papel de los psicólogos dentro del tratamiento de las enfermedades tanto infecciosas como crónico-degenerativas, y dentro de éstas; la obesidad, ha ido adquiriendo mayor relevancia con el paso del tiempo (García, 2017).

La manera en que el psicólogo se ve involucrado en la intervención de la obesidad tiene dos aristas: de manera general; “en cuanto a la modificación de conducta, es decir, desarrollo, incremento/decremento y mantenimiento de hábitos que contribuyan al éxito o la mejora de resultados para disminuir la obesidad en los pacientes y, por otro lado, de manera particular, en cuanto a las comorbilidades psicológicas que tienen relación con la obesidad.” (Amigo & Fernández, 2013, p. 51-55).

En primer término, está el sentido general del papel del psicólogo. Para poder dar una mejor explicación de la importancia que adquiere el trabajo del psicólogo dentro del área de la salud, es pertinente que se retome el concepto de salud precisamente, ya que éste ha cambiado de acuerdo a las circunstancias históricas, sociales, económicas, psicológicas, etc., puesto que en el pasado, la salud tenía como definición la ausencia de enfermedad y actualmente la OMS (2017) define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, esto quiere decir que la primera definición se ha quedado corta de acuerdo a las exigencias y

cambios de la humanidad, por lo que ahora se le dan una mayor importancia a aspectos de interacción; como es el estilo de vida (Soler, 2013).

En segundo término, se encuentran las comorbilidades psicológicas que se vinculan con la obesidad. La obesidad guarda relación con trastornos psicológicos tales como la depresión, la distorsión corporal, trastornos de ansiedad, poca valoración que tienen los pacientes consigo mismos y la calidad de vida, por decir algunas. Cabe aclarar, que el exceso de grasa en el tejido adiposo no es directamente el causante de las alteraciones psicológicas, se puede entender que una persona que tiene depresión tenga poca actividad física y lleve una vida sedentaria, así como alguien que experimenta ansiedad tienda a calmarla con episodios de atracones o en el caso de una persona obesa, debido al rechazo social se sienta poco satisfecha con su imagen corporal (Baile & González, 2013). Luego entonces, el papel del psicólogo radica en que es el único profesional con el respaldo teórico, metodológico y tecnológico basado en evidencia, capaz de evaluar, describir, predecir, controlar, modificar y mantener los comportamientos necesarios para la creación de los hábitos y estilo de vida saludables necesarios para combatir el sobrepeso y obesidad (García, García, Tapiero, & Ramos, 2012).

Así, por ejemplo, en una investigación realizada por De las Cuevas, et al. (2011) se halló que la probabilidad de que las personas que padecen depresión desarrollen obesidad, aumenta en 58% y a su vez, las personas con obesidad tienen un incremento de riesgo de 55% de padecer depresión. Asimismo, se llevó a cabo un estudio en el que se evaluó síntomas depresivos y autoestima en adolescentes canadienses, los resultados indicaron que los participantes con peso normal presentaban mayor autoestima y menos síntomas depresivos, con respecto a los participantes con obesidad (Baile & González, 2013).

1.7 Tratamientos para la obesidad y el sobrepeso

Uno de los retos más grandes para poder atender las enfermedades crónico-degenerativas, es brindar un tratamiento integral, por lo menos en México, ya que, por la falta de equipo e infraestructura adecuada, la falta de recursos humanos que además son poco capacitados, resulta en un obstáculo para abordar esta problemática. Es por esta razón que se ha creado una norma oficial, conocida como: *NOM-008-SSA3-2017, para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad*, en materia de salud (Secretaría de Salud, 2018).

El objetivo del presente apartado es hacer una revisión de aquellas estrategias de intervención que se han utilizado para tratarla. Actualmente se entiende y se destaca que la intervención que se desee realizar sea de tipo multidisciplinario, como respuesta al carácter multifactorial de la obesidad como enfermedad (Mustaca, 2004).

Sin embargo, no siempre se ha concebido de la misma forma, incluso hoy en día tampoco se ha adoptado este enfoque en todos los espacios donde es posible su aplicación, ya que la mayoría de los esfuerzos que se han hecho para disminuir los efectos de dicha enfermedad han sido de manera dividida, es decir, se han propuesto modelos de intervención sin ocuparse de la posibilidad de complementarse con algún otro u otros para aumentar el éxito (García, 2004).

1.7.1 Tratamiento nutricional (dieta y actividad física)

Como parte de las características que comparten todos los seres vivos, la nutrición es de suma importancia para el adecuado funcionamiento de los organismos, si se procura una nutrición óptima (aquella que combina actividad física frecuente y una dieta balanceada y suficiente). Aquella dieta que cumpla con estas características, ayudará en gran medida a que se consiga

un estado de salud óptimo, ya que interviene y previene la aparición de enfermedades crónico-degenerativas como la obesidad, y otras relacionadas, como la diabetes mellitus o enfermedades cardiovasculares (De Torres & Francés, 2007).

En cuanto a cómo se entiende la nutrición, la OMS (2018) la define como la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. De igual modo, de acuerdo con Hernández, Correa y Correa (2018), la nutrición se define como un conjunto de funciones armónicas y coordinadas entre sí, que tienen lugar en todas y cada una de las células e incluyen la incorporación y utilización, por parte del organismo, de la energía y materiales estructurales catalíticos, de los cuales dependen la composición corporal, la salud y la vida misma. Sin embargo, aunque es un proceso celular, de las funciones de la célula dependen las de los tejidos, órganos y las de los individuos, dado que el ser humano es un ser biopsicosocial, la nutrición no se reduce a un proceso biológico, sino que implica otros de tipo social y psicológico.

Para lograr la nutrición necesaria, hacen falta ciertas recomendaciones específicas, tanto para la dieta como para la actividad física. A continuación, se presentan algunas características que deben cumplir las dietas que contribuyan a la pérdida de peso, esto de acuerdo con lo propuesto por Salas, Sanjaume, Casañas, Solá y Peláez (2019):

1. La suma de las calorías ingeridas, debe ser menor a las que el organismo necesita para realizar sus funciones vitales para perder parte de las reservas de grasa.
2. Debe contener todos los grupos de alimentos con sus debidas porciones y proporciones.
3. Consumo suficiente de agua, o bebidas que no sean hipercalóricas, evitando así; bebidas alcohólicas y bebidas azucaradas como refrescos o jugos artificiales.

4. Evitar consumo de alimentos hipercalóricos, procurando consumir lácteos y demás productos que sean bajos en grasa.
5. Emplear al menos 25 minutos para todo el proceso de alimentación.
6. Emplear modos de cocina como horneado, asado y al vapor, evitando los alimentos fritos.
7. Que sea suficiente para saciar el apetito y variante para que cumpla con los gustos de las personas.

Por otro lado, la OMS (2018) indica a la población en general que, para prevenir y evitar el desarrollo de sobrepeso y obesidad, se debe realizar actividad física que cumpla con las siguientes recomendaciones para diferentes grupos de edad:

- Para los niños y jóvenes de un rango de 5 a 17 años
 1. Acumular un mínimo de 60 minutos diarios de actividad física moderada o vigorosa.
 2. La actividad física por un tiempo superior a 60 minutos diarios reportará un beneficio aún mayor para la salud.
 3. La actividad física diaria debería ser, en su mayor parte, aeróbica. Convendría incorporar, como mínimo tres veces por semana, actividades vigorosas que refuercen, en particular, los músculos y huesos.
- Para los adultos de 18 a 64 años
 1. Los adultos de 18 a 64 años deberían acumular un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada, o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa cada semana, o bien una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.
 2. La actividad aeróbica se practicará en sesiones de 10 minutos de duración, como mínimo.

3. Que, a fin de obtener aún mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo de edades aumenten hasta 300 minutos por semana la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien hasta 150 minutos semanales de actividad física intensa aeróbica, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.
4. Dos veces o más por semana, realicen actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares.

El énfasis de este tipo de tratamiento, se encuentra en el balance negativo del consumo de energía, esto quiere decir, en pocas palabras, que se busca que haya un mayor gasto de energía con respecto a la que se consume a través de los alimentos (mediante actividad física y dieta), esto se puede sustentar en que se sabe que el depósito de energía en el cuerpo es la grasa corporal. Esto para poder conseguir la pérdida del material graso, mediante dos acciones primero; el peso ideal de la persona y segundo; poder mantenerlo por medio de la adquisición del hábito de una alimentación balanceada (Guillamón, 2015). Sin embargo, este tratamiento está rodeado de ciertos mitos u obstáculos que limitan su éxito, por ejemplo, creer que en pocos días se conseguirán resultados significativos o que existen alimentos o remedios que pueden acelerar la pérdida de peso, fomentando así, la idea de que es mejor una solución fácil y rápida que un mantenimiento de comportamientos que conllevan esfuerzo y tiempo (Murillo & Pérez, 2017).

1.7.2 Médico-farmacológico

Es necesario recalcar que, definitivamente, no existe algún tipo de fármaco o medicamento que anule, elimine o reduzca de manera total, por sí mismo, aspectos como la saciedad, el apetito o los depósitos de grasa acumulados en el tejido adiposo (Tamargo, 2016).

Es así, que el uso de los fármacos está sujeto a dos condiciones, en primer lugar; como auxiliares dentro de otros tratamientos, y en segundo lugar, cuando otros tratamientos no han alcanzado el nivel de éxito deseable por sí solos y se debe recurrir a un tratamiento integral. Entonces, quienes ofrecen fármacos para tratar la obesidad como única alternativa o como la más eficiente, no sólo está mal informando, sino también está promoviendo ideas erróneas, que representan que “los tratamientos que conllevan una inversión de tiempo y esfuerzo considerable sean más tortuosos para el paciente que cree que el esfuerzo y el tiempo será mínimo para alcanzar su peso ideal.” (Madrirdejos & Robert, 2017, p. 9).

Otro aspecto que es relevante dentro del tratamiento farmacológico enfocado a la reducción de la obesidad, es que no todas las personas son aptas para este tipo de tratamiento, es decir, deben de tener un IMC >30 , también se considera que si tiene otras comorbilidades o factores de riesgo relacionados con la obesidad, son aptos al uso de fármacos a partir de un IMC >27 .

