

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SINALOA

FACULTAD DE ENFERMERIA CULIACAN

MAESTRIA EN ENFERMERIA ORIENTACIÓN PROFESIONALIZANTE



Intervención educativa para mejorar la percepción de obesidad, autoestima y
reducción de consumo de tabaco-alcohol en universitarios

TESIS

Como requisito para obtener el grado de Maestra en Enfermería

PRESENTA:

L.E. Gabriela Ontiveros Herrera

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. Roberto Joel Tirado Reyes

CODIRECTORES DE TESIS:

Dra. Miriam Gaxiola Flores

Dra. María Isabel Acosta Ríos

Culiacán Rosales, Sinaloa, Septiembre de 2024



Dirección General de Bibliotecas
Ciudad Universitaria
Av. de las Américas y Blvd. Universitarios
C. P. 80010 Culiacán, Sinaloa, México.
Tel. (667) 713 78 32 y 712 50 57
dgbuas@uas.edu.mx

UAS-Dirección General de Bibliotecas

Repositorio Institucional Buelna

Restricciones de uso

Todo el material contenido en la presente tesis está protegido por la Ley Federal de Derechos de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

Queda prohibido la reproducción parcial o total de esta tesis. El uso de imágenes, tablas, gráficas, texto y demás material que sea objeto de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente correctamente mencionando al o los autores del presente estudio empírico. Cualquier uso distinto, como el lucro, reproducción, edición o modificación sin autorización expresa de quienes gozan de la propiedad intelectual, será perseguido y sancionado por el Instituto Nacional de Derechos de Autor.

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial
Compartir Igual, 4.0 Internacional



Agradecimientos

A mi director de tesis, el Dr. Roberto Joel Tirado Reyes, quien durante todo este tiempo no me dejó sola y estuvo presente en cada duda que tenía, esta investigación es de ambos, por el interés y la importancia que los dos le pusimos.

A CONAHCYT por brindarme el apoyo económico que me permitió solventar este trabajo de investigación.

A mi Universidad Autónoma de Sinaloa porque siempre me abrigó y me generó la protección requerida, a mis compañeros y amigos de la generación que me regalaron momentos muy felices, a los docentes, que, gracias a su conocimiento, se incrementó el mío y me proporcionaron herramientas necesarias para este proceso.

¡Muchas gracias!

Dedicatoria

A mi madre, María Guadalupe Herrera Martínez, por siempre apoyarme y creer en mí, por querer lo mejor y siempre esforzarse para dármele, estoy feliz de nuestro proceso.

A mis hermanos, Sofia, Dulce y Juan, quienes siempre me han ayudado y se han esforzado por estar presente para mí, representando que me apoyan en cada instante.

Resumen

Introducción: existe una alta prevalencia de obesidad, sobrepeso, lo cual se asocia a graves problemas de salud mental en la población mundial, como lo es la pobre auto percepción de la imagen corporal y reducción de la autoestima; lo cual se ha observado puede favorecer la adopción de conductas nocivas y antisociales que se ven reflejadas en el consumo de drogas lícitas, como el tabaco y alcohol. **Objetivo principal:** Evaluar el impacto de una intervención educativa para mejorar la percepción de la obesidad, autoestima y reducción de consumo de tabaco y alcohol, en estudiantes de la facultad de enfermería Culiacán. **Metodología:** Estudio longitudinal, cuasi experimental sin grupo control; la muestra fueron 60 estudiantes de primero, tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia. Fue una intervención breve de 12 semanas, dos sesiones por semana. Para medir las variables se utilizaron: Pictograma de Harris, et al., o BSGs (Body Size Guides); Escala de Autoestima de Rosenberg [EAR]; Prevalencia de consumo de drogas lícitas (PCD). En conjunto con una cédula de datos personales. **Resultados principales:** Se encontró un efecto significativo respecto a: percepción corporal en mujeres después de la intervención (Tau-b de Kendall=.531, $p=.000$), en los hombres (Tau-b de Kendall=.885, $p=.000$), autoestima ($W= -2.850$, $p= 0.004$), prevalencias de consumo de tabaco última semana 0.0% (X^2 McNemar=0.00, $p=0.0$), consumo de alcohol última semana 3.3% (IC 95% 1.92 - 2.01) (X^2 McNemar=4.702, $p=.030$). **Conclusiones:** No ver la gravedad de estos factores, conlleva al incremento de las tasas de morbi-mortalidad en el mundo.

Palabras clave: Percepción de obesidad. Autoestima. Consumo de drogas lícitas. Intervención educativa.

Abstract

Introduction: there is a high prevalence of obesity, overweight, which is associated with serious mental health problems in the world population, such as poor self-perception of body image and reduced self-esteem; which has been observed can favor the adoption of harmful and antisocial behaviors that are reflected in the consumption of legal drugs, such as tobacco and alcohol. **Main objective:** To evaluate the impact of an educational intervention to improve the perception of obesity, self-esteem and reduction of tobacco and alcohol consumption, in students of the Culiacán nursing faculty. **Methodology:** Longitudinal study, quasi-experimental without control group; the sample was 60 first-grade students, non-probabilistic sampling type for convenience. It was a brief intervention of 12 weeks, two sessions per week. To measure the variables were used: Pictogram of Harris, et al., or BSGs (Body Size Guides): Rosenberg's Self-Esteem Scale [EAR]; Prevalence of licit drug use (PCD). Together with a personal data card. **Main results:** A significant effect was found regarding: body perception in women after the intervention (Dendall's Tau-b=.531, p=.000), in men (Dendandal's Tau-b= .885, p=.000), self-esteem (W= -2.850, p= 0.004). prevalences of tobacco consumption last week 0.0% (X^2 McNemar=0.00, p=0.0), alcohol consumption last week 3.3% (95% CI 1.92 - 2.01) ($X=$ McNemar=4702, p=030). **Conclusions:** Not seeing the seriousness of these factors. Leads to an increase in morbidity and mortality rates in the world.

Keywords: Perception of obesity. Self-esteem. Use of legal drugs. Educational intervention

Índice

	Página
I. Introducción	1
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Justificación	9
1.3 Objetivos:	15
1.3.1 Objetivo General	15
1.3.2 Objetivos Específicos	15
II. Marco Teorico-Conceptual	16
2.1 Marco referencial/Antecedentes de investigacion	16
2.2 Marco teórico	37
2.2.1. Marco teórico de enfermería	37
2.2.2. Marco teórico relacionado	46
2.3 Marco conceptual	47
III. Material y Métodos	53
3.1 Tipo de Estudio y Diseño	53
3.2 Universo	53
3.3 Población y Muestra	53
3.4 Ubicación y Espacio Temporal	54
3.5 Criterios de Selección:	54
3.5.1 Inclusión	54
3.5.1 Exclusión	54
3.5.1 Eliminación	54
3.6 Variables de Estudio:	54
3.6.1 Descripción y Operacionalización	54
3.7 Hipótesis	59
3.8 Recolección de los Datos:	59
3.8.1 Instrumentos de Medición	59
3.8.2 Para la recolección de datos	60
3.8.3 Para el análisis de datos	60
3.8.4 Confiabilidad y Validez	61

3.8.5 Procedimiento	61
3.8.6 Proceso de la intervención	63
3.8.6.1 Área de implementación	64
3.8.6.2 Dosificación de la intervención	64
3.8.6.3 Descripción de las sesiones	65
3.8.6.4 Evaluación de la intervención	65
3.9 Aspectos éticos.	66
IV. Resultados	69
4.1 Descripción y Análisis de los Datos	69
V. Discusión de resultados	86
5.1 Discusión de resultados	86
5.2 Conclusiones	92
5.3 Recomendaciones	94
VI. Referencias bibliográficas	96
Anexos:	120
1. Dictamen del comité de ética de la Facultad de Enfermería Culiacán	121
2. Consentimiento informado	122
3, 4, 5. Instrumentos	125
6. Evaluación de la fidelidad de la intervención.	128
7. Descripción de sesiones.	130
8. Cronograma de actividades	154
9. Cronograma de actividades durante la intervención	158

I. Introducción.

Datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE], (2020) muestran que existe una alta prevalencia de obesidad, sobrepeso, lo cual se asocia a graves problemas de salud en la población mundial; a su vez con el desarrollo de enfermedades crónico degenerativas, lo cual se traduce en la pérdida de años de vida ajustados por discapacidad, pues se estima que en los últimos años el promedio de vida, disminuyó a 4.2 años a consecuencia del sobrepeso y obesidad; algo que se ha observado está estrechamente ligado a lo anterior es la autopercepción de la imagen corporal, misma que al estar alterada en los jóvenes, se ha observado está estrechamente a una menor valoración del autoconcepto físico general y descontento propio, en relación con la imagen corporal, reflejándose en la desmotivación y baja autoestima (Durán-Agüero, et al. 2016).

Lo anteriormente expuesto deja de manifiesto, la relación existente entre la autoestima y la percepción de la imagen corporal, ya que depende de cómo la persona se encuentre emocionalmente es como se percibe, las personas que se sienten estables consigo mismo entienden el mundo de manera desigual en comparación a las personas que son negativas y esto hace que se forme una conexión entre autoconcepto y conducta. (López Sánchez, et al. 2017), la autoestima es una emoción hacia si mismo que puede ser favorable o dañina, la cual se obtiene a través de un examen de rasgos personales (Padrón-Salas, et al. 2015).

La imagen corporal es una construcción que ha generado en la sociedad impaciencia, sobre todo en la juventud quienes invierten tiempo y una cantidad monetaria significativa para cambios de apariencia, para aceptación propia y social (Nápoles Neyra, et al. 2022). Es sustancial recalcar que la insatisfacción corporal puede favorecer la adopción conductas nocivas y antisociales, que se ven reflejadas en el consumo de drogas lícitas, como el tabaco y alcohol (Lara Reyes, et al. 2020).

El trabajo de investigación se estructura de la siguiente manera: de inicio se presenta el planteamiento del problema, donde se resalta la problemática observada y da apertura al surgimiento de la pregunta de investigación,

consecutivamente la justificación donde se expone la relevancia, en continuación se presenta el objetivo general y específicos. De forma seguida, se desarrolla el marco teórico-conceptual, donde se ubica el marco referencial con todos los antecedentes sobre la percepción de obesidad, autoestima y el consumo de tabaco y alcohol, el marco teórico de donde se sustenta la presente investigación y el marco conceptual donde se encontrarán los conceptos que se abordan en el desarrollo de la investigación. En la siguiente sección, se encuentra el apartado material y métodos, donde se describe la metodología utilizada, tipo de estudio, variables, población de estudio, criterios de selección, inclusión y exclusión. Posteriormente, se encuentran las hipótesis planteadas, la técnica de recolección de datos y la propuesta de análisis, así mismo, en continuación se encuentran los aspectos éticos. Para finalizar, se localizan los anexos tales como cronogramas, consentimiento informado, instrumentos de medición y la dosificación de la intervención.

1.1. Planteamiento del problema.

La Organización Mundial de la Salud [OMS], (2021) refiere que la causa principal del sobrepeso y la obesidad se debe a una inestabilidad en el balance energético con respecto a las calorías que se ingieren y las que se terminan gastando, además plantea que la problemática ha crecido y se mantiene por el aumento de consumo de comida con un contenido calórico elevado en donde la grasa destaca, a esto se le añade una cantidad de actividad física decreciente, por el estilo de vida sedentario que el ser humano ha ido adoptando. De forma constante se relacionan la actividad física y los hábitos alimenticios con un cambio inquietante en el resultado ambiental y social ya que son relacionados al progreso y el ausentismo político en relación al apoyo en la salud, el transporte, entre otros.

Así mismo, la OMS, (2017), en los reportes concernientes al sobrepeso y obesidad, alude a estos últimos como factores asociados a la carga mundial de morbilidad, con cifras que sobrepasan los cuatro millones de fallecimientos al año; por lo que esta condición de salud, es considerada, actualmente una epidemia, por las proporciones que ha alcanzado. Relacionado con lo anterior, la Federación Mundial de Obesidad - *World Obesity Federation* [WOF], (2022), refiere que es importante incidir en el control de la obesidad, dado que es considerada una enfermedad no trasmisible (ENT) asociada a la diabetes tipo 2, así mismo que el control nutricional en las personas que la padecen es clave para evitar el incremento de la prevalencia.