De acuerdo con Tamargo (2016) existen tres tipos de medicamentos y se clasifican por su función, aunque no existe un medicamento que cumpla con las tres condiciones, las funciones principales son:

- a) Los que reducen la ingesta de alimentos mediante la disminución de apetito o aumento de la sensación de saciedad con menor cantidad de alimento.
- b) Los que aumentan el gasto energético.
- c) Los que reducen la absorción de nutrientes

De estos, de acuerdo a los datos reportados, los medicamentos con mayor eficacia para el tratamiento de la obesidad son el Orlistat y la Sibutramina con un impacto de disminución de

entre 7% y 10%, que tienen la función de reducir el apetito y que el tracto digestivo absorba grasa en menor medida; respectivamente (García & Horak, 2008; Londoño, 2017).

Finalmente, no es recomendable que se pretenda utilizar fármacos como tratamiento único, debido a que esto traerá consigo una serie de desventajas dentro de las que se encuentran las siguientes: la eventual recuperación del peso perdido, adicción a algunos de ellos, las contraindicaciones típicas de los medicamentos y en algunos casos el costo puede ser alto para las personas.

Se recomienda el uso de medicamentos dentro del tratamiento para la reducción de la obesidad siempre y cuando, sea dentro de un tratamiento de tipo multidisciplinario, en el que es fundamental que haya una dimensión que se ocupe de la modificación del comportamiento, es decir; en el estilo de vida, que abarca la actividad física, la alimentación, así como creencias y pensamientos acerca de la enfermedad (Londoño, 2017).

1.7.3 Quirúrgico

El tratamiento quirúrgico o bariátrico de la obesidad es definido como una cirugía compleja, no exenta de complicaciones cuyo objetivo no es alcanzar un peso ideal ni curar la obesidad, sino reducir significativamente las comorbilidades asociadas y mejorar el bienestar de los pacientes. Por tanto, este tipo de intervención se reserva para casos especiales, en los que el paciente ha desarrollado obesidad mórbida con un $IMC \geq 40$, eso por un lado y por otro, en casos en los que las complicaciones para la salud de la persona son muy graves a causa de comorbilidades asociadas (dislipidemias, diabetes mellitus, cardiopatía coronaria, hipertensión arterial, apnea del sueño, entre otras), aun cuando no se trate de obesidad mórbida (Argüello & Zúñiga, 2016; Krauss & Frigerio, 2016).

Por otro lado, los criterios de exclusión, es decir, características para considerar que una persona no es apta para someterse a la cirugía, son:

- Que presenten alguna adicción como al alcohol, fármacos o drogas.
- Un historial de poca adherencia a tratamientos médicos anteriores de cualquier tipo.
- Y que presenten algún trastorno de psiquiátrico tales como depresión severa no tratada, trastornos de la personalidad o esquizofrenia (Argüello & Zúñiga, 2016).

Las especificaciones de cada procedimiento, provoca que se les clasifique de la siguiente forma:

- Procedimientos mal absorbivos: Consiste en reducir el tamaño o longitud del intestino
- Procedimientos restrictivos: Cuyo objetivo principal es provocar saciedad con porciones pequeñas de comida, disminuyendo las calorías ingeridas
- Procedimientos mixtos: Combina los procedimientos mal absorbivos, para incrementar el margen de éxito en comparación a cuando se hace por separado. (Krauss & Frigerio, 2016, p. 4)

Por último, se puede afirmar que la ventaja más grande propia de los métodos quirúrgicos en comparación con otros tratamientos, es el mantenimiento de la reducción del peso a través del tiempo, sin embargo, como ya se explicó, “no es una intervención que sea apta para cualquier paciente, por lo cual las acciones dirigidas a tratar el sobrepeso y la obesidad deben estar enfocadas en el tratamiento integral que influya el estilo de vida de las personas.” (Papapietro, 2012, p. 193-194).

1.7.4 Tratamiento Psicológico

En psicología existen diferentes escuelas de pensamiento: conductual, cognitiva, neurociencias, cultural, sistémica, humanista, etc. (Garduño, 2002), que se traducen en enfoques y programas de investigación, las cuales, están compuestas por un cuerpo teórico, metodológico, filosófico que las sustentan, de modo que, al tener orígenes diferentes, las vuelve incompatibles e incluso mutuamente excluyentes. “Estas corrientes son las que dan un sustento de abordaje a las distintas áreas en las que la psicología participa; clínica, consumo, laboral, educación, salud, entre otras.” (Álvarez, Molina & Bernal, 2013, p. 47-48).

Ahora bien, por sus aportes, el enfoque cognitivo conductual ha demostrado tener muy buenos resultados en las intervenciones hechas en las distintas áreas (Lafuente, 2011; Tortella et al., 2016). En cuanto al tratamiento psicológico de la obesidad y el sobrepeso se refiere, es pertinente que se hable de los objetivos del área psicológica de la salud.

Uno de los intereses fundamentales de la psicología de la salud, “es la comprensión de las condiciones o factores psicológicos que inciden en la salud de la gente, así como la promoción de comportamientos, diseño de estrategias, técnicas y tratamientos con el fin de ayudar a que las personas estén saludables.” (Oblitas, 2008, p. 222-223). Los psicólogos expertos en el área, estudian las causas y componentes psicológicos que intervienen en las enfermedades, que abarca desde su prevención; para poder evitarla, como su tratamiento para poder controlarla en la medida posible (Díaz, 2010).

El objetivo principal que se desea conseguir con esto, es que los pacientes aprendan a adaptarse de una manera funcional a su padecimiento, por ejemplo que se apeguen o adhieran en mayor medida a su tratamiento, por medio del aumento y promoción de habilidades y

creencias que permitan conformar nuevos hábitos como la práctica de algún deporte o ejercicio de manera frecuente así como procurar llevar una buena alimentación, con esto se combate y disminuye conductas poco apropiadas para el objetivo planteado (combatir los efectos de la enfermedad), como lo son el sedentarismo y una mala alimentación, causantes comportamentales de la obesidad y sobrepeso. Así, una vez conseguido esto se podrá hablar de un cambio en el estilo de vida (Oliva & Fragoso, 2013).

Con esto, podemos ubicar que existen diferentes ámbitos para intervenir en la obesidad desde la psicología, los cuales, de acuerdo con Saldaña, Del Castillo y García (2015) son:

- *Prevención:* Se pretende promover el establecimiento de hábitos saludables, además de ayudar a que la gente sepa cómo transmitir y modelar dichos hábitos para evitar que aparezca el padecimiento.
- *Tratamiento directo:* Es para personas en las que la obesidad o el sobrepeso ya está afectando su salud, el objetivo es modificar el estilo de vida por medio de adquirir hábitos más sanos y sustituir por los que no lo son (reducir el sedentarismo y aumentar la práctica de ejercicio físico, así como controlar la cantidad y tipo de alimentación).
- *Tratamiento alteraciones psicológicas relacionadas con el padecimiento:* En paralelo a un tratamiento de tipo psicológico, médico o hecho desde la nutrición, en este ámbito se interviene en las alteraciones psicológicas que pudieran ser concomitantes al problema de peso, como los problemas de depresión, autoimagen, hasta los problemas de pareja, etc.
- *Tratamiento mixto:* Este tipo de tratamiento sucede cuando otros tratamientos que no son psicológicos (como; farmacológicos), pueden beneficiarse de intervenciones psicológicas coadyuvantes, dando lugar a un tratamiento multidisciplinario o hasta integral.

El tratamiento cognitivo conductual (TCC) abarca, junto a los componentes cognitivos propios de esta terapia, unos procedimientos comportamentales que se asemejan en algunos aspectos con los de la terapia de conducta (Lafuente, 2011; Páliz, 2017).

De acuerdo con diversos autores (Baile & González, 2013; Casado, Camuñas, Naviet, Sánchez, & Vidal, 1997; Díaz, 2010; Lafuente, 2011; Reséndiz & Sierra, 2014; Oliva & Fragoso, 2013 y Páliz, 2017) existen diversas técnicas y estrategias propias del TCC dentro de las que destacan:

- *Técnicas y terapias:* automonitoreo, control de estímulos, solución de problemas, activación conductual, técnicas de relajación, prevención de recaídas, entrenamiento en habilidades sociales, terapia cognitiva, y terapia de aceptación y compromiso.
- *Focos de trabajo:* autoimagen y autopercepción; es decir, qué actitud se adopta ante las críticas, valoración de las fortalezas, desarrollar el sentido de autoeficacia, imagen corporal y refuerzo de logros.
- *Seguimiento y evolución:* consiste en, entrenar para prevenir alguna recaída posible, hacer reevaluación y monitoreo de cambios producidos y mantenidos.

Cada una de las técnicas empleadas para el control de la obesidad y la reducción de peso, conforman un esquema de automanejo de la ingesta, la actividad física y la prevención de otros comportamientos de riesgo asociado, motivo por el cual es fundamental que se generen estrategias que generen en el individuo la percepción de autoeficacia tema central del siguiente capítulo.

Estilo de vida

Antes de ahondar en los aspectos específicos del siguiente capítulo, es menester aclarar que el análisis del estilo de vida (EV) se realiza con el interés de identificar relaciones entre los hábitos de las personas, sus condiciones de vida y su salud.

Como ya se ha hecho mención en el capítulo anterior, el concepto de salud se ha modificado a través del tiempo, de acuerdo con la OMS (2017) la salud es considerada como un estado de completo bienestar físico, mental y social y es ahí, donde el estudio del estilo de vida de las personas ha alcanzado gran peso, ya que la literatura en este campo ha demostrado que la incidencia o relación que existe entre los EV y ciertos comportamientos relacionados al estatus de la salud (buena o mala) es muy cercana. En pocas palabras, la salud se ve impactada por los EV y la meta del presente capítulo es explicar cómo, además de señalar cuáles son las consecuencias que se generan con los diferentes EV, haciendo una revisión de sus conceptos básicos relativos a este renglón de investigación.

2.1 Definición de estilo de vida

A continuación, se presentarán algunas definiciones de los que son los EV que se hallan en la literatura, ya que los EV pueden ser definidos desde diferentes perspectivas y ámbitos y esto puede ocasionar que se encuentren algunas diferencias o incluso podría desarrollarse una definición que podría ser referida con otras palabras o términos, de manera indistinta, como: costumbres y prácticas, forma de vida o hábitos de las personas.

En primer lugar, se encuentra una definición de los EV desde la disciplina sociológica a través de la perspectiva de Bourdieu (1999) quien al trabajar distintos enfoques de la sociología, llegó a la conclusión de que las formas de obrar, pensar y sentir que están

originadas por la posición que una persona ocupa en la estructura social se le llama *habitus*; es éste elemento el que ocasiona que personas de un mismo estatus y nivel social o socioeconómico, compartan un mismo estilo de vida, es decir comparten y se aprenden y enseñan entre sí prácticas, lenguaje, gestos, gustos, etc. Es decir, que desde ésta concepción, se piensa que las variables sociales son las que determinan que un individuo adquiera y mantenga un tipo específico de estilo de vida.

Una forma de vida se basa en patrones de comportamientos identificables, determinados por la interacción entre las características individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida; socioeconómicas y ambientales; en otras palabras dinámico y adaptativo. Se añade que el estilo de vida está basado en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales, los cuales en algunas ocasiones son favorables y otras nocivas para la salud. El predominio de unos componentes y la escasa manifestación de otros conformarán uno u otro estilo. Estos ámbitos del ser humano, no son otros, sino que, las grandes dimensiones de la vida (De la Torre y Tejeda, 2007; OMS, 2017; Perea, 2004).

Por otro lado, para Muñoz y Uribe (2013) el EV involucra un conjunto de decisiones que las personas toman en su vida cotidiana y que afectan su salud, teniendo más o menos control sobre tales decisiones, de modo que el estilo de vida saludable se ha entendido como el conjunto de estos patrones de conducta relacionados con su salud, de ahí que cobra relevancia para la presente investigación, puesto que de acuerdo al contexto, las opciones pueden ser variadas y a partir de éstas se elegirán algunas que mejoren, o por el contrario, afecten de

forma negativa a la salud. Por lo que la toma de decisiones, con respecto a las opciones del contexto, pueden ser modificadas en algunos casos.

Una vez que se ha desglosado la explicación del concepto, se pueden encontrar dentro los EV, dos categorías para clasificar conductas específicas; en la primera se encuentran los comportamientos que promueven y mantienen la salud y la calidad de vida y por otro lado, se hallan aquellas conductas que son contrarias a las que pertenecen a la primera categoría, es decir, las que pueden limitar o condicionar la salud, resultando perjudiciales para la misma, teniendo así, como efecto la reducción en la esperanza de vida de las personas. A estos comportamientos y componentes se les da el nombre de factores de protección y riesgo respectivamente (Leyton, Valdés, & Huerta, 2017).

2.2 Factores de riesgo y protección en el estilo de vida

El estilo de vida puede estar moldeado por comportamientos que conducen a la salud. Estos están continuamente sometidos a interpretación y a prueba en distintas situaciones sociales, no siendo, por lo tanto, fijos, sino que están sujetos a cambio. El estilo de vida individuales, caracterizados por patrones de comportamiento identificables, pueden ejercer un efecto profundo en la salud del individuo y en la de quienes lo rodean.

Si la salud ha de mejorarse permitiendo a los individuos cambiar su estilo de vida, la acción debe ir dirigida no solamente al individuo, sino también a las condiciones sociales de vida que interactúan para producir y mantener estos patrones de comportamiento. Sin embargo, hay que reconocer que no existe un estilo de vida “óptimo”, dicho en otras palabras, perfecto; al que puedan adscribirse todas las personas. El nivel socioeducativo, la estructura familiar,

la edad, la aptitud física, el entorno medioambiental y laboral, harán más atractivas, factibles y adecuados determinados comportamientos y formas de vida (OMS, 1998).

Las condiciones de vida son el entorno cotidiano de los individuos, dónde éstos viven, actúan y trabajan. Estas condiciones de vida son producto de las circunstancias sociales y económicas, y del entorno físico; todo lo cual puede ejercer impacto en la salud, estando probablemente en buena medida fuera del control inmediato del individuo (OMS, 2017).

Acción que se inscribe en parte de lo planteado en la Carta de Ottawa, donde se sugiere crear ambientes favorables para la salud, basados en la premisa de mejorar y cambiar las condiciones de vida para coadyuvar en mantener y mejorar la salud (Asociación Canadiense de Salud Pública, 1986).

En los países desarrollados existe la paradoja de que la mayoría de las enfermedades son producidas por el estilo de vida de la población, no obstante, “los recursos destinados a la salud, se orientan a atender y cuidar la enfermedad, en lugar de destinar más recursos económicos en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades (dimensiones del estilo de vida).” (Guerrero & León, 2010, p. 17).

El conocimiento de tales factores (condiciones de vida y situaciones cotidianas del individuo, como trabajo, escuela, hogar, nivel educativo, económico, etc.), permitiría la iniciación de acciones preventivas orientada a evitar los riesgos físicos, psicológicos y sociales relacionados con el desarrollo de las enfermedades en general y el sobrepeso y obesidad en particular. (Leyton, et al., 2017; Marchionni, Caporale, Conconi, & Porto, 2011)

Es necesario incluir los factores de riesgo y protección como elementos relevantes a la hora de explicar las conductas que originan y mantienen que una persona tenga sobrepeso u obesidad, o en caso dado, que impiden una disminución de los niveles de grasa corporal y tejido adiposo en el cuerpo, en los pacientes que ya están dentro de algún tratamiento. Más aun sabiendo que los cambios relacionados con la salud de los individuos, tales como la ingesta de alimentos y la actividad física, ocurren como resultado del cambio en los mediadores de ese comportamiento, (Martínez, 2012).

2.2.1 Factores de riesgo

Los factores de riesgo se definen como la característica o cualidad de un organismo o comunidad, que aumenta la probabilidad de aparición de un daño o problema para la salud (Espinel, Mejía, Fajardo, Pérez, & Núñez, 2015).

Asimismo, Laespada, Iraurgi y Aróstegi (2004) conceptualizan a los factores de riesgo como una característica del individuo o de su medio, cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición de que se produzca un determinado fenómeno.

Por otro lado, los factores de riesgo también han sido definidos por Maceira y Espinola (2017) como aquellos que incrementan la probabilidad, de que un problema de comportamiento se produzca en un momento posterior en la vida de una persona, sin que la presencia de dicho factor garantice un resultado negativo de forma inevitable. Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumenta su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más notables cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene (Leyton, et al., 2017; OMS, 2018).

De acuerdo con Méndez, Álvarez, Sánchez, Puig-Nolasco y Puig-Lagunes (2019) estos factores se clasifican en:

- *Individuales*; los cuales se refieren a antecedentes, tales como abuso de sustancias, deficiente control de impulsos, algún tipo de necesidades educativas especiales o discapacidad, la edad, el repertorio conductual, los recursos sociales de que dispone, las actitudes, los valores, autopercepción, etc., los cuales dotan de individualidad al paciente.
- *Los interpersonales o relacionales*; son aquellos relativos al entorno más cercanos de la persona. La interacción específica de cada sujeto con la familia, los amigos y el contexto escolar determina una situación, por ejemplo: con la inadecuada comunicación familiar, los conflictos en hogar, escuela y/o trabajo, apego deficiente, estilos de crianza negligentes, bajo compromiso en general, autoexclusión y problemas con las habilidades sociales.
- *Los ambientales*; hacen referencia a un entorno social más amplio. La estructura económica, normativa, la accesibilidad a los alimentos procesados o chatarra, el rechazo social, así como las costumbres y tradiciones, las cuales imprimen características que diferencian a unas culturas de otras y por tanto afectan a la conducta del individuo. Como ejemplo, encontramos a la pobreza, largas jornadas de trabajo, la distancia entre la escuela o lugar de trabajo y el hogar, privaciones económicas, entre otros.

Se debe tomar en cuenta que no es necesaria la presencia de todos los factores para generar la condición de vulnerabilidad, de la misma forma que la aparición de uno de ellos no determina necesariamente la ocurrencia de la misma de forma causal, sin embargo, al

tener carácter probabilístico entre más factores estén presentes mayor será el riesgo. Los factores de riesgo interactúan entre sí, empero, no es condición necesaria la ocurrencia de los mismos factores en personas con el mismo padecimiento, debido a la variedad y la configuración particular de circunstancias personales y sociales. Esta variedad de factores pone de manifiesto la contemplación de las enfermedades crónico-degenerativas, en general, como resultado de una amplia gama de factores bio-psico-socio-culturales (Méndez, et al., 2019).

Para dar conclusión a la revisión de este tipo de factores es necesario decir, que poseer el conocimiento del riesgo o de la probabilidad de que se presenten futuros problemas de salud, brinda la oportunidad de anticiparse a las problemáticas causadas por el sobrepeso y la obesidad, así se podrá dar una atención adecuada y oportuna a fin de evitar o modificar esa eventualidad y conseguir una prevención efectiva, (Herrera, 1999).

2.2.2 Factores de protección

Se les denomina factores protectores a aquellos atributos que posee el organismo que tienen el fin de llevar una vida con mayor bienestar, reduciendo los efectos negativos de la exposición a riesgos, así como la condición situacional, ambiente o contexto que reduce la probabilidad de ocurrencia de un comportamiento problemático (Aguilar & Acle, 2012; Laespada, et al., 2004; OMS, 1998). Existen tres factores de protección que controlan el desarrollo de los comportamientos antisociales: “los lazos sociales (adhesión y compromiso con la familia, las escuela y los compañeros), las coacciones externas (normas e influencia de rechazo y aceptación social) y las habilidades sociales (poseer estrategias de solución de problemas para afrontar asertivamente las situaciones y resistir las presiones a la transgresión de normas).” (Laespada, et al., 2004, p. 27). Además de éstos, la posesión o el desarrollo de

características contrarias a las mencionadas como factores de riesgo actuarían protegiendo al sujeto. De este modo, “un buen nivel de autoestima, un adecuado autocontrol emocional, la cohesión y comunicación familiar, el apego a un grupo de referencia positivo, etc. favorecen al paciente frente a la enfermedad.” (Aguiar & Acle, 2012; Laespada, et al., 2004, p. 27).

Otra variable que actúa a favor del sujeto es la percepción de éste acerca del riesgo que conlleva la mala alimentación y la falta de actividad física. La decisión de no llevar una dieta balanceada y hacer algún tipo de actividad física o no hacerlo, está mediada por el balance que efectúan las personas acerca de los costos y beneficios que supone hacerlo, dejarlo de hacer o llevar a cabo las conductas o situaciones contrarias (factores de riesgo). En este sentido, aquellas personas que perciban a la obesidad y el sobrepeso, como una pérdida de la salud, así como quienes perciban que un estilo de vida saludable como el determinante de mantenerla, presentarán, en menor medida, conductas de riesgo y en mayor, de protección (Laespada, et al., 2004; Véliz, 2017).