Además, la Organización Panamericana de la Salud [OPS], (2017) aborda la problemática del sobrepeso y la obesidad, destacando el aumento de las tasas de esta condición. Entre los determinantes psicosociales de esta enfermedad se identifican la falta de conocimiento sobre sus causas y consecuencias, así como las creencias y percepciones construidas alrededor de ella. Particularmente, se destaca la falta de reconocimiento de la obesidad como enfermedad y condición de riesgo, por ello la percepción del estado de salud, la imagen corporal y el peso pueden influir en los estilos de vida individuales, impactando tanto positiva como negativamente en la salud.

En el contexto nacional, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT], (2020), reporta que dos tercios de los adultos mexicanos padecen de sobrepeso u obesidad y entre el 2012 y el 2018 está prevalencia aumento en ambos sexos. La información de la ENSANUT de Medio Camino [ENSANUT MC], (2016) corroboró que el sobrepeso, la obesidad y la prevalencia de ambas condiciones, son las cuestiones más habituales respecto a la mala alimentación en la población infantil, adolescente y adulta en México; además que, a lo largo de los últimos treinta años, las consecuencias desfavorables en la salud incitados debido al incremento de peso, se van incrementando de forma impresionante.

En concordancia con lo ya señalado, el Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], (2020) señala que la obesidad es una enfermedad prevenible, por lo que considera que es necesario establecer estrategias, como los chequeos preventivos periódicos, a través de aplicaciones digitales y chequeos en módulos preventivos por enfermeros de familia, valoraciones nutricionales y actividad física constante, con la finalidad de aumentar la calidad de vida de las personas y la adopción de estilos de vida saludable; puesto que la obesidad no solo se asocia a ENT, sino también afecta la salud mental, como lo es el caso de la autoestima, por los cambios morfo fisiológicos que desencadena.

A este respecto la OMS, (2019), relaciona una buena salud mental con un bienestar mental y psicológico, por lo que trabaja para progresar en la salud mental de la sociedad, impulsar el bienestar mental, prever los trastornos mentales, amparar los derechos humanos y darles atención a las personas con trastornos mentales. En concordancia con lo anterior la OPS, (2020), menciona que actualmente es de suma importancia mantener una salud mental adecuada, ya que las enfermedades a causa de una salud mental deficiente están constituyendo una epidemia sigilosa, que está afectando la Región de las Américas, con depresión y ansiedad, destacando como principal causa de discapacidad; es por esto que señala que la salud mental baja está relacionada intrínsecamente con las tasas de pobreza y la calidad de vida de la población, la salud mental se relaciona con los cambios sociales continuos e inesperados, como por ejemplo: alguna situación laboral

estresante, la discriminación de las masas, imposición de género, la excepción de tu persona en la sociedad en la que te desenvuelves, poco ejercicio, mala alimentación, alguna situación de violencia en la que la persona se encuentre incluida y también abarca la violación de los derechos humanos.

Por lo que, con lo anteriormente expuesto, se puede asumir que la obesidad está muy relacionada a la baja autoestima; además de que cuando se ha estudiado la relación de la obesidad con la autoestima, se ha observado que conforme disminuye el peso aumenta la autoestima; así mismo que una autoestima alta, puede ser considerada como un factor protector de salud mental (Tirado, et al. 2020; Lazarevich, et al. 2013).

Continuando con lo anterior, las personas con obesidad tienden a distorsionar su imagen corporal, especialmente a través de la subestimación, conocida como "megarexia". Esta distorsión implica que no perciben su exceso de peso, viéndose a sí mismas más delgadas y con una figura más agradable. No se preocupan por su apariencia, consideran que su talla es correcta y que no tienen problemas de salud. Esta percepción errónea de la propia imagen corporal, de origen psicológico, puede conducir a un aumento de peso, malnutrición y la falta de medidas dietéticas para llevar una vida saludable (Carvajal Navarrete y Esparza Meza, 2021). Dado el aumento de los índices de sobrepeso y obesidad, se sugiere dar mayor relevancia a la subestimación de la imagen corporal en comparación con la sobreestimación. Visto de esta forma, un grupo de interés son los jóvenes ya que la megarexia o también conocida como fatorexia, es un trastorno alimenticio bastante común en este grupo de edad.

Por su parte Bobadilla-Suárez y López-Ávila, (2014) realizaron un estudio de la distorsión de la imagen corporal negativa, es decir, la percepción que el sujeto posee acerca de su peso es imaginarse con un peso menor al que en verdad tiene, dando como resultado la explicación de la tasa alta del IMC en hombres mexicanos, ya que ellos se perciben más altos y más delgados al contrario de cómo es el caso en mujeres ya que estas, se perciben con más peso al momento de verse en un reflejo lo que las hace estar menos cómodas con sus cuerpos generando mayor

autoconocimiento con el IMC femenino con la finalidad de tener menos peso y estar más satisfechas, añadiéndole la categoría estética que siempre ha sobresalido en el género siendo parte importante de esta situación psicosocial.

Aunado a lo anteriormente descrito, es importante señalar que los jóvenes cursan por diferentes etapas en su desarrollo, que definen e influyen en su comportamiento, lo cual es producto de los cambios neurocognitivos y sociales por los que cursan en la etapa de desarrollo; lo cual se ha observado está muy ligado a la adopción de estilos de vida saludables y conductas socialmente aceptables; sin embargo la inexperiencia puede inclinarlos hacia la adopción de conductas nocivas como el consumo de drogas licitas en este caso el tabaco y el alcohol (Telumbre-Terrero, 2018).

Es por esto que la OMS, (2019) señala que el consumo nocivo del alcohol provoca que cada año tres millones de personas mueran por el abuso del consumo, por lo que considera necesario implementar estrategias mundiales para corregir la situación, es decir, mejorar la situación sanitaria y social de las personas, así mismo contar con una reducción de la morbilidad a causa del consumo nocivo de alcohol en las comunidades y sobre todo disminución de las consecuencias sociales que trae consigo.

Así mismo la OPS, (2022) menciona que el consumo de alcohol es un reto para el crecimiento social y económico mundialmente hablando, pero específicamente en las Américas es un desafío ya que la ingesta de bebidas alcohólicas es un 40% superior en promedio a comparación de los otros continentes. Este promedio es considerado peligroso ya que refleja el alto consumo que se tiene y por consecuencia los daños a la salud que origina en la población al igual que los daños sociales que genera en la misma.

De igual forma el primer tratado internacional de salud pública que realiza la OMS, (2022) es el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco [CMCT OMS] tiene la finalidad de minimizar la epidemia que se tiene actualmente a causa del tabaquismo, entre los principales decretos están: aumento de impuestos en las modalidades en las que se venda el tabaco, prohibido el consumo del tabaco en

lugares cerrados, concientización de las consecuencias del consumo de este producto a través de advertencias sanitarias colocadas en los empaques e inhabilitar la mercadotecnia de estos productos. Por su parte, la OPS, (2022) tiene el objetivo de acelerar el cumplimiento del CMCT aplicando líneas de acción basadas en los decretos antes mencionados como, por ejemplo: estricta prohibición del humo de tabaco dentro de establecimientos cerrados, darle prioridad al empaquetamiento del producto y que este se vea obligado a llevar las advertencias sanitarias ya conocidas, incrementar la restricción de la publicidad, promoción o cualquier derivado de la mercadotecnia del producto, entre otras líneas.

También la OPS, (2024) manifiesta que las sustancias psicoactivas son sustancias reguladas para el control y la supervisión de su uso, en la clasificación existente el alcohol y el tabaco están dentro de las sustancias de uso recreativo. Esta una categoría que es ilícita, pero tiene autorización medica en caso únicamente necesario, las sustancias que entran son: cocaína y sus derivados. Asimismo, generó estadísticas sobre el abuso de sustancias, refiriendo que en América Latina y el Caribe habitan 4,4 millones de hombres y 1,2 millones de mujeres están alterados debido al abuso de sustancias tal como: la sumisión a estas sustancias, por ser la más común ya que existen otros padecimientos que pueden ocurrir en la población.

Por su parte la Comisión Nacional contra las Adicciones (2017) a través de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco [ENCODAT], (2016-2017), presento los resultados de un estudio realizado en domicilios de zonas urbanas y rurales, con población de 12 a 65 años a nivel estatal, reporta que el 71% de los mexicanos han ingerido alcohol al menos una vez en toda su existencia y que el consumo de tabaco en 2016 se incrementó a 7.4 cigarros como consumo promedio de un fumador.

De la misma forma el Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], (2020), plantea que la drogadicción es una acción voluntaria del ser humano en donde el sujeto sabe las complicaciones de consumir aquel producto o sustancia dañina y aun así lo hace, nos dice que a base de la adicción que ya se tiene es por qué siguen

consumiéndola, ya que el vínculo que se ha generado es tan fuerte que llega a ser difícil solo desprenderse de su consumo. El IMSS tiene una clasificación de las drogas con base a elementos farmacológicos la cual es: eufóricas destacando la cocaína, fantásticas en donde entra la marihuana, embriagantes que es a donde el alcohol pertenece, hipnóticas que es donde se contemplan los sedantes como los barbitúricos y las excitantes en donde entran el tabaco y la cafeína. Se tiene una clasificación extra con fines recreativos en donde tienen lugar los derivados del fentanilo, entre otros. El IMSS para contribuir a la problemática genero Estrategias Educativas de Promoción de la Salud (EEPS) que tiene un paquete de temas básicos y variados para la divulgación de estos temas a diferentes grupos de edad de derechohabientes.

En vista de la relevancia que tiene tanto la percepción de la obesidad, autoestima y el consumo de drogas licitas en el desempeño académico y trayectoria escolar en los estudiantes universitarios, es que surge el interés de llevar a cabo el siguiente trabajo de investigación partiendo de la siguiente pregunta:

¿Cuál es impacto de una intervención educativa para mejorar la percepción de la obesidad, autoestima y reducción de consumo de tabaco-alcohol, en universitarios de la facultad de enfermería Culiacán, de septiembre de 2022 a julio de 2024?

1.2. Justificación.

De acuerdo a datos de la OMS, (2021) en relación al sobrepeso y obesidad, señala que en el mundo hay 650 millones de adultos obesos y más de 1.900 millones de adultos con sobrepeso, lo cual se traduce en un 13% del total; cifra que se considera alarmante ya que abarca el 39% de la población adulta total; con respecto a la obesidad según el género 11% son hombres y 15% son mujeres. Relacionado con lo anterior la WOF, (2022) señala que 41 millones de muertes al año en 2013 se fueron atribuidas a enfermedades no transmisibles (ENT) como la obesidad, por lo que se establecieron acuerdos los miembros de la federación para frenar el aumento de la obesidad en 2025. Ahora bien, datos de OMS, (2021) y WOF, (2022) estiman que para el 2030, mil millones de personas vivirán con obesidad en todo el mundo con una prevalencia mundial del 18% en la población masculina y un 21% en la población femenina.

En lo relacionado al territorio de las Américas la predominación de sobrepeso y obesidad ya sea hombre o mujer es de 62% y 26% para obesidad en población adulta de más de 20 años de edad. Por su parte la OMS, (2022) considera que las enfermedades crónicas, no transmisibles (ENT) son el origen primario de fallecimiento y minusvalía en el planeta tierra, refiere que alrededor de 41 millones de personas mueren debido a las ENT, es decir, el 74% de todas las defunciones en el cosmos; estas anteriores son consecuencia en parte importante de la obesidad, ya que aumenta la posibilidad de desarrollar alguna ENT, ya sea diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades hepáticas o ciertos tipos de cáncer. Patologías que requieren intervenciones más complejas y costosas que la enfermedad principal.

Actualmente México tiene el 5to lugar en obesidad a escala mundial y para el 2030 se evalúa un 36.8%, es decir, 35 millones de adultos con obesidad en la población total mexicana. De igual modo, tiene el 6to puesto en tener la mayor cantidad en obesidad adulta mayor a 20 años con la justificación de la prevalencia ascendente en obesidad infantil (WOF, 2022).

OCDE, (2019) citado en IMSS, (2020) refiere que la obesidad es un ataque para los sistemas de salud, dedican al menos el 25% de ese gasto a personas obesas sobrepasando el que se destina para una persona con un peso normal, hoy en día los países de la OCDE brindan el 8.4% de su presupuesto total en salud al tratamiento de enfermedades que tienen relación con la obesidad. Asimismo, el IMSS (2020), emite que el 77.5% de los derechohabientes adultos presentan sobrepeso y obesidad, siendo el 38.7% derechohabientes obesos, o sea, 4 de cada 10 derechohabientes.