La revisión bibliográfica específica de estos factores nos enfrenta al hecho de que son menos los estudios relativos a las características o variables que actúan protegiendo a la población de las enfermedades y padecimientos. El estudio de estos factores representa un avance hacia la acción preventiva ya que permitiría actuar en torno a ellos, potenciando y reforzando todas las características posibles del tipo individual, así como los factores y condiciones sociales que favorecen que la obesidad y sobrepeso no se manifiesten en el organismo.

Si se quiere precisar conceptualmente la construcción del EV, es provechoso remitirse al análisis realizado en un trabajo clásico de la medicina preventiva, en el que se clasifican los determinantes de la salud en cuatro grupos:

- El aspecto biológico (envejecimiento, herencia genética).
- Medio ambiente físico y social (contaminación, pobreza, exclusión).
- Hábitos (consumo de drogas, actividad física, alimentación, entre otros).
- Sistema de asistencia sanitaria (calidad, accesibilidad, entre otros).

Estos cuatro grupos están interconectados, condicionan la salud ya sea en sentido favorable o desfavorable (Véliz, 2017).

Dentro de la literatura, no es fácil encontrar una definición aceptada internacionalmente sobre estilo de vida saludable, por un lado, se entiende como un conjunto de patrones conductuales que poseen repercusiones a favor de la salud de las personas, comportamientos que disminuyen los riesgos de enfermar, tales como un adecuado control y tratamiento de las tensiones y emociones negativas, un buen régimen de ejercicios, sueño y distracción, una correcta distribución del tiempo, entre otros, es decir, que un EV que sea saludable, es aquel en el que la influencia mayor son los factores de protección (Grimaldo, 2012; Véliz, 2017). En síntesis, el llevar un estilo de vida saludable es una conducta que apunta a disminuir los factores negativos que pueden desencadenar la presencia de ciertas enfermedades.

2.3 Estilo de vida de los universitarios

Cuando se habla estilo de vida, existen diferentes dimensiones, una de ellas es la de la salud, en la que específicamente se hace referencia al alcance que tienen la presencia o ausencia de comportamientos específicos y cómo eso, conforma factores de protección o riesgo para la misma, de acuerdo al caso de cada persona.

Ahora bien, en el campo de la salud, existe una área de atención de acuerdo a la edad de su población, por ejemplo; pediatría (infantil) o geriatría (adultos mayores), asimismo, existen

los adolescentes y jóvenes, los cuales tienen un estilo de vida que se ha relacionado con problemas de salud y sociales importantes, como son paternidad a corta edad, abortos, enfermedades de transmisión sexual así como la transmisión del virus del VIH; dentro de todos ellos podemos encontrar trastornos alimentarios, por un lado la anorexia y la bulimia, que en pocas palabras, se presentan cuando hay una disonancia entre la imagen que la persona tiene de sí misma y su verdadero aspecto, es decir la percepción que las personas tienen está distorsionada, así que con el fin de mantener un cuerpo delgado, las personas llegan al grado de no consumir alimentos o vigilar con extrema precaución los alimentos ingeridos o de provocarse el vómito después de alimentarse. En contraste, encontramos otros problemas en ésta población, que se caracterizan por el sedentarismo y una dieta deficiente en nutrientes. Estos problemas causados por sus prácticas, incapacidades, accidentes, trastornos típicos de la edad, (Vidal, 2015).

Como consecuencia de esto, se ha observado en el largo plazo, un aumento en la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas dentro de esta población que se relaciona de manera directa con el estilo de vida poco saludables o con presencia de factores de riesgo (ONU, 2010).

Ahora bien, en México la población joven es la que predomina en todo el territorio nacional de acuerdo con la Encuesta Intercensal (EI) que el Instituto Nacional de Estadística y Geografía ([INEGI], 2018) realizó en 2015, el porcentaje de los jóvenes con respecto a la población total corresponde a 25.7% (30.6 millones) en edades entre 15 a 29 años.

Dentro de esa población y sus problemáticas de salud ya descritas, se encuentran los universitarios, que pueden considerarse como una subpoblación de los jóvenes mexicanos, pues no todos son estudiantes de este nivel, sin embargo, no están exentos de que presenten

enfermedades crónicas o padecimientos relacionados; en especial los que son de interés para el presente trabajo: obesidad y sobrepeso. Luego entonces, se hace necesario que contemplemos el estilo de vida que tienen (y siguen desarrollando para su adultez) los jóvenes universitarios.

Debido a que hay un período previo a la consecución completa de la adultez la cual comprende el período de edad entre 18 y 25 años, diferenciado de la adolescencia y la adultez joven, un período que se caracteriza por la exploración de las diversas áreas de la vida personal y laboral en que todavía no se han asumido las responsabilidades del adulto, lo cual podría aumentar la probabilidad que al final de este período la persona pueda tomar decisiones esenciales para su futuro, la identidad no se termina de organizar en la adolescencia sino solo al final de esta etapa; es decir, antes de pasar a la adultez. Esto es, debido a que en este período de la vida los factores que se presentan son mayor en número y gravedad, como el sexo sin protección, el consumo de drogas o el conducir el coche a alta velocidad, o bebido, que se relacionan con un estilo de vida poco sanos (Grimaldo, 2012).

Entonces, si el estilo de vida en universitarios está configurado por una serie de conductas de riesgo para padecer obesidad o sobrepeso, es debido hacer una revisión de estas desde una perspectiva más cercana y sustentada de manera empírica. Como ejemplo, Grimaldo (2012) estudió el estilo de vida saludable en una muestra de 2,659 estudiantes mexicanos, con edades entre 18 a 24 años, los resultados mostraron que 23% de la población estudiada tenía sobrepeso y 6% obesidad; la distribución de grasa corporal de los estudiantes fue normal en la mayoría de los participantes; en el último año, 38,8% refirió haber intentado perder peso; 18,3% reportó fumar entre uno y cinco cigarrillos al mes, 45% entre uno y cinco a la semana, 28,3% entre uno y cinco al día y 68% entre seis y diez al día. En cuanto al consumo de alcohol, 22,6% reportó consumirlo frecuentemente, y en cuanto a las drogas, 31 participantes

reportaron consumir drogas de manera frecuente. En relación con la sexualidad, nueve de cada diez utilizaban algún método anticonceptivo en sus relaciones sexuales.

En lo que respecta al tipo de dieta y cómo la consumen de los universitarios Sánchez y Aguilar (2015), dejan en claro que la alimentación debe reunir ciertas características para que pueda considerarse adecuada, a saber: la dieta; que debe ser equilibrada, suficiente y adaptada (característica que puede pasarse por alto) a las necesidades de cada etapa de la vida, lo cual, contribuye a la prevención de enfermedades. Señalan que en estudiantes universitarios se observa un distanciamiento de los patrones alimentarios saludables, ya que no siempre su dieta suele ser suficiente para cubrir las necesidades nutricionales. Los resultados que obtuvieron de una muestra de 1399 estudiantes, indicaron que el 20% omitía el desayuno dando mayor importancia a la comida y cena, además, su patrón dietético mostró un consumo excesivo de carnes rojas (84%) y un consumo deficiente o muy deficiente de verduras (39,8%), cereales (92,6%) y frutas (73,9%).

En otro estudio, realizado por Lorenzini, Betancur, Chel, Segura y Castellanos (2015) la muestra seleccionada fue de 89 estudiantes hombres y 89 mujeres, se encontró que el consumo de alimentos sólo contaba un espacio de tiempo de entre los 10 y 20 minutos en un 55.9% de los encuestados y se gastan en promedio entre \$20 y \$50 en un porcentaje de 71.8% de la muestra, lo cual se asoció a sobrepeso y obesidad. En general, el IMC del 48.87% de los estudiantes encuestados estuvo dentro de los límites de sobrepeso y obesidad, los IMC altos se asociaron al ayuno y a la ingesta rápida de alimentos, lo que los llevaba a ingerir comida rápida. Dichos resultados son consistentes con los encontrados por Navarro et al. (2017), quienes encontraron que los malos hábitos alimenticios como el ayuno están asociado

con la obesidad, en 35% de su muestra que estuvo constituida por 254 hombres y 246 mujeres de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Otro rasgo para mencionar es aquel que tiene que ver con el hábito de la actividad física en la comunidad universitaria, Maldonado, Gallegos, García y Hernández (2017) reportaron que, de una muestra de 252 alumnos de la Universidad Autónoma de Guerrero en Chilpancingo, 19% nunca hace ejercicio y 54% rara vez. De entre quienes sí practican alguna actividad física, se encuentra un 11% y dedican más de 30 minutos al día, mientras que un 26% hace una hora de ejercicio. Aunado a esto 43% consume alcohol y de los cuales 27 % prefiere la cerveza y 68% no tiene horarios establecidos para consumir sus alimentos.

Con la finalidad de combatir lo ya expuesto con los datos anteriores, la Universidad Veracruzana ha implementado la oferta de cursos y talleres sobre diversos temas que tienen que ver con el desarrollo integral, dentro de los que destacan temas del cuidado de la salud. Esta estrategia tiene la ventaja de favorecer la continuidad y compromiso de los jóvenes con las actividades porque les otorga créditos necesarios para completar el plan de estudios, convirtiéndose en un espacio propicio para abordar el exceso de peso, sin embargo, los cursos desarrollados hasta ahora han tenido un enfoque totalmente teórico y sin evidencia documentada de los resultados obtenidos (Riande, 2015).

Para concluir, se puede decir entonces que los EV están constituidos por una serie de factores que al combinarse aumentan o disminuyen la probabilidad de que alguna enfermedad o padecimiento aparezca o se desarrolle, ya sean transmisibles o no, curables o no, estos factores que constituyen el estilo de vida se denominan de riesgo y de protección, y que si se hace un énfasis, en el control e intervención en dichos factores en tanto se entienden como

variables, se pueden diseñar e implementar programas de prevención y de tratamiento sobre todo en las poblaciones que son más adecuadas para llevarlo a cabo, una de ellas es la de los estudiantes universitarios, esto por dos motivos generales, la oportunidad que ofrecen para incluirlos en programas de entrenamiento, por poner un ejemplo, pues, se espera que por su nivel de preparación académica el aprendizaje de lo que conlleva construir un estilo de vida saludable sea menos conflictivo, eso por un lado, mientras que por otro lado, es necesario que se haga en una población joven tanto por los problemas que les caracterizan como población, así como para prevenir que cuando se conviertan en la población adulta lleguen con algún tipo de enfermedad crónico-degenerativa, en particular obesidad y sobrepeso, esto serviría incluso para que sirvan como modelo a las generaciones futuras (Barba, 2018).

La autoeficacia

3.1 Definiciones de autoeficacia

Bandura (1977) define a la autoeficacia como un estado psicológico en el que la persona se juzga a sí misma capaz de ejecutar una conducta eficazmente en determinadas circunstancias y con un determinado nivel de dificultad, adicionalmente dice que son aquellos pensamientos de una persona referidos a su capacidad para organizar y ejecutar los cursos de acción necesarios para conseguir determinados logros. En síntesis, se trata de un juicio acerca de las propias capacidades para alcanzar determinados niveles de rendimiento.

De igual forma, se dice que la autoeficacia consiste en juicios personales, creencias sobre nuestras propias capacidades en relación a experiencias de dominio y, esa percepción lo conduce a elegir y mantener determinadas líneas de acción (Caro, 1987; Hersen, Eisler & Miller, 1985; Velásquez, 2009).

El concepto de autoeficacia fue planteado en un contexto en el cual Bandura (1977) afirma el abandono al postulado planteado por el determinismo ambiental del conductismo para abordar al ser humano como un sujeto creador y modificador. De esta manera, plantea la interacción dinámica de los factores personales, los factores comportamentales y los factores ambientales. Por lo tanto, este autor identifica al concepto de autoeficacia con dos ideas principales. La primera advierte que las intervenciones que modifican el ambiente también son eficaces para modificar la conducta y, la segunda idea, establece que la intervención cognitiva del sujeto es imprescindible.

Entonces, el sujeto compara el resultado obtenido con esas señales derivadas de experiencias anteriores. Así, se puede evidenciar la presencia de dos situaciones enfrentadas que se retroalimentan. Por un lado, “se encuentra el proceso metacognitivo con respecto a las capacidades y la posibilidad de acción que se construye basado en las creencias y en los sentimientos, por el otro, se ubica la actuación real para la cual se encuentra el sujeto capacitado y provisto de realizar” (Ugatetxea, 2002, p. 2).

El actuar de manera competente requiere la presencia de un equilibrio entre la autopercepción de eficacia y la posesión efectiva de los conocimientos y habilidades que son necesarios para el desarrollo satisfactorio de determinada actividad. Entonces, se requiere de una coincidencia entre el concepto subjetivo de autoeficacia y la eficacia objetiva (Ornelas, Blanco, Aguirre & Guedea, 2012).

De esa evaluación que realiza cada individuo con respecto a su propia capacidad, depende la forma en que toma sus decisiones y provoca la inclinación hacia todas las actividades en las cuales se siente capaz y el rechazo de todas aquellas otras en las cuales se siente débil o ineficaz. Según Tejeda (2005) existen cuatro características que son influenciadas por las creencias de autoeficacia: “las elecciones (toma de decisiones); el esfuerzo y el trabajo a aplicar (gastos de energía física o mental) y los patrones de pensamiento y las reacciones emocionales.” (p. 120).

En conclusión, de acuerdo con Velásquez (2009) la autoeficacia influye positiva o negativamente en tres aspectos del comportamiento humano: en el ámbito afectivo (emociones y sentimientos); en el ámbito cognitivo (pensamiento y resolución de tareas) y en el ámbito conductual (comportamientos).

3.2 Dimensiones y componentes de la autoeficacia

De acuerdo con Caro (1987) las dimensiones de las expectativas de autoeficacia son tres: magnitud, generalidad y fuerza, las cuales se describen a continuación:

- **Magnitud:** Esta dimensión se refiere al nivel de dificultad percibido con respecto a la tarea a realizar. Cuando las tareas se ordenan en niveles de dificultad, algunos individuos tienden a limitarse a tareas simples, a las no muy difíciles y terminar con las tareas más exigentes.
- **Generalidad:** Algunas experiencias pueden hacer que el individuo cree expectativas de dominio muy limitadas; mientras que otras producen un sentido de eficacia que se extiende más allá del campo específico.
- **Fuerza:** Las expectativas se dividen en débiles y fuertes. Cuando la expectativa es débil, cualquier problema u obstáculo puede anularla fácilmente. En cambio, cuando la expectativa es fuerte, por más que la persona deba enfrentarse con obstáculos, persevera en los esfuerzos.

3.3 Fuentes de autoeficacia

Las fuentes de ejecución son cuatro: logros de ejecución, la experiencia vicaria, la persuasión verbal y el arousal emocional, para conocer las características de cada una en la tabla 5 se pueden encontrar. De modo que los logros en la ejecución se basan en las experiencias personales de dominio. De esta manera, el éxito eleva las expectativas de dominio y el fracaso disminuye esas expectativas (Caro, 1987). En cambio, la experiencia vicaria consiste en una fuente para obtener información observando cómo los demás realizan las actividades sin tener que experimentar consecuencias adversas. En comparación, a la fuente anterior, la experiencia vicaria es un método más débil y más vulnerable (Canto & Rodríguez, 2003).

Tabla 5

Fuentes de ejecución

Fuentes de ejecución	Característica
Logros de ejecución	Basados en las experiencias personales de dominio
Experiencia vicaria	Fuente para obtener información observando cómo los demás realizan actividades sin tener que experimentar consecuencias adversas.
Persuasión verbal	Método por el cual se hace creer a la gente que puede manejar adecuadamente lo que le da miedo.
Arousal emocional	Creada durante situaciones estresante y puede contener información sobre la propia competencia. Se juzga la ansiedad y vulnerabilidad al estrés y en algunos casos puede dificultar la ejecución.

Nota: Adaptado de *Autoeficacia y educación*, por J. E. Canto, 2003, *Educación y Ciencia*, 4, p. 7.

La presencia sola de las fuentes, no puede producir cambios en los individuos. Es decir que, la persona no se limita a reaccionar ante los estímulos, sino que los interpreta. Entonces, se deben tener en cuenta dos aspectos fundamentales: cómo se procesa la información sobre la eficacia y cómo los juicios y evaluaciones sobre esa eficacia afectan a la acción. Al respecto:

Se debe distinguir entre la información que nos ofrece un hecho y la que es procesada y transformada por el individuo. El impacto de las expectativas de AE dependerá de cómo se estimen cognitivamente. Estas estimaciones incluyen toda una serie de factores contextuales bajo circunstancias sociales, situacionales y temporales. (Caro, 1987, p 14.)

Cuando la persona ejecuta con éxito una actividad, ello no deriva indefectiblemente a una expectativa de éxito en un futuro ya que existen dos formas que logran atenuar el valor correctivo de la información: los procesos de discriminación y estimaciones cognitivas de las causas de la conducta:

En el primer caso, por ejemplo, un sujeto puede comportarse valientemente en una situación de miedo porque cree que es segura, y mantener inalterables sus propias dudas bajo condiciones menos seguras. En el segundo caso (los appraisal cognitivos), y relacionado con los procesos de atribución, encontramos que aunque la competencia pueda lograrse, no se reconocerá como tal a menos que se atribuyan los resultados a la propia capacidad y no a factores externos a ella. (Caro, 1987, p. 15).

3.4 El modelo de autoeficacia de Bandura

Uno de los puntos fundamentales del modelo de autoeficacia de Bandura (1977) es la distinción que se establece entre las expectativas de eficacia y las expectativas de resultado.

De acuerdo a lo establecido por Bandura (1977) la expectativa de eficacia consiste en la convicción de que uno mismo puede ejecutar con éxito la conducta necesaria y la expectativa de resultado consiste en estimaciones hechas por una persona respecto a que ciertas conductas van a conducirla a determinados resultados. Ambos tipos de expectativas giran alrededor de los resultados de tal manera que, los resultados que una persona espera, van a depender, en especial, de lo esa persona considera que va a ser capaz de hacer en determinadas situaciones, (Caro, 1987).

Según Villamarín (1994) ambos tipos de expectativas actúan como “predictores de la conducta y como determinantes de la elección de actividades, del esfuerzo, de la persistencia en las actividades elegidas, de los patrones de pensamiento y de las respuestas emocionales.” (p.10)

Las expectativas no se conciben como globales y estables, sino como específicas y dinámicas. Las expectativas, tanto de eficacia como de resultados, se conciben no como variables globales y estables, sino como cogniciones específicas y cambiantes, que se forman y se reelaboran constantemente a partir del procesamiento y la integración de la información procedente de diferentes orígenes: los propios logros en el pasado, la observación del comportamiento de los demás, la persuasión verbal y la autopercepción del estado fisiológico del organismo. En este sentido, las expectativas vendrían a ser creencias actuales, que reflejan la historia individual y que se proyectan hacia el futuro (Villamarín, 1994, p.10-11).

3.5 Campos de aplicación del modelo de autoeficacia

El modelo de autoeficacia ha sido aplicado en diversos ámbitos del comportamiento humano, por ejemplo, el educativo; en el tratamiento de niños con mal desempeño escolar, ante la elección de la carrera universitaria y en formación docente. En el ámbito laboral y las organizaciones, se ha analizado su aplicación para el desarrollo profesional, la motivación por metas, en la toma de decisiones y en la aplicación colectiva dentro de los grupos de trabajo. Por otro lado, en el ámbito de la salud se ha aplicado con el objeto de aumentar las conductas saludables tales como el tratamiento de fobias, ansiedad, depresión, prevención de enfermedades, mejoras físicas y en el éxito de dietas alimentarias (Ornelas et al., 2012).

Fundamentalmente, las acciones de intervención desde este modelo buscan crear las condiciones que posibiliten al individuo adoptar creencias con respecto a su autoeficacia teniendo en cuenta su contexto y sus potencialidades y los recursos con los que cuenta. En muchas ocasiones, el individuo realiza su evaluación teniendo en cuenta pocos recursos sin percibir la real potencialidad que posee. Además, esa intervención se inicia en el plano individual y se expande luego, hacia el plano colectivo (Velázquez, 2012).

3.6 La autoeficacia en el área de la salud

Según Villamarín (1994) las expectativas de eficacia en el ámbito de la salud pueden influir en los efectos motivacionales y en los efectos emocionales. En cuanto a los efectos motivacionales, se refiere a las variables de tipo cognitivas que determinan la elección de los comportamientos, el esfuerzo y la persistencia. De esta manera, las expectativas de eficacia pueden:

- Regular los intentos de abandonar los hábitos perjudiciales para la salud como todos los tipos de conductas de tipo adictivas.
- Determinar el esfuerzo y la persistencia en el cumplimiento de conductas favorecedoras de la salud.
- Influir en la rapidez y magnitud de la recuperación después de traumas físicos y discapacidades.