Es por ello que la Encuesta Nacional de Salud [ENSANUT], (2020) menciona que del 75.2% de adultos, el 39.1% tiene sobrepeso y 36.1% tiene obesidad, (76.8% son mujeres y 73.0% son hombres). Es importante mencionar que el 9.7% de la prevalencia de obesidad fue en mujeres, es decir, un (40.2%) a diferencia que en hombres con una cantidad del (30.5%), en tanto la prevalencia de sobrepeso fue de 5.9% superior en hombres (42.5%) que, en mujeres, estas quedando con un (36.6%).

Diversos estudios, en su esfuerzo por identificar los factores que contribuyen al desarrollo de esta patología pandémica, han revelado, entre otros factores, la errónea percepción de que la imagen o el tamaño corporal se relacionan directamente con el estado nutricional de las personas. Esta percepción tiende a llevar a la subestimación o sobrestimación del peso corporal real. Subestimar el peso corporal implica asignarle un valor menor al que realmente tiene, mientras que sobreestimarlos significa darle un valor mayor al correspondiente. La imagen corporal es la representación mental que cada persona construye sobre su propio cuerpo, y está compuesta por variables como aspectos perceptivos, cognitivos-afectivos y conductuales (Lee Li, et al. 2016).

Algo que se tiene presente es que la obesidad es causante de complicaciones psicosociales como lo son la baja autoestima, el acoso escolar y la estigmatización social (Quintero, et al. 2016). Relacionado con esto, una de las importantes secuelas psicológicas de la obesidad, estimada en ocasiones como la más sobresaliente, es la pérdida de autoestima; que puede generar en una persona señales de depresión;

por consiguiente, algunas personas tratan de remediar las señales a base del consumo constante de comida. Una imagen corporal positiva genera buena salud física y emocional, mejora autoestima y reduce el daño. Por otro lado, cuando se tiene insatisfacción corporal que es considerada como una modificación de la imagen corporal, afecta negativamente al individuo, abarcando emociones, pensamientos y actitudes hacia sí mismo (Román, et al. 2018).

En diversos estudios realizados respecto a la insatisfacción corporal se rescata una investigación en una localidad islandesa (Matthiasdottir, et al. 2010) la cual dio a destacar datos en el que aproximadamente el 43% de los adultos tienen insatisfacción corporal con su propio cuerpo respecto al peso (50% de las mujeres y el 35% de los hombres) y el 72% entiende que necesita bajar de peso (80% de las mujeres y el 63% de los hombres). Asimismo, en un estudio de una población adulta germana, (von Lengerke y Mielck, 2012) se señalan cifras ascendientes de prevalencia de insatisfacción corporal (40.75%) aunque se conserva la tendencia a que el sexo femenino muestra mayor porcentaje de prevalencia que el sexo masculino: 48.3% vs 33.2%. De igual forma, en Estados Unidos, (Fiske, et al. 2014) mencionan datos de prevalencia de insatisfacción corporal en adultos en donde se confirma la tendencia superior en mujeres, pero a su vez son resultados muy variados (11% - 72% para las mujeres y 8% - 61% para los hombres). Igualmente, en un estudio mexicano (Casillas Estrella, et al. 2007) se demostró que la prevalencia de sobrepeso fue del 41% y la de obesidad del 39%, el 84% de la muestra presentaba insatisfacción con la imagen corporal y se observó que las mujeres presentaron mayor insatisfacción con la imagen corporal obteniendo: (2,0) a diferencia de los varones con: (1,5). De igual manera, de forma más local se obtuvo una investigación (Tirado-Reyes, et al. 2020) en relación con el grado de autoestima por género, se identificó evidencia estadística para demostrar la unión entre el nivel de autoestima por género ($X^2 = 14.8$, $p = 0.05$), dado que el sexo masculino tuvo proporciones más eminentes de autoestima elevada (50%).

Entre las consecuencias que traen consigo la obesidad está el factor psicológico, los trastornos emocionales son considerados como parte crucial respecto al

incremento de la obesidad, esta enfermedad esta estigmatizada ya que las personas obesas suelen ser discriminadas, pero a base de los estereotipos que se tienen, el género femenino se ve más afectado.

Algo que se ha observado y es muy coherente con un nivel bajo de autoestima es el consumo de drogas licitas específicamente: alcohol y tabaco. La OMS, (2022) demuestra la cantidad de muertes que existen en consecuencia del consumo nocivo de alcohol indicando a más de tres millones de personas fallecidas por dicho problema, representando a uno de cada veinte muertes, el sexo masculino sobresaliendo con más de tres cuartas partes de esas muertes; en este sentido se comprende que el consumo nocivo del alcohol origina más del 5% de la carga mundial de morbilidad. Debe señalarse que mundialmente existen 237 millones de hombres y 46 millones de mujeres que sufren trastornos por consumo de alcohol reconociéndose que en la Región de las Américas existe una de las mayores incidencias entre ambos sexos con 11.5% en hombres y 5.1% en mujeres lo que es aproximadamente un 40% superior a la media mundial (OPS, 2020). Además, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2020) refleja que, en México, el consumo de alcohol per cápita es de 4.4 litros anuales, pero en concentraciones de consumo en cantidades de tiempo cortos, generalmente fin de semana.

Por otro lado, la OMS, (2022) refiere una lucha constante en contra de la epidemia que se ha generado por el consumo del tabaco, se considera de esta forma por las pérdidas anuales que consisten en más 8 millones de vidas. Hoy en día existen 1,300 millones de personas que lo consumen y se tiene que el 80% de esta población vive en países subdesarrollados ya que las tasas de morbimortalidad a causa del consumo del tabaco aumentan en estos países; el tabaco mata a 7 millones de fumadores activos y más de un millón de no fumadores son afectados por humo de fuente ajena, incluyendo un millón de muertes anuales en las Américas en donde el tabaco es el único producto de consumo legal que mata hasta a la mitad de los que lo consumen (OPS, 2022).

Al mismo tiempo la OCDE, (2020) refleja una pérdida anual de más 5 millones de vidas desde hace un par de décadas a causa del consumo del tabaco, actualmente

se tienen estimaciones alrededor de 1,100 millones de individuos que son fumadores activos, entre ellos el 84% son hombres y el 80% vive en países de nivel medio y bajo. Por su parte, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones [SISVEA], (2021) estadísticamente expresa que las dos principales drogas de entrada siguen siendo el alcohol y el tabaco reportadas de la población mexicana, el alcohol en primer lugar con 33.2% y el tabaco en segundo lugar con 32.1%. (Pág. 25)

Asimismo, [ENSANUT], (2020) ha observado la prevalencia global del consumo de tabaco en adultos, abarcando tanto a nivel mundial como en México, registrando que asciende a 14,820,100 personas (17.9% de la población adulta) que son fumadores. En el desglose por género, se identifica que el 28.4% de los hombres (10,652,700 fumadores) y el 9.2% de las mujeres (4,167,400 fumadoras) participan en dicho hábito. La edad promedio de inicio para el consumo de tabaco es de 18 años en hombres y 20 años en mujeres, con una media de 18.6 años en ambos sexos. En promedio, se consumen 7.1 cigarros al día, siendo 7.5 cigarros diarios en hombres y 5.9 cigarros diarios en mujeres. En relación al consumo de alcohol, la prevalencia anual se sitúa en un 94.3% (49,812,800 consumidores) a nivel general. En el desglose por género, el 94.7% de la población masculina (29,907,700 consumidores) y el 93.7% de la población femenina (19,905,100 consumidoras) participan en el consumo de alcohol de forma anual, según los resultados de la investigación.

En el estado de Sinaloa particularmente, no hay estudios de intervención publicados que aborden la temática de la percepción de la obesidad, autoestima y consumo de drogas en jóvenes universitarios, sin embargo a experiencia de la investigadora se ha observado que existe un número importante de estudiantes de pregrado que tienen una percepción distorsionada de la imagen corporal y lo anterior es probable este asociado a la autoestima, lo que a su vez puede influir en el inicio del consumo de drogas lícitas como el tabaco y alcohol; por lo que el realizar el presente estudio, será una oportunidad para ampliar el conocimiento sobre el papel que juega la percepción de la obesidad, autoestima en el consumo de drogas y aprovechando lo

anterior, sentando las bases para futuros estudios en los que se invite a participar a la profesión de enfermería en el diseño de programas de intervención para mejorar la percepción de la obesidad, autoestima y reducir el consumo de drogas lícitas.

1.3. Objetivos.

1.3.1. Objetivo general:

- Evaluar el impacto de una intervención educativa para mejorar la percepción de la obesidad, autoestima y reducción de consumo de tabaco y alcohol, en universitarios de la facultad de enfermería Culiacán, de septiembre de 2022 a julio de 2024.

1.3.2. Objetivos específicos:

- Describir socio demográficamente a la población de estudio.
- Relacionar la diferencia de autoestima antes y después de la intervención con el género de los participantes.
- Relacionar la diferencia de autoestima antes y después de la intervención con el estado civil de los participantes.
- Relacionar la prevalencia del consumo de tabaco y alcohol global, lapsica y actual antes y después de la intervención respecto al género de los participantes.

II. Marco Teorico-Conceptual

2.1. Marco Referencial/ Antecedentes de investigación.

Algunos de los estudios analizados que dan sustento teórico y científico a la investigación son los siguientes:

Vilugrón, et al. (2023) realizaron una investigación titulada "Obesidad, estigma relacionado con el peso y su asociación con la percepción de la calidad de vida en estudiantes universitarios chilenos". El objetivo de este estudio fue identificar la prevalencia del estigma relacionado con el peso y analizar su vinculación con la obesidad y la percepción de la calidad de vida en estudiantes universitarios de Valparaíso, Chile. Se trató de un estudio de tipo correlacional con un diseño transversal que incluyó a una población de 262 estudiantes universitarios de 18 a 29 años de edad. La calidad de vida fue evaluada mediante la escala WHOQOL-BREF, el estigma relacionado con el peso se midió con el Inventario breve de Situaciones Estigmatizantes (SSI), y el estado nutricional se determinó a través de la clasificación del índice de masa corporal (IMC). Entre los hallazgos destacados se encontraron que la prevalencia del estigma relacionado con el peso fue del 13.2% en individuos con peso normal, 24.4% en aquellos con sobrepeso y 68.0% en individuos con obesidad. Además, se observó que el estigma relacionado con el peso, más que la obesidad en sí misma, se asoció con una percepción de salud física ($OR: 4.30; 95\% IC: 2.10-8.80$), salud psicológica ($OR: 4.51; 95\% IC: 2.20-9.26$), relaciones sociales ($OR: 3.21; 95\% IC: 1.56-6.60$) y ambiente ($OR: 2.86; 95\% IC: 1,33-6,14$) negativas.

Suárez González y Gutiérrez Machado, (2022) llevaron a cabo un estudio denominado: sobrepeso, obesidad y riesgo cardiometabólico en mujeres de edad mediana, el cual tiene como objetivo caracterizar mujeres de 40 a 65 años según la evaluación nutricional y los factores de riesgo cardiometabólicos; es un estudio descriptivo, retrospectivo en 180 mujeres de edad mediana en Cuba. El análisis estadístico se realizó en dos etapas: análisis descriptivo (media, mediana, y desviación estándar) y análisis inferencial (X^2 [cualitativos]). Como resultados principales se encontró que predomina el sobrepeso y la obesidad, el 43.89% tiene

un índice de masa corporal correspondiente a la categoría sobrepeso y al clasificar la obesidad el 31.67% tiene una obesidad clase I. Según aumenta el índice de masa corporal aumentala frecuencia de factores de riesgo: hipertensión, tabaquismo y cardiopatía isquémica.

Fuenzalida Rojas, et al. (2022) desarrollaron un trabajo de investigación titulado: satisfacción corporal en jóvenes entre 20-24 años que estén cursando educación superior en la comuna de Brasil, año 2022, con la intención de describir la satisfacción corporal en jóvenes con la edad anteriormente señalada, se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo, de corte transversal; cuya muestra corresponde a 100 personas. Se incorporaron a los sujetos de estudios mediante redes sociales y consecutivamente se aplicó el instrumento "Body Shape Questionnaire". En los principales resultados se observó que 35.64% de la población nunca había sentido insatisfacción corporal, el 26.4% nunca ha referido miedo de perder peso y el 27% nunca ha sentido miedo a engordar. En conclusión, el 57.5% describió nunca haber sentido baja autoestima por su aspecto.

De la Cruz Yamunaque, et al. (2018) llevaron a cabo un estudio titulado "Subestimación del Índice de Masa Corporal a través de la Autopercepción de la Imagen Corporal en Sujetos con Sobrepeso y Obesidad", con el objetivo de evaluar a pacientes con sobrepeso y obesidad, centrándose en la disminución del Índice de Masa Corporal (IMC) según la percepción individual. Se realizó un estudio analítico transversal con la participación de 364 adultos en Ricaurte, Ecuador, con edades comprendidas entre 18 y 64 años, todos ellos con sobrepeso u obesidad. Para evaluar la autopercepción del IMC, se empleó una escala visual validada, y las variables se expresaron en frecuencia absoluta y porcentual, asimismo, para determinar la subestimación del IMC basada en la autopercepción, se desarrolló un modelo de regresión logística. Los resultados de las pruebas estadísticas se consideraron significativos cuando $p < 0.05$. Entre los hallazgos más destacados, se observó que el 17.6% de los participantes con sobrepeso u obesidad subestimaban su IMC según su propia percepción. El 78% informó insatisfacción corporal, siendo la frecuencia del 90.9% en los participantes con obesidad en

comparación con el 67.5% en los participantes con sobrepeso. La obesidad surgió como un factor relacionado con la subestimación: los participantes obesos mostraron 1.91 veces más probabilidades de subestimar su IMC según el autoinforme ($OR= 1.91$; $IC\ 95\%: 1.04 - 3.48$; $p = 0.035$) y la insatisfacción corporal ($OR= 2.45$; $IC\ 95\%: 1.01 - 5.89$; $p = 0.046$) en comparación con los participantes con sobrepeso.

Acevedo, et al. (2020) realizaron una investigación con el objetivo de conocer las creencias y hábitos que tienen los adolescentes y sus padres frente a la obesidad en la ciudad de Armenia, Quindío. El enfoque de la investigación fue cualitativo, fenomenológico, con la realización de entrevistas etnográficas en las que participaron siete padres y sus hijos adolescentes. Dentro de los principales resultados se encontró que los padres destacan que los adolescentes pasaban mucho tiempo con los aparatos electrónicos, lo cual provocaba apartarse del ejercicio y en su persona aumentaban los estilos de vida insalubres, como dato importante se dio el énfasis en que la alimentación de los menores depende directamente del padre o tutor y es importante tener ese detalle presente.

Torales, et al. (2018) en su investigación denominada: Percepción de imagen corporal como factor condicionante del índice de masa corporal en médicos residentes del Hospital de Clínicas correspondientes a San Lorenzo, Paraguay; con el objetivo de conocer la percepción de imagen corporal según el índice de masa corporal (IMC) en 107 Médicos Residentes, se utilizó un diseño observacional descriptivo de corte transversal, como instrumento se realizó con un cuestionario simple que contenían variables tales como: edad, sexo, circunferencia abdominal, peso, talla, índice de masa corporal y percepción del peso corporal. Dentro de los principales resultados se encontró que hubo más mujeres (63% frente a 28%) con peso normal. La población masculina tuvo mayor prevalencia de obesidad (61% vs. 28%) ($p=0,0009$). En cuanto a cómo ven su propio peso corporal, lo perciben como un 23% de obesidad, un 47% de sobrepeso y un 28% de peso normal. Al comparar los datos con el IMC auténtico, podemos concluir que el 43% de los encuestados no cree que su IMC sea exacto. En cuanto al IMC auténtico y la percepción, hay un

63% de acuerdo. Según su IMC, más de la mitad de los estudiantes residentes carecen de una verdadera comprensión de su entorno. Según su IMC real, las mujeres experimentan obesidad con mayor intensidad que los hombres.

Uribe-Carvajal, et al. (2018) en su investigación denominada: percepción del peso corporal y de la probabilidad de desarrollar obesidad en adultos mexicanos desarrollada en Morelos, México; el propósito de la investigación fue comunicar la percepción del peso corporal y las variables comúnmente asociadas a esta. Para ello, se emplearon instrumentos de recolección de datos, incluyendo cuestionarios de percepción de obesidad, comportamiento alimentario y actividad física (POCAA), así como datos de hogar y antropometría obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de México (ENSANUT MC). El estudio se llevó a cabo en una muestra probabilística, abarcando la información de 6,049 participantes con una edad promedio de 37 años ($IC\ 95\% 36.1-37.2$), siendo el 50.8% de ellos mujeres. El estudio reflejó que más del 90% de la población subestima su peso, el 32% esta probable a generar obesidad y más del 90% tiene presente que generar obesidad es grave.

García Villegas, et al. (2020) llevaron a cabo en el Estado de México una investigación nombrada: factores asociados a la distorsión de la imagen corporal en mujeres adolescentes la cual tiene como objetivo determinar la relación entre la distorsión de la imagen corporal respecto a un estado de nutrición y otros factores que se deslindan con inseguridad de apariencia física en mujeres en etapa adolescente. En un estudio transversal en 174 adolescentes se evaluaron los criterios requeridos en el proyecto con los siguientes instrumentos: las mediciones antropométricas las efectuó el personal estandarizado por el método de Habitch (1974). La depresión se midió con el cuestionario de depresión infantil (CDI) (Kovacs, 1981). Se emplearon las siluetas de Rand (2000) como herramienta para evaluar la autopercepción de la imagen corporal. Los resultados revelaron una significancia estadística con $p < 0.05$, dando como resultado una prevalencia del 63.2% en la distorsión de la imagen corporal. Dentro de la muestra, el 52.3%

subestimó su percepción, mientras que el 50.6% presentaba sobrepeso u obesidad, y un 43.7% mostró síntomas depresivos.

Pérez Izquierdo, et al. (2020) indican que la investigación, cuyo nombre y objetivo coinciden en comparar la relación entre la percepción de la imagen corporal y el índice de masa corporal en estudiantes de dos municipios de Yucatán, México, se llevó a cabo mediante un estudio cuantitativo y transversal que incluyó a 462 estudiantes en escuelas de los municipios de Abalá y Chacsinkín, Yucatán. El instrumento utilizado fue el Análisis de la Percepción de la Imagen Corporal (APC), propuesto por Stunkard y Stellard, modificado por Collins para evaluar la percepción de la imagen corporal. Para el análisis estadístico inferencial, se empleó la prueba de chi-cuadrado con un nivel de significancia estadística del 5%. Los resultados indicaron que el 35.6% de los estudiantes presentaban una prevalencia combinada de obesidad y sobrepeso, mientras que el 62.9% tenía un índice de masa corporal normal. En relación con la percepción de su imagen física, solo el 28.8% de los estudiantes percibieron su imagen de acuerdo con su índice de masa corporal real; el 25.3% se percibieron con un índice de masa corporal mayor al real, y el 45.9% se percibieron con un índice de masa corporal menor al real.

Arzate Hernández, et al. (2020) desarrollaron un estudio nombrado: Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con normopeso, sobrepeso y obesidad, con la intención de comparar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en función del estado de nutrición (EN) y sexo. La muestra consistió en 202 adultos de nacionalidad mexicana, con 84 hombres y 118 mujeres, cuyas edades oscilaban entre los 18 y 81 años ($M = 39.74$ $DE = 13.77$). Se organizaron en tres grupos de acuerdo con su estado nutricional: normopeso, sobrepeso y obesidad. Los participantes completaron de manera exitosa el SF-36, una encuesta breve de salud con 36 ítems conocida como Short Form Health Survey. La dimensión de Función Física (FF) prevaleció en la muestra y fue evaluada como muy buena. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en ningún estado nutricional durante el análisis comparativo llevado a cabo mediante la prueba ANOVA.

Tirado, et al. (2020) llevaron a cabo una investigación en Culiacán, Sinaloa; nombrada: Sobrepeso, obesidad y autoestima en trabajadores de la salud, el objetivo de este estudio fue identificar la relación que tiene el sobrepeso y la obesidad con la autoestima en los trabajadores de la salud. El presente estudio adopta un enfoque descriptivo y correlativo, empleando una muestra aleatoria sistematizada conformada por 220 integrantes del personal administrativo y médico. Para la recopilación de datos se utilizaron diversas herramientas, incluyendo un perfil sociodemográfico, información sobre obesidad y sobrepeso, así como la aplicación de la Escala de Autoestima de Rosenberg. Entre los resultados destacados se observó una prevalencia del 43.6% para la obesidad y del 37.3% para el sobrepeso. Ambos mostraron diferencias estadísticamente significativas en función de las condiciones laborales ($\chi^2 = 18.02, p = 0.05$). Se identificó una relación entre la autoestima específica de género y las condiciones laborales ($\chi^2 = 14.8, p = 0.05$). Asimismo, se encontró una correlación negativa y estadísticamente significativa entre las diversas variables del estudio ($r_s = -0.68, p = 0.02$).

Algunos de los estudios analizados en relación a la autoestima son los siguientes:

Acuña Leiva, et al. (2020) llevaron a cabo un estudio en Chile que involucró a una muestra de 120 estudiantes universitarios de pregrado, compuesta por 44 hombres y 76 mujeres, con edades comprendidas entre 18 y 28 años. La investigación, titulada y orientada a describir el nivel de insatisfacción con la imagen corporal y su relación con el estado nutricional entre estudiantes universitarios, adoptó un enfoque cuantitativo, descriptivo, correlativo y transaccional. Se procedió al cálculo del índice de masa corporal, y se emplearon diversos instrumentos en el proceso de recolección de datos tales como: “Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ), la sub-escala “Insatisfacción corporal” del Eating Disorders Inventory en su versión 2 (EDI-2), y un cuestionario sociodemográfico”. Entre los hallazgos más notables, el 69.2% de los participantes, representados por 83 individuos, se clasificaron de acuerdo con su estado nutricional. En contraste, el 17.5% de los participantes, equivalentes a 21 personas, sobrevaloraron su estado nutricional, mientras que el 13.3%, es decir, 16 participantes, lo subestimaron. El

62.5% ($n = 10$) de los 16 estudiantes que subestimaron su peso son hombres. Mientras que el 90.5% ($n = 19$) fueron de sexo femenino, es decir, 21 mujeres.

Enríquez Peralta y Quintana Salinas (2016) en Lima, Perú generaron un estudio de tipo mixto, es decir, cuanti-cualitativo, que lleva un título apegado al objetivo principal de la investigación el cual fue, reconocer la percepción interna del cuerpo sobre la imagen y sus prácticas para corregirla y por ello se realizaron entrevistas a 108 adolescentes (cuantitativa) y 48 (cualitativa) junto con mediciones antropométricas de peso y talla, cuestionario de autopercepción de la imagen corporal. Dentro de los principales resultados se encontró que 36.1% se equivocaron en su peso y 50.9% se equivocaron en su talla. En la fase cualitativa más de la mitad de la muestra estaban supuestamente conformes con su peso y talla; los no conformistas y algunos conformes realizaban prácticas como dietas, actividad física, etc.

Ruiz González, et al. (2018) realizaron una investigación cuantitativa en España con el nombre de: relación entre la autoestima y la satisfacción con la vida en una muestra de estudiantes con el propósito de analizar la capacidad predictiva de la autoestima sobre la satisfacción con la vida –componente cognitivo del bienestar subjetivo-. La muestra fue de 150 estudiantes, en otras palabras, el 72% F y 28% M cuya media fue 21.62 en edad ($SD= 3.59$, $rango= 18-48$). Se administró la Escala de Autoestima de Rosenberg –RSES- (Rosenberg, 1965; adaptación al castellano de Salgado e Iglesias, 1995) y la Escala de Satisfacción con la Vida –SWLS- (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985; adaptación al castellano de Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita, 2000). Los resultados principales señalaron que la autoestima se situó en el 32.6%, evidenciando una capacidad predictiva positiva y estadísticamente significativa ($p=0.000$; $p<0.001$). Los valores beta indican que un aumento en la autoestima se relaciona con una mejora de 0.61 puntos en la satisfacción con la vida ($\beta=.61$).