Con respecto a los efectos de carácter emocional se ha determinado que la capacidad percibida para hacer frente a situaciones estresantes funciona como modulación de la reactividad biológica (Villamarín, 1994).

3.6.1 Autoeficacia y obesidad

Ante la obesidad, se requiere de un tratamiento a largo plazo que, de modo que para llegar a un resultado satisfactorio es menester la ayuda y la motivación del paciente con el propósito de obtener el resultado deseado. La autoeficacia, en este caso, colaboraría con la percepción de cada individuo con respecto a su propia capacidad para realizar las acciones recomendadas y lograr la conducta deseada. Entonces, si se piensa el tratamiento de un paciente con sobrepeso desde una óptica integral es fundamental ayudar al paciente a que obtenga las herramientas necesarias para que pueda hacer realidad el cambio de hábito y de estilo de vida; lograr un fortalecimiento interno que le ayude a obtener los resultados buscados y que impidan el aumento de peso una vez que se ha reducido el mismo y, por último, se debe lograr que el paciente adquiera seguridad y confianza para poder afrontar las posibles recaídas (Jauregui et al., 2013).

Conclusiones

El campo de la salud es sumamente importante, tanto en el ámbito privado como en el público el propósito es el mismo; que la población alcance el mayor nivel de bienestar físico, psicológico y social. Procurando tener, pero también dotar, a los ciudadanos de las herramientas necesarias para poder dar alcance a la meta ya mencionada. Desde la prevención tratando que los pacientes se involucren más en su salud y bienestar de manera activa, dándole autonomía e independencia hasta donde es posible de las instituciones públicas. Aunque no deja de ser nunca un trabajo colaborativo, integral el que se requiere para poder velar por la recuperación del bienestar general de la población.

La idea inicial del presente trabajo surge del interés personal y académico de la alta prevalencia que se ha observado de las enfermedades crónico-degenerativas en México, ya que no es un fenómeno aislado, más bien tiene una relación con otras problemáticas sociales que impiden que el fin de las ciencias de la salud se cumpla por completo. Es por esto, que hacer investigaciones que describan y expliquen las problemáticas, así como que propongan posibles soluciones, en ésta área son necesarias, para poder elaborar a cabo estrategias que ayuden a minimizar y/o erradicar estos obstáculos. La psicología como parte de las ciencias de la salud, asume su parte de responsabilidad para lograr que los miembros de la sociedad obtengan la estabilidad conductual; emocional, cognitiva y motora que se desea.

De modo que, el aporte de la presente investigación es hacer constatar la relación que existe entre los factores de riesgo y que conforman ya en su conjunto un EV y el origen y mantenimiento de los padecimientos de la obesidad y sobrepeso en estudiantes de educación superior, así como, cómo la presencia de aquellos factores denominados de protección ayuda

a la prevención, para que estas enfermedades no ocurran o se disminuya la probabilidad de ello (Leyton, et al., 2017; Véliz, 2017).

Dicho lo anterior, sí las principales causas, en términos de porcentaje, para la obesidad y sobrepeso se dan en el estilo de vida, los psicólogos pueden actuar en aspectos que los médicos y nutriólogos no, es decir, no solos o con mayor dificultad, en otras palabras estos profesionales de la salud que se mencionan, diseñan tratamientos que consisten en decirles a las personas qué y cómo hacer para evitar o disminuir las enfermedades y padecimientos por las cuales acuden a consulta con ellos, sin embargo, aunque las personas sepan qué y cómo, es difícil que la mayoría lleve a cabo las instrucciones dadas, y el porqué de ese desapego a los tratamientos tiene que ver en gran medida por los factores psicológicos, a través del análisis del comportamiento de la persona y el contexto en el que se desenvuelve, para dar claridad de cuáles son los factores que impiden a los pacientes dicho apego al tratamiento.

Pareciera que se desdibujan los límites entre los campos de acción, o intervención con los nutriólogos, ya que en ambos casos se trata de incidir en cómo se trata en qué comen los pacientes y la forma en que estos ingieren sus alimentos, pero en tanto siguen siendo comportamientos el tratamiento psicológico tendrá como fin garantizar que esos comportamientos se sí se presenten en el día a día del paciente; si es que nunca los ha presentado, así como, buscar el incremento de la ocurrencia de dichos comportamientos en el caso de que estos existan en el repertorio conductual pero que estos se lleven a cabo de manera insuficiente e inadecuada y por último, que una vez que estos aparezcan y aumenten en frecuencia de emisión, se mantengan con características favorables, es decir, con necesaria frecuencia, duración, magnitud, adecuación, etcétera, para que los resultados obtenidos se traduzcan en un aprendizaje duradero y sostenido a lo largo de la vida del paciente, así se

formarán hábitos nuevos llamados factores de protección y por consiguiente un EV saludable, con esto, al mismo tiempo se estará previniendo que haya una recaída en conductas dañinas para la salud (Jauregui et al., 2013; Oliva & Fragoso, 2013; Páliz, 2017; Saldaña, et al., 2015). Entonces autores como Aguilar y Tomasini (2012) y Herrera (1999) sostienen que poseer el conocimiento sobre los factores de riesgo y protección nos dará luz de las áreas de oportunidad para intervenir y cambiar en el estilo de afrontamiento, posterior al respectivo análisis, sin embargo, el conocimiento de dichos factores, aunque útil, no modificarán nada por sí mismos, sin la presencia del especialista en la modificación conductual; el psicólogo.

Hay dos definiciones de los EV que resultan útiles y afines con los objetivos del presente trabajo:

El primero es el que aportan De la Torre y Tejeda (2007) quienes dicen que a través del predominio de unos componentes en el comportamiento o conductas en sí mismas y la escasez de otros, se conforman uno u otro tipo de estilos de vida. En segundo lugar, tenemos que de acuerdo con Muñoz y Uribe (2013) los EV son un conjunto de decisiones de las personas y los factores disposicionales que afectan o provocan que las personas elijan una u otra opción en su decisión.

Es conveniente aclarar que en la primera definición el autor sostiene que lo que él llama “*el habitus*” es aquel conjunto de conductas propias de un cierto sector social, en contraste con la segunda que no apela a un sentido de construcción colectiva sino con un especial énfasis al sentido individual. Si los factores de riesgo aumentan el riesgo de padecer una enfermedad y por el contrario, los de protección disminuyen ese riesgo, entonces; es conveniente que las personas tengan una autoeficacia que les permita percibirse capaces de tener un estilo de vida sano o saludable, debido a que es un factor de protección (individual), que ayudaría a que los

cambios sean sostenidos a través del tiempo, uno de los retos más importantes a vencer en el tratamiento de ésta enfermedad (Papapietro, 2012), más allá de que los cambios no sean tan rápidos o significativos para las personas. Es así que el papel del psicólogo adquiere una especial importancia ya que es el encargado de modificar este aspecto individual (que resulta más fácil de modificar en comparación que los factores sociales en una intervención) y ningún otro profesional puede ocupar ese sitio, ya que como afirma Bandura (1977) la intervención cognitiva del sujeto es imprescindible.

Por último, retomar que en la bibliografía consultada para la presente investigación se encontraron menos estudios para aumentar el repertorio conductual de comportamientos que podamos llamar de protección, en comparación con los que se enfocan en la disminución de las conductas de riesgo, la ventaja que presenta la autoeficacia es que trabaja en ambas direcciones, en otras palabras, puede ser dirigida a aumentar los factores de protección y disminuir los de riesgo. Esto adquiere relevancia, con respecto a la implementación de programas o tratamientos de salud con dirección a la prevención de primer nivel, que es de especial interés de acuerdo con los objetivos del presente trabajo, aunque no se deja de lado que puedan aportar en el segundo y tercer nivel de prevención.

En éste sentido la oportunidad que tienen las autoridades universitarias para proteger a su población es única, pues como se han demostrado en algunas investigaciones (Maldonado, et al., 2017; Navarro et al., 2017; Riande, 2015) dentro de las universidades se pueden implementar programas que reduzcan el ambiente obesogénico propio del contexto universitario, es decir, tomando en cuenta las características de los universitarios y la mayor información que poseen, es posible que se cuente con mayor participación de su parte para intervenir en factores específicos que provocan y mantienen a dicha población con obesidad

y sobrepeso, factores como el estrés en los estudiantes en la parte final del calendario escolar, la autoeficacia disminuida que perciben los universitarios en el período de evaluaciones, la disposición de alimentos; siendo ésta mayor en los alimentos poco nutritivos y menor en los que aportan los nutrientes adecuados y necesarios, etc. Como ejemplo de lo anterior podemos mencionar en FES Iztacala en el área de Centro De Apoyo y Orientación Para Estudiantes (CAOPE), el programa de Reducción De Estrés y Modificación Del Estilo De Vida (REMEV), que con el objetivo central es de reducir el estrés y la modificar el estilo de vida de los estudiantes de dicha universidad, proporciona atención psicológica bajo el enfoque cognitivo-conductual, en donde con todo lo sustentado podría tener cabida un entrenamiento en autoeficacia.

Referencias

- Aguilar, E. y Acle, G. (2012). Resiliencia, factores de riesgo y protección en adolescentes mayas de Yucatán: elementos para favorecer la adaptación escolar. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(2), 53-64.
- Álvarez, G., Molina, M. N., & Bernal, Y. (2013). *Historia de la psicología*. Ciudad de México, México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Amigo, I., & Fernández, C. (2013). El papel del psicólogo en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. *Papeles del Psicólogo*, 24(1), 49-56.
- Aristizábal, J. C., Restrepo, M. T., & Estrada, A. (2007). Evaluación de la composición corporal de adultos sanos por antropometría e impedancia bioeléctrica. *Biomédica* (27), 216-224.
- Argüello, B., & Zúñiga, V. (2016). Cirugía bariátrica: generalidades. *Medicina Legal de Costa Rica*, 33(1), 145-153.
- Asociación Canadiense de Salud Pública. (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. *Una Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud*.
- Baile J. I., & González, M. J. (2013). *Intervención psicológica en obesidad*. Madrid, España: Psicología Pirámide.
- Baile J. I., & González, M. J. (2013). *Tratando obesidad: técnicas y estrategias psicológicas*. Madrid, España: Pirámide.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Barba, J. R. (2018). México y el reto de las enfermedades crónicas no transmisibles. El laboratorio también juega un papel importante. *Revista Latinoamericana de Patología Clínica*, 65(1), 4-17.
- Barrera A. A., & Molina M. A. (2013). Escenario actual de la obesidad en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(3), 292-299.