Gómez Tabares, et al. (2020) llevaron a cabo una investigación denominada "Riesgo Suicida y su Vinculación con la Inteligencia Emocional y la Autoestima en Estudiantes Universitarios", con una muestra de 1,414 estudiantes colombianos con

un enfoque cuantitativo, no experimental, transversal. Se utilizaron instrumentos tales como “la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS), las versiones adaptadas de Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) y la Escala de Autoestima de Rosenberg (RAE), y una Ficha sociodemográfica ad hoc”. Dentro de los principales resultados se encontró que los estudiantes con factor de riesgo suicida presentaron, de manera significativa ($p < .01$), puntuaciones más altas en atención emocional ($Z = -2.13$; $p = .034$; $d = .003$) y en autodesprecio ($Z = -17.131$; $p < .001$; $d = .21$), siendo esta última variable la que presentó un tamaño del efecto grande ($> .039$) (Fritz et al., 2012). En cambio, aquellos estudiantes que no presentaban riesgo de suicidio obtuvieron puntuaciones más elevadas ($p < 0.001$), con tamaños de efecto que variaron entre medianos y grandes (> 0.039) para la inteligencia emocional en general ($Z = -9.37$; $p < 0.001$; $d = 0.62$), claridad emocional ($Z = -11.25$; $p < 0.001$; $d = 0.09$), regulación emocional ($Z = -11.67$; $p < .001$; $d = 0.096$), autoestima general unifactorial ($Z = -18.342$; $p < .001$; $d = 0.24$) y confianza ($Z = -15.419$; $p < .001$; $d = 0.17$).

Ceballos-Ospino, et al. (2017) crearon una investigación en Colombia denominada: validez y dimensionalidad de la escala de autoestima de Rosenberg en estudiantes universitarios, con una muestra de 1,341 sujetos con edad de 18-30 años que diligenciaron la ERA. Se aplicaron como instrumentos “los coeficientes alfa de Cronbach y omega de McDonald los cuales se calcularon para la confiabilidad, el coeficiente de Mosier, para medir unidimensionalidad, y los análisis factoriales exploratorios, para medir la dimensionalidad de la ERA”. En los resultados principales, se registró un coeficiente alfa de Cronbach de 0.72, un índice omega de McDonald de 0.65 y un coeficiente de Mosier de 0.75. En el análisis factorial exploratorio de la Escala de Autoestima de Rosenberg, se identificaron dos dimensiones: (a) autoestima positiva, abarcando el 32.3%, y (b) autoestima negativa, cada una representando el 13.8% de la varianza. Las correlaciones entre estas dimensiones resultaron ser inferiores a las esperadas.

Gámez-Medina, et al. (2017) efectuaron una investigación titulada: Autoestima y consumo de alcohol en adolescentes escolarizados de Nuevo León (México). Con un tipo de muestreo probabilístico, estratificado con una muestra de 688

estudiantes, 401 (58.3%) masculinos, con edad de 15-19 años ($\bar{x}= 17.01$, $DE = 1.41$). Para medir las variables de estudio se utilizaron algunas herramientas como: “Cédula de Datos Personales y Prevalencias de Consumo de Alcohol (CDPPCA), Prueba de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de alcohol (AUDIT), Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)”. Los principales resultados muestran que el 45.8% consumen lo apropiado, el 25% en consumo dependiente, por lo tanto, tienen un problema y el 29.3% tiene un consumo dañino, ya que el problema puede expandirse. En lo que respecta a la autoestima, la gran mayoría de la muestra exhibió un nivel elevado de autoestima (76.2%), seguido por un nivel medio de autoestima (17.4%), y en última instancia, un nivel bajo de autoestima (6.4%). Se observó una correlación significativa entre la autoestima y el consumo de alcohol en el último mes ($p < 0.05$) y en los últimos 7 días ($p < 0.01$).

Guadarrama-Guadarrama, et al. (2018) designaron a su estudio “Cómo me percibo y cómo me gustaría ser”: un estudio sobre la imagen corporal de los adolescentes mexicanos a su investigación, estudio no probabilístico – intencional con el objetivo de comparar la imagen corporal (IC) que perciben y la IC deseada en una muestra de adolescentes. Con una muestra de 635 sujetos de estudio. Se empleó el “Cuestionario sobre la Imagen Corporal de Colás y Castro (2011)”. Dentro de los principales resultados se encontró una diferencia mayor en las mujeres ($d = .53$) ya que los hombres tuvieron un resultado menor ($d=.45$). Se identificó una discrepancia entre la circunferencia deseada y el tamaño real de la cintura y estómago en mujeres ($d = 0.55$). En cambio, los hombres mostraron diferencias en su constitución física ($d = 0.55$) y estructura esquelética ($d = 0.54$).

Algunos de los estudios analizados en relación con el consumo de drogas lícitas son los siguientes:

Mora y Herrán, (2019) llevaron a cabo un estudio nombrado: prevalencia de consumo de alcohol y de alcoholismo en estudiantes universitarios de Colombia el cual fue descriptivo con base en una encuesta aplicada en 721 estudiantes universitarios para de establecer la prevalencia de vida y relacionar el consumo de alcohol y el riesgo del consumo desenfrenado a base del cuestionario CAGE fijando

razones de prevalencia en cinco variables dependientes; como resultado, se observó una prevalencia del 87.1% en el consumo de alcohol en relación con la vida, sin diferencias significativas según el género ($p=0.112$). En cuanto al consumo en los tres meses anteriores, la prevalencia fue del 69.4%, siendo los hombres menos propensos a consumir alcohol que las mujeres (58.4% vs. 41.6%, $p<0.0001$). El riesgo de vicio se registró en un 26.2%, mientras que la dependencia fue del 4.3%.

Orcasita, et al. (2018) crearon este estudio realizado en Colombia nombrado factores psicosociales asociados a los patrones de consumo de alcohol en adolescentes escolarizados el cual trata de los factores psicosociales relacionados con los patrones de consumo de alcohol en adolescentes escolarizados para este se contó con una participación de 284 adolescentes con edades de entre 12 y 18 años con un el muestreo utilizado fue probabilístico estratificado y el instrumento utilizado se construyó a partir del cuestionario FPACA, el cuestionario RUMBOS; el cuestionario FRP- SPA, el cuestionario de consumo de alcohol-RPGCA, el cuestionario APGAR y el cuestionario FACES. Los resultados principales rescataron el 78.5% de la muestra consumió alcohol al menos una vez en su vida. Aunque este porcentaje fue casi similar en ambos sexos, destaco en mujeres (79.6 %). Posterior al estudio, no se halló discrepancia entre el consumo de alcohol y el sexo ($X^2=2.46$, $gl=1$, $p=0.721$). Bajo la evaluación con el AUDIT se logró obtener que el 65.3 % de los sujetos tiene bajo riesgo y un 3.3 % presenta una dependencia.

Hurtado Taipe, (2019) llevó a cabo una investigación denominada: "Motivaciones y Patrones de Consumo de Alcohol en Estudiantes de Ecuador", con un objetivo alineado con el título del estudio. Este enfoque fue no experimental-descriptivo, abarcando a 157 estudiantes universitarios, para lo cual se emplearon el Test AUDIT y el Cuestionario de Razones de Consumo de Alcohol (CMC). Los resultados principales indican que las motivaciones sociales están vinculadas al consumo de alcohol con una media (\bar{X}) de 12.0, seguidas por motivos para sobresalir con $\bar{X} = 9.3$, para manejar problemas con $\bar{X} = 8.1$ y para tener conformidad con la vida con $\bar{X} = 6.8$. En cuanto al consumo de alcohol, el 56.7% de los participantes muestra un

bajo riesgo, el 29.3% presenta riesgo, el 8.3% tiene un patrón de consumo perjudicial y el 5.7% muestra dependencia del alcohol.

Conde, et al. (2017) efectuaron su estudio nombrado: consumo excesivo episódico de alcohol: cambio natural en estudiantes universitarios realizado en la Argentina con el objetivo de estimar la prevalencia de cambio natural del consumo excesivo episódico de alcohol y explorar su relación con consecuencias adversas del consumo y otras características individuales en jóvenes universitarios. En una muestra aleatoria de 828 estudiantes y un análisis descriptivo transversal, se utilizó un cuestionario auto-administrado estructurado con una prevalencia de cambio natural. Dentro de las derivaciones del estudio se localizó que toda la muestra presenta una prevalencia de cambio natural en el consumo excesivo episódico fue de 7% (IC 95%:5-8), mientras que la prevalencia anual de consumo excesivo episódico fue del 53% (IC 95%: 51-56); dentro de los bebedores actuales, la prevalencia fue de 5% (IC 95%: 4-6) y 60% (IC 95%: 57-63) respectivamente.

Alonso-Castillo, et al. (2018) formularon un estudio con un nombre que es afín al objetivo principal el cual es: sentido de coherencia y consumo de alcohol en jóvenes universitarios de Nuevo León. Los instrumentos utilizados fueron: para medir el SOC se utilizó el Cuestionario Breve de Orientación hacia la Vida (SOC-13) derivado del Modelo Salutogénico compuesto por 13 ítems (Antonovsky, 1987) con el propósito de evaluar la capacidad de visualizar el SOC. También se aplicó un AUDIT desarrollado por Babor y Grant (1989). El estudio fue descriptivo, correlacional, probabilístico y estratificado con 227 sujetos. En los resultados destacados se determinó que, en comparación con el sexo masculino, el consumo de alcohol en el sexo femenino se distribuye entre bajo riesgo (30.3%) y riesgo (33.3%), mientras que el consumo dañino es más frecuente en el sexo masculino, alcanzando un 59.1%. El estudio identificó una correlación negativa y estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol y la sensación de coherencia, evaluada mediante el instrumento correspondiente ($r_s = -.197$, $p = .004$). Además, se encontró una correlación entre el consumo de alcohol de riesgo y los efectos adversos en los

sujetos del estudio ($rs = -.206, p = .003$), así como una correlación para el consumo dañino en la muestra ($rs = -.275, p = .001$).

Cortés, et al. (2021) produjeron un estudio que lleva el nombre de patrones de consumo de alcohol y percepciones de riesgo en estudiantes mexicanos, el cual planteo como objetivo analizar las actitudes, motivaciones y percepción de riesgo de consumo de alcohol, en función del patrón de consumo y del riesgo de consumo perjudicial. Fue un estudio descriptivo de corte trasversal realizado en Yucatán con una muestra de 1,260 sujetos de estudio divididos entre 573 de Puebla y 687 de Mérida, entre los 14-25 años ($M = 18.84, DE = 2.43$). con dos instrumentos de medidas: escala de actitudes y hábitos de consumo de alcohol (Moral et al., 2005) y la prueba de identificación de trastornos derivados del consumo de alcohol (AUDIT) (Saunders et al., 1993). Dentro de los principales resultados se encontró que según el AUDIT, el grupo de consumo problemático (5.3% de la muestra) advirtió la dependencia y el consumo nocivo se encuentro en el 39.6% de la muestra, $g = 1.97$ [$PSTE = .835$], según el efecto mayor que tiene un tamaño del 83.5%, y 0.18 [$PSTE = .103$], con efecto sólo mayor que 1 de cada 10 posibles y se conserva un consumo frecuente el tamaño es (55.1% de la muestra), $g = 0.99$ [$PSTE = .516$] y 0.60 [$PSTE = .326$]; y en grupo de consumo funcional comunicó que el consumo de riesgo es menor que el consumo problemático $g = 2.80$ [$PSTE = .952$], con un tamaño de 95.2%, y el de consumo frecuente (1 de cada 5 posibles), $g = 0.42$ [$PSTE = .236$].

Cortaza-Ramírez, et al. (2022) trabajaron en una investigación nombrada prevalencia de consumo de alcohol en estudiantes universitarios de enfermería, la cual tuvo como objetivo: identificar el consumo de alcohol en estudiantes universitarios de enfermería en Veracruz, México dicho estudio fue descriptivo y transversal con una participaron de forma voluntaria y anónima de 260 estudiantes. La información fue recogida a través de un par de instrumentos; el primero indagó datos sociodemográficos y el segundo fue el AUDIT. En las derivaciones del estudio se estimó que el 64.6% de los sujetos indicó haber consumido alcohol en alguna ocasión durante su vida, a los 16.3 años. El licor de predilección fue la cerveza con

53.6%. Los amigos son los proveedores principales con el 62.5% y familiares en segundo lugar con 34.5%. El 59.6% de la muestra maneja un consumo de riesgo bajo, 4.6% son de riesgo y 0.4% tiene un problema de dependencia. No se identificó una asociación significativa entre el consumo de alcohol y el tiempo libre ($X^2 = 25.970$; $p = 0.355$). No obstante, se observó una correlación significativa entre el consumo de alcohol, la edad y factores como el consumo en el entorno familiar y entre amigos, entre otros ($p < 0.01$).

Correa-López, et al. (2020) elaboraron la siguiente investigación que lleva por nombre: factores asociados al consumo de tabaco en estudiantes universitarios de Lima con el propósito ya mencionado, se realizó un estudio analítico-transversal conformado por 447 universitarios de diferentes instituciones, se aplicó el Test de Fagerstrom utilizado para medir el consumo de tabaco. Dentro de los principales resultados se demostró una correlación significativa entre los hombres y el hábito tabáquico ($p=0.01$), con un $RP = 1.67$ e IC al 95% = (1.03 – 2.23). Se observó que si un estudiante universitario tiene padres que fuman, se anticipa que este hábito sea generacional, con un valor de $p=0.00$ y un $RP = 2.53$ con un IC del 95% = (1.62 – 3.52). No se identificó una relación entre este hábito y la presión social.

Fernández-Castillo, et al. (2016) en su estudio llamado: percepción de riesgo respecto al consumo de tabaco en jóvenes universitarios cubanos explotaron las características del estudio con un enfoque cuantitativo-descriptivo. La muestra fue de 1,377 estudiantes de universidad. Se utilizó un instrumento para investigar el consumo de tabaco y al examinar los resultados, específicamente en el nivel de significación y coeficiente de determinación – R^2 , la dimensión motivacional-conductual expreso una varianza ($p < .001$, $R^2 = 0.793$) y la dimensión informativa tiene una proporción menor ($p < 0.001$, $R^2 = 0.014$).

Reyes-Ríos, et al. (2018) realizaron una investigación denominada diferencias en el consumo de tabaco en estudiantes según el sexo universitarios, fue una investigación descriptiva-trasversal con 323 colombianos de pregrado como muestra total; el método de recolección de datos que se manejó fue el cuestionario

de prevalencia de consumo de tabaco. El desenlace de la investigación generó resultados tales como conocer la prevalencia del consumo en ambos géneros; en hombres fue de 38.4 % y en mujeres fue de 15.2 %. El riesgo de generar tabaquismo en hombres fue de 2.53 veces mayor que en las mujeres y la razón de prevalencia fue de 2.53; IC 95 %: 1.70-3.77. El valor de Odds Ratio (OR) fue de 3.49; IC 95% (2.05-5.93), esto anterior significa que el riesgo de tabaquismo en la población masculina fue 3.49 veces mayor que en el género opuesto.

Lira-Mandujano, et al. (2020) con respecto a su estudio que lleva por nombre: ansiedad, depresión, afecto negativo y positivo asociados con el consumo de tabaco en universitarias. Dicha investigación se realizó con base a un análisis de regresión lineal múltiple a 72 mujeres de Iztacala; se aplicaron diferentes instrumentos como: Línea Base Retrospectiva (LIBARE; Sobell & Sobell, 1980), Cuestionario de Fagerström para Dependencia de la Nicotina (TFDN; Heatherton, Kozlowski, Frecker, & Fagerström, 1991), Inventario de Depresión de Beck (IDB; Beck, Steer, & Gabin, 1988), Inventario de Ansiedad de Beck (IAB; Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988), Escalas de afectos positivo y negativo (PANAS; Watson, Clark, & Tellegen, 1988) y una entrevista inicial para recopilar aspectos socio-demográficos. Los resultados principales expresan que, por medio de indagación de regresiones lineales múltiples, $F = 3.087$, $p = .010$ al igual que el consumo por dependencia $F = 2.661$, $p = .023$. Se identificó una correlación entre los síntomas de depresión y el riesgo de consumo de tabaco ($B = -0.099$, IC del 95% = -0.193 a -0.005 , $p = 0.040$), mostrando un valor incrementado en comparación con la ansiedad ($B = 0.121$, IC del 95% = 0.042 a 0.200 , $p = 0.003$). Según los resultados de la investigación, se evidenció que la ansiedad aumenta el riesgo de desarrollar tabaquismo de nicotina ($B = 0.074$, IC del 95% = 0.027 a 0.120 , $p = 0.002$).

Lira-Mandujano, et al. (2020) elaboraron un estudio llamado: asociación entre consumo de tabaco, factores emocionales y motivos para fumar en universitarios donde evaluaron si la ansiedad y los afectos positivo y negativo moderan la asociación entre los motivos para fumar por reforzamiento negativo o positivo del consumo de tabaco, fue un estudio transversal con 219 estudiantes universitarios

de la Ciudad de México a los que se aplicaron instrumentos tales como: Escala de Dependencia a los Cigarrillos (EDC) (Etter, Houezec y Perneger, 2003), Cuestionario Michigan de Reforzamiento a la Nicotina (M-NRQ) (Pomerleau et al., 2003), BAI (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988) - Adaptado por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) (Watson, Clark y Tellegen, 1988) - Adaptada por Robles y Páez (2003) y un cuestionario de datos sociodemográficos. Dentro de los principales resultados se localizó que la \bar{x} del estándar de consumo cotidiano de tabaco fue de 2.68 cigarrillos ($D.E. = 2.53$), entre 1 y 20 como máximo. La \bar{x} del nivel de dependencia a la nicotina fue de 20.91 ($D.E. = 8.17$), entre 11 y 57 como máximo, es decir, el 34.85%. Se percibió una \bar{x} la puntuación de motivos para fumar para reforzar positivamente de 6.66 ($D.E. = 3.21$), entre 0 y 15 puntos como máximo, semejante a 44.41%. Como resultado se consiguió una \bar{x} en la puntuación de motivos reforzados negativamente por fumar fue de 3.29 ($D.E. = 4.26$), entre 0 y 24 como máximo, semejante a 13.71%.

Sánchez-Hoil, et al. (2017) formularon una investigación denominada características sociodemográficas y perfil de consumo de tabaco y drogas en estudiantes de dos universidades de México con la finalidad de describir las características socio-demográficas y de consumo de tabaco y drogas en estudiantes universitarios, a base de una encuesta transversal que incluyó 412 universitarios de Yucatán y 344 de Coahuila, para ello se utilizó una estadística descriptiva para las variables numéricas y frecuencias mientras que para el enfoque cualitativo se utilizó una estadística inferencial para las coincidencias y diferencias, como resultados se obtuvieron que de acuerdo al estatus de consumidor de tabaco los porcentajes de fumador activo (YUC 19.5%, COAH 28.2%) y exfumador (YUC 10.9%, COAH 15.6%) fueron mayores para los de Coahuila, en tanto que, de los que nunca han fumado fue mayor para los yucatecos (YUC 69.6%, COAH 56.2%, $p0.05$). Por día el promedio común del consumo de tabaco tanto en consumidores activos como exfumadores es superior en ambos sexos, también es de manera general en las universidades de Coahuila con diferencias significativas ($p0.05$).

Peña García y Ávila Valdez, (2017) realizaron un estudio titulado "Pros, Contras, Resiliencia y Motivaciones de Consumo de Alcohol y Tabaco en Jóvenes de Preparatoria del Sur de Sinaloa", el cual adoptó un enfoque descriptivo y correlacional con muestreo aleatorio estratificado. Se emplearon diversos instrumentos, como una cédula de datos personales, cuestionarios, escalas y la aplicación del AUDIT, en una muestra de 137 estudiantes. El objetivo fue identificar pros, contras, resiliencia, motivaciones, consumo de alcohol y tabaco, así como determinar la prevalencia global, pasada y actual del consumo. Los resultados revelaron una prevalencia superior en varones en comparación con mujeres (68.5% frente a 94.1%), con una edad media de 17.2 años y tasas de matriculación trimestral del 25.6% y 83.2%, respectivamente. La edad promedio del primer consumo de alcohol fue de 15.1 años, mientras que para el primer consumo de tabaco fue de 14.4 años. Los pros y los contras percibidos son que beber alcohol perjudica a la persona y a las relaciones sociales, pero que hacerlo relaja y hace más agradables las celebraciones. Por otro lado, el consumo de tabaco se asocia a la seguridad, la tranquilidad y la distracción de los problemas, y el 15.4% de los encuestados cree que fumar no provoca cáncer. Hay personas más jóvenes que se muestran más serenas, pero también hay personas mayores que consumen alcohol y tabaco para desconectar y salir de fiesta. Estas personas representan el 54.7% de la población mundial, el 70.1% de la población lúpica y el 72.3% de la población actual.

Tejada-Rangel, et al. (2023) trabajaron en una investigación nombrada: asociación entre consumo del alcohol y tabaco con la salud mental de estudiantes de enfermería en Sinaloa, la cual tuvo como objetivo: conocer la asociación que puede existir respecto al abuso del consumo de alcohol y tabaco dentro de las escuelas de Enfermería de Culiacán, Sinaloa, dicho estudio fue cuantitativo, observacional, transversal, prospectivo, de tipo correlacional causal con una participaron de forma voluntaria y anónima de 277 estudiantes. La información se recopiló mediante instrumentos específicos, como el cuestionario AUDIT para evaluar el consumo de alcohol, el FAGERSTROM para medir el consumo de tabaco, el CES-D para evaluar la depresión y la escala de HAMILTON para medir la ansiedad. Los resultados

principales indican que el 15.5% y el 11.6% de los participantes han intentado dejar de consumir alcohol y tabaco, respectivamente. No obstante, esto sugiere que la mayoría de los sujetos de estudio no tienen interés en abandonar estos hábitos. Además, la incidencia de consumo de alcohol o tabaco entre los amigos o conocidos de este grupo de estudio es muy baja, registrando un 15.9% para el consumo de alcohol y un 11.6% para el consumo de tabaco. En otras palabras, no existe una preocupación significativa en este grupo con respecto al consumo de estas sustancias.

Intervenciones de alcohol:

Méndez-Ruiz, et al. (2020) realizaron un estudio en México, titulado: Prevención del consumo de alcohol y transmisión de virus de inmunodeficiencia humana: ensayo clínico aleatorizado, el cual tiene como objetivo: conocer los efectos de una intervención de enfermería para reducir el uso de alcohol y disminuir factores de riesgo para transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (HIV, siglas en inglés). Método: ensayo clínico aleatorizado, simple ciego, administrado por enfermeras a mujeres jóvenes. Participaron 66 personas en el grupo de intervención y 66 en el de control. Los instrumentos fueron el Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol, el HIV Risk Behavior Knowledge y la escala de Autoeficacia del Uso de Condón. Se utilizó análisis de la varianza. Dentro de los principales resultados se localizó que en el grupo de intervención disminuyó el involucramiento con el alcohol ($F(1,119) = 50.28; p < 0.001; \eta^2 p = 0.297$), aumentaron los conocimientos sobre el HIV ($F(1,130) = 34.34; p < 0.001; \eta^2 p = 0.209$) y la autoeficacia para uso de condón ($F(1,129) = 27.20; p < 0.001; \eta^2 p = 0.174$). También menos participantes bebieron alcohol en la última semana en comparación con el grupo de control ($X^2 = 15.95; p < 0.001$).

Kamal, et al. (2020) realizaron un estudio titulado: Detección e intervención breve por enfermeros entre estudiantes universitarios con consumo peligroso de alcohol: A Double-Blind ensayo clínico aleatorizado doble ciego de la India, el cual tiene como objetivo: Determinar la eficacia del cribado e intervención breve (SBI) individual en el campus, a cargo de enfermeras, para el consumo peligroso de

alcohol entre estudiantes universitarios para el consumo peligroso de alcohol entre estudiantes universitarios. Métodos: Se trató de un ensayo controlado aleatorizado, doble ciego y de diseño paralelo. De los 793 estudiantes examinados, 130 cumplían los criterios de selección de consumo peligroso de alcohol, definidos por la puntuación obtenida en la prueba de identificación de trastornos por consumo de alcohol (AUDIT). Los resultados se evaluaron al cabo de 3 meses. Dentro de los principales resultados se localizó que la mayoría (80.7%) de los participantes eran hombres. Entre todas las características demográficas y clínicas basales, sólo los antecedentes familiares de consumo de alcohol fueron significativamente diferentes en los grupos. El análisis por intención de tratar mostró un efecto significativo pero pequeño (0.16) del SBI en la puntuación media del AUDIT media. El sexo no moderó el efecto. También se observó que el SBI tenía un efecto significativo (odds ratio ajustada de 3.7; IC del 95%: 1.529-8.850) en el cambio de los estudiantes de la zona de alto riesgo a la zona de bajo riesgo del AUDIT.