- Bojorges L. A., Castillo J. A., & Jiménez R. (2013). Factores de riesgo de síndrome metabólico en estudiantes de la universidad Pablo Guardado Chávez. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 32(4), 379-388.
- Bourdieu, P. (1999). *La miseria del mundo*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A.
- Cadena, S. (2015). *Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular relacionados con el sobrepeso/obesidad y dislipidemia en estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, diciembre 2015*. Quito, Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Canto J. E. (2003). Autoeficacia y educación. *Educación y Ciencia*, 2(4), 1-18.
- Caro, I. (1987). Revisión crítica de la teoría de la autoeficacia. *Boletín de Psicología*, 16, 61-90.
- Cardozo, L. A., Cuervo, Y., & Murcia, J. (2016). Porcentaje de grasa corporal y prevalencia de sobrepeso-obesidad en estudiantes universitarios de rendimiento deportivo de Bogotá, Colombia. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 36(3), 68-75.
- Carpi A., Brevia A., & Palmero, F. (2005). La teoría de la acción planeada y la reducción del estrés percibido para prevenir la enfermedad cardiovascular. *Anales de Psicología*, 21(1), 84-91.
- Casado M., Camuñas N., Naviet R., Sánchez B., & Vidal, J. (1997). Intervención cognitivo-conductual en pacientes obesos: implantación de un programa de cambios en hábitos de alimentación. *Psicología.com*, 1(1).
- Casanello, P., Krause, B. J., Castro, J. A., & Uauy, R. (2016). Epigenética y obesidad. *Revista chilena de pediatría*, 87(5), 335-342.
- Castillo, A., & Jáuregui, I. (2017). Experiencias de rechazo social relacionados con el peso. *Trastornos de Conducta Alimentaria*, 25, 2637-2682.
- Castillo, A., Gallardo, M., García, G., Moreno, M., Martín, F. J., Fernández, C... Rivero, G. (2014). *Manual de obesidad para farmacéuticos: dietética y farmacología*. Madrid, España: Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad.
- Da Costa Saar, S. R., & Trevizan, M. A. (2007). Los roles profesionales de un equipo de salud: la visión de sus integrantes. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 25(1).

- Dávila, J., González, J., & Barrera, A. (2015). Panorama de la obesidad en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52 (2), 241-249.
- De la Torre, S., & Tejeda, J. (2007). Estilo de vida y aprendizaje universitario. *Revista Iberoamericana de Educación*, 3(44), 101-131.
- De las Cuevas, C., Ramallo, Y., & J. Sanz, E. (2011). ¿Están relacionadas la obesidad y otras comorbilidades físicas con la enfermedad mental? *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4(3), 119-125.
- De Torres, M. L., & Francés, M. (2007). *La dieta equilibrada. Guía para enfermeras de atención primaria*. Zaragoza, España: Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación.
- Díaz, V. E. (2010). La psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectivas. *Revista de Psicología*, 2(3), 57-71.
- Madridejos, R., & Robert, L. (2017). Tratamiento farmacológico de la obesidad: nuevos medicamentos, mismos problemas. *Butlletí d'informació terapèutica*, 28(2), 8-17.
- Espinel, L. L., Mejía, D., Fajardo, B. A., Pérez, D., & Núñez, A. I. (2015). *Factores de riesgo que causan el consumo de las drogas ilícitas en los jóvenes*. Boyacá, Bogotá: Universidad Nacional Abierta y a Distancia.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia México. (2018). *Salud y nutrición*. Obtenido de Unicef México: https://www.unicef.org/mexico/spanish/17047_17494.html
- García. (2017). Los quehaceres de la psicología en el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. *Investigaciones Médico Quirúrgicas*, 10(1):98-117.
- García, P., & Horak, C. (2008). Siburtraminia/carnitina muestra eficacia en la reducción de peso en pacientes con obesidad y sobrepeso. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 16(4), 153-157.
- García, D. G., García, G. P., Tapiero, Y. T., & Ramos D. M. (2012). Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios. *Hacia la Promoción de la Salud*, 17(2), 169-185.
- García, E. (2004). ¿En qué consiste el tratamiento multidisciplinario de la obesidad? *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 12(4), 148-151.

- García, J. A. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Salud y drogas*, 12(2), 133-151.
- García, J. C., Rodríguez, D., Rentería, A., Rodríguez, N. Y., & Melchor, J. (2016). Algunas reflexiones acerca de las aportaciones psicológicas en el control y regulación de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 19(2), 622-639.
- Garduño, L. R. (2002). Importancia relativa de tres enfoques psicológicos en la evaluación de profesores. *Perfiles Educativos*, 24(96), 33-46.
- Guillamón, R. (2015). Metabolismo energético y actividad física. *Educación Física y Deportes Revista Digital*, 20(206), 1-5.
- Gómez, O., Galván, G. C., Aranda, R., Herrera C., & Granados, J. (2018). Prevalencia de sobrepeso, obesidad y antecedentes de enfermedad crónica en universitarios mexicanos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 56(5), 462-467.
- Gómez, E., & Flores, A. I. (2015). *Genética en el tratamiento de la obesidad: nutrigenética y nutrigenómica en la era de la medicina personalizada y preventiva*. Barcelona, España: Universidad Autónoma de Barcelona.
- González, R. (2015). Estado nutricional y antropometría. *Educación Permanente en Salud*. (U. N. México, Ed.) Distrito Federal, México.
- Grimaldo, M. P. (2012). Estilo de vida saludable en estudiantes de posgrado de ciencias de la salud. *Psicología y Salud*, 22(1), 75-87.
- Guerrero, L. R., & León, A. R. (2010). Estilos de vida y salud. *Educere*, 14(48), 13-19.
- Hernández, I. E., Correa, M. M., & Correa, L. M. (2018). *Nutrición y salud*. Manual Moderno.
- Herrera, P. (1999). Principales factores de riesgo psicológico y social en el adolescente. *Revista Cubana Pediátrica*, 71(1), 39-42.
- Hersen, M., Eisler, R. M., & Miller, P. M. (1985). *Progress in behavior modification*. New York: Academic Press.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. Recuperado de

http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/juventud2018_Nal.pdf

- Instituto Nacional de Salud Pública. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Informe final de resultados*. CDMX, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Jauregui, E. E., López, J. R., Macías, A. N., Porras, S., Reynaga, P., Morales, J. J., & Cabrera, J. L. (2013). Autoeficacia y actividad física en niños mexicanos con obesidad y sobrepeso. *Revista Euroamericana de Ciencias del Deporte*, 2(2), 69-75.
- Kaufer, M., & Toussaint, G. (2008). Indicadores antropométricos para evaluar sobrepeso y obesidad en pediatría. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 65(3), 502-518.
- Krauss, C., & Frigerio, C. (2016). *Cirugía bariátrica: principales deficiencias nutricionales en bypass gástrico*. Santiago de Chile: Universidad Finis Terrae.
- Laespada, T., Iraurgi, L., & Aróstegi, E. (2004). *Factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas: hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV*. Bilbao, España: Universidad de Deusto.
- Lafuente, M. D. (2011). Tratamiento cognitivo conductual de la obesidad. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 14(5), 1490-1504.
- Leyton, C. E., Valdés, S. A., & Huerta, P. C. (2017). Metodología para la prevención e intervención de riesgos psicosociales en el trabajo del sector público de salud. *Revista de Salud Pública*, 19(1), 31-40.
- Londoño, M. E. (2017). Aproximaciones farmacológicas para el tratamiento de la obesidad. *Revista Colombiana de Ciencia Química Farmacológica*, 46(1), 71-127.
- López, M. J., & Soto, A. (2010). Actualización en obesidad. *Cuadernos de Atención Primaria*, 5(3), 101-107.
- López, F. (2001). Validación de una escala de auto eficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Salud Pública de México*, 43(5), 421-432.

- Lorenzini, R., Betancur, D. A., Chel, L. A., Segura, M. R., & Castellanos, A. F. (2015). Estado nutricional en relación con el estilo de vida de estudiantes universitarios mexicanos. *Nutrición Hospitalaria*, 32(1), 94-100.
- Lumbreras, I., Moctezuma, M. G., Dosamantes, L. D., Medina, M. Á., Cervantes, M., López, M., & Méndez, P. (2009). Estilos de vida y riesgos para la salud en estudiantes universitarios: hallazgos para la prevención. *Revista Digital Universitaria*, 10(2), 1-14.
- Maceira, D., & Espinola, N. (2017). Indicadores de Factores de Riesgo en Salud Adolescente. América Latina y Argentina.
- Magallanes G., Carrillo M., Sinfuentes A. & Olvera D. (2010). Sobrepeso, obesidad y dislipidemia en población universitaria del noreste de México. *Investigación y Educación en Enfermería*, 28(1), 101-107.
- Maldonado, A. R., Gallegos, R. M., García, A., & Hernández, G. A. (2017). Epidemiología de sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios de Chilpancingo, Guerrero. *Revista Iberoamericana De Las Ciencias De La Salud*, 6(12), 31 - 46.
- Malo, M., Castillo, N., & Pajita, D. (2017). La obesidad en el mundo. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(2), 173-178.
- Marchionni, M., Caporale, J., Conconi, A., & Porto, N. (2011). *Enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo en Argentina: prevalencia y prevención*. La Plata, Argentina: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Martínez, J. R. (2012). *Nutrición y alimentación en el ámbito escolar*. Madrid, España: Ergon.
- Martínez, J. R., Baile, J. I., & González Calderón, M. J. (2014). Estudio de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en un centro penitenciario español. *Nutrición Hospitalaria*, 30(6), 1237-1239.
- Martínez, J. (2017). El habitus. Una revisión analítica. *Revista Internacional de Sociología*, 75(3).
- Medina, F. X., Aguilar, A., & Solé Sedeño, J. M. (5 de Marzo de 2014). Aspectos sociales y culturales sobre la obesidad: reflexiones necesarias desde la salud pública. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 34(1), 67-71.