Martin-Pérez, et al. (2019) realizaron un estudio en España titulado: entrevistas motivacionales grupales breves vs terapia cognitivo conductual breve, cuyo objetivo fue demostrar que las entrevistas motivacionales grupales breves (bIM breve) administrada en grupo es tan eficaz como la terapia cognitivo conductual breve (TCC) en grupo para reducir el consumo de alcohol en estudiantes universitarios. Con una población de 89 estudiantes universitarios (69 mujeres; edad \bar{x} = 21.01, DE = 2.85) con consumo de riesgo de alcohol, medido por el AUDIT-C, fueron asignados a dos grupos, recibiendo tres sesiones de bIM breve administrada en grupo o de TCC. El consumo de alcohol se evaluó 3 y 6 meses después de las intervenciones, y se analizó según un diseño de intención de tratar. Dentro de los principales resultados se localizó que el consumo de alcohol disminuyó en ambos grupos en los puntos de medición de los 3 y 6 meses (en relación con la línea de base). Los factores de Bayes apoyaron la hipótesis nula tanto a los 3 como a los 6 meses de seguimiento (BF_{01} = 7.13, y BF_{01} = 5.22 respectivamente). Además, la intención de continuar el tratamiento fue sustancialmente mayor en el grupo con bIM (BF_{10} = 9.77).

Sawicki, et al. (2018) realizaron un estudio en Brasil titulado: Consumo de alcohol, calidad de vida e intervención breve entre estudiantes universitarios de Enfermería, el cual tuvo como objetivo: evaluar el patrón de consumo de alcohol, el impacto de la Intervención Breve (IB) y la calidad de vida (CV) de universitarios de Enfermería. Método: Estudio prospectivo longitudinal realizado con informaciones sociodemográficas y económicas, la ingesta de bebidas alcohólicas, la IB y la evaluación de la CV de 281 universitarios de Enfermería. Se han aplicado cuestionarios, realizado una conferencia y debatido el patrón de consumo de alcohol, utilizando el Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT) del Medical Outcomes Studies 36-items short-form (SF-36). Dentro de los principales resultados se localizó que ya ingirieron alcohol el 90% de los universitarios y el 20.6% lo hacían uso abusivo/ nocivo, asociado significativamente a la más corta edad del primer uso. Tras la IB, el consumo del alcohol disminuyó notablemente entre los universitarios. Hubo una correlación entre el primer consumo de la edad legal y la puntuación AUDIT $p \leq 0.0003$, $r = -0.226$; el consumidor de bajo riesgo tomó alcohol por primera vez a la edad legal ($p \leq 0.0001$); la menor frecuencia y consumo tienen una correlación con la edad de inicio $p \leq 0.0064$ y $p \leq 0.0001$.

Cogollo-Milanés, et al. (2023) realizaron un estudio titulado: Efectividad de un programa para la prevención de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios, con la finalidad de evaluar la efectividad de un programa para prevención de consumo de sustancias en estudiantes de una universidad pública en Cartagena, Colombia. Método: Diseño cuasiexperimental, sin grupo control. La muestra fue de 1098 estudiantes de primer semestre de los programas académicos la Universidad de Cartagena. Las edades variaron entre 16 y 27 años ($X^2 = 7.0$; $DE = 1.8$), con un registro de 472 mujeres (56.9 %) y 358 hombres (43.1 %). El grupo, en su totalidad, recibió el programa psicoeducativo Construyendo Salud, que consta de diez sesiones, de dos horas semanales, que refuerza habilidades sociales, personales y afronta los efectos negativos de las diferentes sustancias, mitos y realidades. Dentro de los principales resultados se localizó se observó reducción en el consumo de alcohol (77.2 vs. 0.72,7 %; $p < 0.05$), se mejoraron la autoestima ($t =$

2.29; $gl = 824$; $p < 0.02$), el control de emociones ($t = 2.13$; $gl = 813$; $p < 0.03$) y el manejo de ansiedad ($t = 3.06$; $gl = 805$; $p < 0.01$).

Intervenciones de tabaco:

Ordás Campos, et al. (2017) realizaron un estudio titulado: Consumo de tabaco en estudiantes universitarios de ciencias de la salud: estudio de prevalencia, con el objetivo de determinar la prevalencia de consumo de tabaco y analizar los conocimientos y actitudes frente al tabaquismo entre los estudiantes de Ciencias de la Salud. Método: Estudio descriptivo transversal mediante cuestionario anónimo, llevado a cabo en España durante octubre y noviembre de 2014. Participaron en el estudio 353 estudiantes (82.2%) de grado de Enfermería y Fisioterapia. Dentro de los principales resultados se localizó que la prevalencia global de consumo de tabaco fue del 19.5% (69/353; IC 95%: 15.6-24.2). La edad de inicio de consumo fue 15.3 años, con una baja dependencia nicotínica y una motivación media para el abandono. Los conocimientos sobre las consecuencias del tabaco sobre la salud fueron deficientes

Bernabé-Ortiz y Carrillo-Larco, (2023) realizaron un estudio titulado: Prevalencia y tendencias de tabaquismo activo y pasivo en adolescentes peruanos con el objetivo de evaluar las tendencias ocurridas en diferentes indicadores de tabaquismo en adolescentes peruanos. Método: El presente estudio usa la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes (2007, 2014, 2019). Tabaquismo activo se definió según el consumo de tabaco en los últimos 30 días. Tabaquismo pasivo se definió en función a exposición a tabaco dentro y fuera del hogar, tanto global como en forma diaria. Los análisis consideraron el diseño muestral. Dentro de los principales resultados se localizó que el 26.6% reportó antecedente de tabaquismo previo; dicha prevalencia cayó de 45.2% (2007), a 25.3% (2014), y a 19.4% (2019, p de tendencias < 0.001), mientras que el tabaquismo activo cayó de 17.1% (2007) a 8.7% (2014) y a 5.7% (2019). La prevalencia global de tabaquismo pasivo en el hogar cayó de 24.7%, a 12.9% y a 10.4% ($p < 0.001$) en ese lapso.

Rodríguez de la Cruz, et al. (2022) realizaron un estudio titulado: Percepción de riesgo de consumo de alcohol y tabaco en universitarios del área de salud, con el

objetivo de: Analizar la relación de percepción de riesgo y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes universitarios de ciencias de la salud de una universidad pública en Tabasco, México. Método: Estudio descriptivo correlacional, en una muestra de 601 estudiantes seleccionados por muestreo probabilístico estratificado. Se aplicó cédula de datos personales y prevalencia de consumo de alcohol y tabaco, cuestionario de percepción de riesgo hacia el consumo de drogas lícitas y prueba AUDIT. Dentro de los principales resultados se localizó que en relación con las prevalencias de consumo de alcohol se identificó que 73.5% consumieron alcohol alguna vez en la vida, 51.6% en el último año, 28.0% en el último mes y solo 11.6% en la última semana. Las prevalencias del consumo de tabaco fue 34.9% consumió tabaco alguna vez en la vida, 19.3% en el último año, 12.0% en el último mes y solo 7.7% en la última semana. En el último año 48.4% no consumió alcohol, y 80.7% no consumió tabaco, la droga lícita más consumida por los estudiantes fue el alcohol.

2.2. Marco Teórico

2.2.1. Marco teórico de enfermería.

La teoría de enfermería que aporta más a esta investigación es la siguiente:

Como base de enfermería se retomará a la doctora Nola Pender, enfermera y teórica del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), ella enunció que la conducta es producida por pretender conseguir el bienestar y la capacidad humana, para concernir la elaboración de una teoría enfermera que generara refutaciones a la manera cómo los individuos aceptan decisiones con respecto a la manera en cómo cuidan su salud. El MPS es considerablemente manejado por los expertos de enfermería, ya que es consiente de alcanzar conductas humanas concernientes con la salud, y en relación con esto, se coloca con el objetivo de la reproducción de conductas saludables (Aristizábal Hoyos, et al. 2011).

Pender, et al. (2011) postula que el MPS tiene siete supuestos que plasma la perspectiva de enfermería junto con las ciencias del comportamiento, en este sentido se comprende lo siguiente:

1. La persona establece su condición de vida de acuerdo a cómo puede expresar su potencial único de salud humana.
2. El sujeto tiene la suficiente aptitud para el entendimiento reflexivo y evaluación de competencias personales.
3. Desde perspectivas personales, cada sujeto tiene un curso de crecimiento positivo con el objetivo de un equilibrio admisible.
4. El comportamiento funcional nace de la constancia del ser humano.
5. El entorno es un factor que se transforma constantemente de acuerdo al tiempo y la interacción que tiene el individuo respecto a su triada funcional con este mismo.
6. El entorno interpersonal se modifica según el dominio que el profesional sanitario tenga sobre el sujeto durante toda su vida.

- Es sustancial que el binomio persona-entorno sufra una reestructuración de forma personal por parte del individuo para que exista una modificación en el comportamiento.

Uno de los componentes más importantes, es que el MPS de la figura 2-3 es la primera aparición del modelo dentro de la 3ra edición de Promoción de la Salud en la Práctica de Enfermería (Pender, 1996) al cual se le añadieron tres variables nuevas, es decir, afecto relacionado con la actividad, compromiso con un plan de acción y demandas competitivas inmediatas y preferencias.

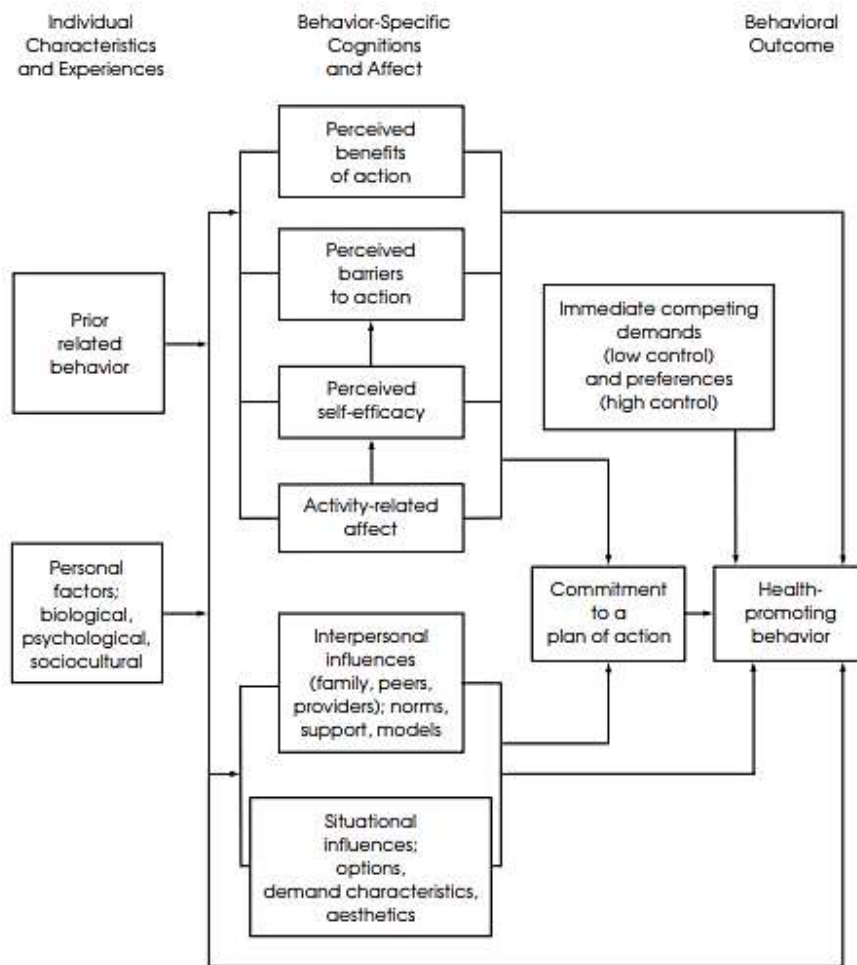


FIGURE 2-3 Health Promotion Model (Revised)

Fuente: Pender, et al. 2015, adaptacion: 2023.

Características y experiencias individuales

Las características y experiencias son propias por persona y cada quien recibe una afección de acuerdo a la acción que realice, pero si se realizan en base a un comportamiento objetivo el efecto es positivo. Las características y experiencias individuales incluyen comportamientos relacionados anteriores y factores personales (Pender, et al. 2015).