- Merino, H., Pombo, M. G., & Godás, A. (2001). Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, 13(4), 539-545.
- Mesejo, A., Argüeso, M., & Martínez, H. (2010). Soporte nutricional en el paciente obeso crítico. *Nutrición Hospitalaria*, 3(1), 62-71.
- Moreno, E., & Roales, J. G. (2003). El modelo de creencias de salud: revisión teoría, consideración crítica y propuesta alternativa. I: hacia una análisis funcional de las creencias en salud. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 3(1), 91-109.
- Moreno, G. M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 124-128.
- Muñoz, M., & Uribe, A. (2013). Estilos de vida en estudiantes universitarios. *Psicogente*, 16(30), 356-367.
- Murillo, G., & Pérez, L. (2017). Los mitos alimentarios y su efecto en la salud humana. *Medicina Interna de México*, 33(3), 392-402.
- Mussini, M., & Temporelli, K. (2013). Obesidad: un desafío para las políticas públicas. *Estudios Sociales*, 41, 169-184.
- Mustaca, A. E. (2004). Tratamientos psicológicos eficaces y ciencia básica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 26(1), 11-20.
- Navarro, A., Vera, O., Munguía, P., Ávila, R., Lazcano, M., & Hernández, P. (2017). Hábitos alimentarios en una población de jóvenes universitario (18-25 años) de la ciudad de Puebla. *Revista española de nutrición comunitaria*, 23(2), 31-37.
- Oblitas, L. A. (2008). El estado del arte de la psicología de la salud. *Revista de Psicología*, 26(2), 219-254.
- Olaz, F. (2003). Modelo social cognitivo del desarrollo de carrera. *Evaluar* (3), 15-21.
- Oliva, Ó. H., & Fragoso, S. (2013). Consumo de comida rápida y obesidad, el poder de la buena alimentación en la salud. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 4(7), 176-199.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *10 datos sobre la obesidad*. Recuperado de <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/>

- Organización de las Naciones Unidas. (2010). *Enfermedades relacionadas con el estilo de vida: una carga económica para los servicios de salud*. Recuperado de <https://unchronicle.un.org/es/article/enfermedades-relacionadas-con-el-estilo-de-vida-una-carga-econ-mica-para-los-servicios-de>
- Organización de las Naciones Unidas. (2018). *Comisión para acabar con la obesidad infantil*. Recuperado de <https://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/es/>
- Ordoña, J. R., Gómez, J., & Olivares, G. (2000). El uso del miedo en los mensajes de salud. *Gaceta Sanitaria, 14*(3), 45-59.
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Estilos de vida*. Recuperado de <http://www.uco.es/servicios/dgppa/images/prevencion/glosariopr1/fichas/e/EstilosDeVida.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Nueva York, Estados Unidos de América: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Glosario de Promoción de la Salud*. Recuperado de <https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/aps/GLOSARIO%20DE%20PROMOCIÓN%20DE%20LA%20SALUD.pdf>
- Organización Mundial de las Salud. (2015). *Objetivos de desarrollo del milenio y más allá de 2015*. Recuperado de <http://www.un.org/es/millenniumgoals/poverty.shtml>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Metas mundiales de nutrición 2025*. Documento normativo referente al sobrepeso en la infancia. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Factores de riesgo*. Recuperado de https://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2017). *Sobrepeso afecta a casi la mitad de la población de todos los países de América Latina y el Caribe salvo por Haití*. Recuperado de

- https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12911:overweight-affects-half-population-latin-america&Itemid=1926&lang=es
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos. (2017). *Obesity update 2017*.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2018). *Obesidad y la economías de la prevención*. Recuperado de <https://www.oecd.org/centrodemexico/medios/obesidadylaeconomiasdelaprevencion.htm>
- Ornelas, M., Blanco, H., Aguirre, J. F., & Guedea, J. C. (2012). Autoeficacia percibida en conductas de cuidado de la salud en universitarios de primer ingreso. Un estudio con alumnos de educación física. *Perfiles Educativos*, 34(138), 62-74.
- Pagoto, S., Schineider, K., Appelhans, B., Curtin, C., & Haiduk, L. (2011). *Psychological comorbidities of obesity. Psychological comorbidities of physical illness: a behavioral medicine perspective*. Springer Science Business Media.
- Pajuelo, J. (2017). La obesidad en el Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(2), 179-185.
- Palacios, A. (2017). *Factores biológicos y ambientales influyen en la obesidad*. Recuperado de http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2017_354.html
- Páliz, M. A. (2017). *Autoestima y obesidad en pacientes de la Clínica de Cirugía Bariátrica del Hospital Carlos Andrade Marín*. Quito, Ecuador: Universidad Central del Ecuador.
- Papapietro V., K. (2012). Cirugía para la obesidad: efectos generales, beneficios y riesgos. *Revista Médica Clínica Condes*, 23(2), 189-195.
- Patterson, R., Risby, A., & Chan, M. Y. (2012). Consumption of takeaway and fast food in a deprived inner London Borough: are they associated with childhood obesity? *BMJ open*, 2(3), 42-50.
- Perea, R. (2004). *Educación para la salud, reto de nuestro tiempo*. Madrid, España: Editorial Díaz de Santos.
- Ponce, A., Nieto, E., & Gómez, S. (2016). *Conductas adictivas en la juventud de Ciudad Real*. Madrid, España: Red Juventud.
- Rabat, J. M., & Rebollo, I. (2013). *Medias antropométricas*. Andalucía, España.

- Reséndiz y Sierra. (2014). Psicopatología e intervención cognitivo-conductual del paciente con obesidad. En Reynoso L., & Becerra A. L., *Medicina conductual*. 215-237. Distrito Federal, México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Riande, G. (2015). *Plan de desarrollo de las entidades académicas 2013-2017*. Xalapa, Veracruz: Universidad Veracruzana.
- Rivera, G., Bocanegra, A., Acosta, R. I., De la Garza, M., & Flores, G. (2007). Tratamiento de la obesidad; nuevas perspectivas. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, 38(2), 48-56.
- Rodrigo, S., Soriano, J. M., & Merino, J. F. (2017). Causas y tratamiento de la obesidad. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 37(4), 87-92.
- Rosales, R. Y. (2012). Antropometría en el diagnóstico de pacientes obesos; una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 1803-1809.
- Rubio, M. F., & Fontalba, A. (2016). La epidemia de la obesidad en España: la retórica de su discurso y riesgos potenciales. *Movimiento*, 22(4), 1063-1076.
- Russolillo, J., Astiasarán, I., & Martínez, J. A. (2003). *Intervención dietética en la obesidad*. Universidad de Navarra, Pamplona: Eunsa.
- Salamanca, A., & Giraldo, C. (2012). Modelos cognitivos y cognitivo sociales en la prevención y promoción de la salud. *Revista Vanguardia Psicológica*, 2(2), 185-202.
- Salas, J., Sanjaume, A., Casañas, R., Solà, M., & Peláez, R. (2019). *Nutrición y dietética clínica*. Elsevier Health Sciences.
- Saldaña, G., Elena, R. M., Del Castillo, A., & García, M. (2015). Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad. *Obesidad. Un enfoque multidisciplinario*, 201-218.
- Sánchez, D., & López, G. (2011). *Hacia la prevención integrada de la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria*. (U. A. Barcelona, Editor).
- Sánchez y Aguilar. (2015). Hábitos alimentarios y conductas relacionadas con la salud en una población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 31(1), 449-457.
- Secretaría de Salud. (2002). *Manual de procedimientos. Toma de medidas clínicas y antropométricas en el adulto y adulto mayor*. Distrito Federal, México: Secretaría de Salud.

- Secretaría de Salud. (2013). *Estrategia nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes*. Distrito Federal: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (2018). Norma Oficial Mexicana NOM-088-SSA3-2017 para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. Ciudad de México, México.
- Serra, L., & Bautista, I. (2013). Etiology of obesity: two "key issues" and other emerging factors. *Nutrición Hospitalaria*, 28(5), 32-43.
- Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad. (2000). Obesidad; sobrepeso; epidemiología; tratamiento; prevención; documento de consenso. *Medicina Clínica*, 115(15), 587-597.
- Soler, A. (2013). *El papel del psicólogo en el tratamiento del sobrepeso y obesidad*. Recuperado de <http://www.albertosoler.es/psicologo-tratamiento-sobrepeso-y-obesidad/>
- Stefani, D. (2005). Teoría de la acción razonada: una propuesta de evaluación cuali-cuantitativa de las creencias acerca de la institucionalización geriátrica. *Evaluar* (5).
- Tamargo, J. (2016). Tratamiento farmacológico de la obesidad. *Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia*, 82(1), 215-224.
- Tamayo, D., & Restrepo, M. (2014). Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de Psicología*, 6(1), 91-112.
- Tejeda, A. (2005). Agenciación humana en la teoría cognitivo social: definición y posibilidades de aplicación. *Pensamiento Psicológico*, 1(5), 117-123.
- Tejero, M. E. (2018). Genética de la obesidad. *Boletín Médico Hospital Infantil de México*, 65, 441-450.
- Tortella, M., Vázquez, C., Valiente, C., Quero, S., Soler, J., Montorio, I..., & Fernández, F. (2016). Retos en el desarrollo de intervenciones psicológicas y la práctica asistencial en salud mental. *Clínica y Salud*, 27(2), 65-71.
- Tusié, M. T. (2008). El origen multifactorial de la obesidad. *Revista de Educación Bioquímica*, 27(1), 1-2.
- Ugatetxea, J. (2002). La metacognición, el desarrollo de la autoeficacia y la motivación escolar. *Revista de Psicodidáctica*. 5(13). 30-37.

- Valero, E. (2014). *Antropometría*. Madrid, España: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Velásquez, A. (2009). Autoeficacia: acercamientos y definiciones. *Psicogente*, 7(21), 231-235.
- Véliz, T. P. (2017). *Estilos de vida y salud: estudio del caso de los estudiantes de la facultad de ciencias médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala*. Barcelona, España: Universidad de Barcelona.
- Vidal, P. V. (2015). *La relación del autoconcepto y de los valores con la participación social y el comportamiento sexual de riesgo, en jóvenes universitarios chilenos*. Valencia, España: Universidad de Valencia.
- Villamarín, F. (1994). Autoeficacia: investigaciones en psicología de la salud. *Anuario de Psicología* (61), 9-18.
- Villaseñor, S. J., Ontiveros, C., & Cárdenas, K. V. (2006). Salud mental y obesidad. *Investigación en Salud*, 8(2), 86-90.
- Zárate, A., Basurto, L., & Saucedo, R. P. (2001). La obesidad: conceptos actuales sobre fisiopatología y tratamiento. *Revista de la Facultad de Medicina*, 44(2), 66-70.