Comportamiento relacionado previo. Depende de la constancia de una misma conducta es una manera de predecir el comportamiento. Existen efectos directos e indirectos que tienen participación en los comportamientos que fomentan la salud. El efecto directo de la conducta anterior con relación a la conducta actual que promueve la salud tiene como opción la formación de hábitos inclinándolo al sujeto a participar en la conducta de manera automática en una situación específica, pero prestando poca atención, es decir, un hábito aumenta la fuerza con la que se hace siempre y cuando haya antecedentes de que ocurra de forma repetitiva y constante.

La teoría cognitiva social de Bandura, (1985) expresa que el comportamiento previo interviene indirectamente en el comportamiento actual ya que lo conduce a un cambio positivo de salud, con base en las percepciones de autoeficacia, barreras de beneficios y afecto relacionado con la actividad. Menciona que si los beneficios se obtienen de manera rápida el comportamiento seguirá repitiéndose como base de expectativas de cambio y por otro lado las barreras se toman como obstáculos que deben vencerse para poder seguir con el cambio.

Un comportamiento se ve influido por emociones, de forma cronológica (antes, durante y después) esta información se agrupa en la memoria y se contempla de forma futura con respecto al comportamiento, afín de agregar una actitud positiva para generar un historial de conductas futuras con finalidad de beneficiar el comportamiento mismo, dándole un aprendizaje de superación y comentarios positivos al individuo (Pender, et al. 2015).

Factores personales. Los factores personales se clasifican en biológicos, psicológicos y socioculturales. Los ejemplos de factores biológicos incluyen la edad, índice de masa corporal, estado puberal, estado menopáusico, capacidad aeróbica, fuerza, agilidad o equilibrio. Los factores psicológicos incluyen la autoestima, la

automotivación y el estado de salud percibido. Los factores socioculturales incluyen la raza, el origen étnico, la aculturación, la educación y el nivel socioeconómico. Los factores personales deben limitarse a aquellos que son teóricamente relevantes para explicar o predecir un determinado comportamiento objetivo (Pender, et al. 2015).

Cogniciones y afectos específicos de la conducta

Las variables específicas de comportamiento constituyen un núcleo crítico modificables a través de intervenciones, esto las hace destacar dentro de las motivaciones. Se incluyen: los beneficios percibidos, las barreras percibidas, la autoeficacia percibida, el afecto relacionado con la actividad, influencias interpersonales e influencias situacionales. Es necesario poder medir estas variables para corroborar si existe algún cambio posterior a una intervención.

Beneficios percibidos de la acción. Son visualizaciones cognitivas de resultados positivos o de una conducta reforzada. Con base en los beneficios previos serán las perspectivas de la persona con respecto a un comportamiento. En el MPS, los beneficios percibidos son planteados para el surgimiento de una motivación ya sea positiva o negativa por medio del grado de un compromiso específico acompañado de un plan de acción que permita la participación en diversos comportamientos. En concordancia con la teoría del valor esperado, los beneficios anticipados tienen un valor motivacional destacable ya que se basa en los resultados personales de resultados directos previos, así mismo se destaca la experiencia respecto al comportamiento o a través del aprendizaje de conductas con base en la observación de otros sin necesidad de hacerlo nosotros mismos. Las personas suelen invertir tiempo y recursos en acciones con una alta probabilidad de resultados positivos. Los beneficios pueden ser intrínsecos o extrínsecos; los intrínsecos conforman la elevación del estado de alerta, energía y aumento del atractivo percibido, por otro lado, los extrínsecos incluyen compensaciones, ya sea en el contexto económico o social como resultado de tener participación en el comportamiento. Se entiende que los beneficios extrínsecos de los comportamientos de salud pueden llegar a ser más

importantes en cambio los beneficios intrínsecos suelen motivar a satisfacer las necesidades actuales referentes al comportamiento (Pender, et al. 2015).

Barreras percibidas para la acción. Estas barreras son percepciones negativas en donde el sujeto piensa que desperdiciara mucho tiempo, pueden ser bloqueos mentales y obstáculos con relación al comportamiento, en particular generan motivos que eluden determinada conducta, hay que hacer notar que estas barreras afectan de forma constante las intenciones de formar parte de un comportamiento. Como, por ejemplo, perder la satisfacción de comer comida con alto nivel calórico para posteriormente generar un estilo de vida saludable puede aplicar como una barrera. Teniendo en cuenta que, si existe poca o nula disposición y existen barreras altas, es casi seguro que la acción no ocurra, estas barreras afectan al comportamiento porque son obstáculos y se expresan de manera indirecta al momento de generar disminución de compromiso en un plan de acción (Pender, et al. 2015).

Autoeficacia percibida. La autoeficacia son las creencias o juicio personal que cada individuo tiene de acuerdo a sus capacidades para poder realizar ciertas acciones. Cuando la persona tiene habilidad para dominar algún comportamiento automáticamente tiene motivación para seguir realizándolo ya que sentirse eficaz anima la participación en dicho comportamiento de forma continua a diferencia de lo que es no sentirse capaz en una acción, generando el efecto de ineptitud.

El MPS menciona que la autoeficacia percibida influye en el afecto relacionado con la actividad. Cuanto más positivo es el afecto, mayores son las percepciones de eficacia. Aunque en realidad es una correlación, ya que se observa que a mayor percepción de efectividad se genera una elevación de afecto positivo. Las barreras percibidas para la acción son influenciadas por la autoeficacia, en otras palabras, entre más grande sea la autoeficacia, la percepción de las barreras deberá ser menor (Pender, et al. 2015).

Afecto relacionado con la actividad. Esta variable consta de tres componentes: emocional excitación al acto en sí (relacionado con el acto), la actuación propia (relacionada con uno mismo) y el entorno en el que la acción tiene lugar (relacionada

con el contexto). Si el sujeto suele repetir el mismo comportamiento o mantenerlo por un largo tiempo, este puede afectar su estado emocional de forma leve, moderada o fuerte y dependiendo la magnitud sentimental es la importancia con la que se almacena en la memoria, teniendo en cuenta que este pensamiento aparecerá en ocasiones futuras si se le vuelve a involucrar en algún comportamiento así. Cabe resaltar que existe una probabilidad con que se repitan comportamientos positivos pero el sujeto impedirá verse envuelto en un afecto negativo.

Se debe analizar el comportamiento desde una perspectiva abierta midiendo el acto, el yo como actor y el contexto para la acción. Se plantea que los sentimientos negativos se expresan de manera más persistente que los positivos. Emociones como la ansiedad y la depresión tienen más representación que la alegría y la calma con relación en los diferentes campos de estudio (Pender, et al. 2015).

Influencias interpersonales. Están conformadas por cogniciones que integran comportamientos, creencias y actitudes. Estas cogniciones no siempre corresponden a la realidad. Sucede pues, que influye bastante la familia, los amigos y los proveedores de servicios de salud en los comportamientos personales. Existen tres influencias interpersonales, entre ellas las normas sociales, el apoyo social y el modelado o instrucción vicaria que dan preferencia para la participación en comportamientos que promueven la salud.

Las normas sociales generan estándares que la sociedad pueda adoptar o rechazar. El apoyo social como comportamiento aprovecha los recursos de sostenimiento ofrecidos por otros y el modelado se basa en la consecución de comportamientos de salud. Las influencias interpersonales influyen en el comportamiento que promueve la salud ya sea de forma directa o indirecta, en particular por las presiones sociales que actúan en el individuo (Pender, et al. 2015).

Influencias situacionales. Son percepciones personales o de contexto que facilitan o impiden el comportamiento de promoción de la salud. Las personas se muestran interesadas y mantienen un nivel de competitividad en situaciones donde se sienten compatibles y seguros. Estas influencias situacionales predominan directa o indirectamente en los comportamientos de salud y son consideradas

efectivas al momento de desarrollar estrategias nuevas ya que dan paso al mantenimiento de comportamientos saludables (Pender, et al. 2015).

Compromiso con un plan de acción. Cuando existe un compromiso el sujeto se ve inducido a realizar acciones en caso de que este no este frente a una demanda competitiva a la que no tenga opción de impedir o bien una preferencia competitiva a que no pueda resistirse. En el MPS revisado, el compromiso con un plan de acción implica lo siguiente:

Procesos cognitivos: debe existir un compromiso que pueda llevar la acción específica en un lugar, junto con personas ya establecidas o si se requiere, puede aplicarse en soledad y también debe de existir una identificación de estrategias definitivas con la finalidad de llevar a cabo el comportamiento o que el plan de acción se implemente con éxito. Teniendo en cuenta que un compromiso sin estrategias no lleva a cabo un comportamiento de salud (Pender, et al. 2015).

Demandas y preferencias inmediatas en competencia. Son comportamientos alternos que se interponen en la conciencia rápidamente antes de que ocurra un comportamiento planificado que promueva la salud. Las demandas en competencia son conductas rotativas en las que el individuo tiene un control bajo debido contextos como el trabajo o responsabilidades con la familia. Si existe una falta de respuesta a una demanda en competencia esto puede generar efectos desfavorables para el individuo o en peores casos efectos adversos a personas importantes para el sujeto. Por otro lado, las preferencias en competencia ejercen en el individuo un control alto. La medida en que un individuo se resiste a las preferencias en competencia depende de la capacidad de autorregulación (Pender, et al. 2015).

Pender, et al. (2011) plantea que las afirmaciones teóricas derivadas del modelo proveen una base para la investigación acerca de las conductas de salud. El MPS se basa en las siguientes proposiciones teóricas:

- 1) El comportamiento anterior junto con las características ya sea heredadas o adquiridas influyen en creer y poner en práctica las conductas promotoras de salud.
- 2) Abra un compromiso más estable por parte del individuo, pero abra una espera de beneficios valorados personalmente.
- 3) Las barreras percibidas quizás limiten el compromiso de la acción de acuerdo a varios factores externos y como se presenten.
- 4) La autoeficacia para implementar una conducta ya establecida tiene la probabilidad de incrementar el compromiso con la acción.
- 5) Entre más grande sea la autoeficacia, la percepción de las barreras deberá ser menor.
- 6) La autoeficacia percibida influye en el afecto relacionado con la actividad
- 7) Si las emociones están de por medio la probabilidad del compromiso es bastante alto y seguro.
- 8) Si alguien importante rige la conducta existe una probabilidad elevada por parte del individuo para que actúe con compromiso y participación hacia un cambio de comportamiento.
- 9) Influye bastante la familia, los amigos y los proveedores de servicios de salud en los comportamientos personales.
- 10) Las influencias situacionales influyen de manera significativa para el aumento o la disminución de compromiso respecto a las conductas de promoción de salud.
- 11) Si existe un compromiso con un plan específico de manera consecuente se sabe que se mantendrá por un periodo extenso el comportamiento de promoción de la salud.

En este contexto, el modelo de promoción de la salud de Pender es ampliamente utilizado por los profesionales de enfermería para explicar el comportamiento

saludable basándose en la experiencia y su desarrollo. Nola Pender manifestó que "la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano", y se interesó en crear un modelo enfermero que explicara cómo las personas toman decisiones sobre el cuidado de su propia salud. Este modelo aborda aspectos importantes de las intervenciones que modifican el comportamiento, las actitudes y las motivaciones para acciones de promoción de la salud. Se ha aplicado en diversas situaciones, desde el uso seguro de guantes por enfermeras hasta la percepción de la salud de los pacientes, enfocándose especialmente en la promoción de conductas saludables, una parte esencial del cuidado enfermero (Aristizábal Hoyos, et al. 2011).

El modelo de promoción de la salud permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud y guía hacia la generación de estilos de vida saludables. Pender busca entender las razones detrás de los comportamientos relacionados con la salud y, en consecuencia, dirige hacia la adopción de conductas saludables, señalando cuáles conductas modifican las acciones humanas. Su teoría destaca dos puntos clave: primero, la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de comportamiento, combinando aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, y reconociendo que los factores psicológicos influyen en el comportamiento de las personas. Identifica cuatro requisitos para el aprendizaje y la imitación del comportamiento: atención (anticipación de lo que está sucediendo), retención (recordar lo observado), representación (capacidad de reproducir el comportamiento) y disposición (aceptar un buen motivo de la conducta) (Aristizábal Hoyos, et al. 2011).

El segundo punto afirma que el comportamiento afirmativo es racional, argumentando que el componente más importante de la motivación de logro es la orientación a la meta. Según esto, una intención clara, específica y definida para lograr un objetivo aumenta la probabilidad de éxito. La intencionalidad, entendida como la determinación de un individuo para actuar, es un componente crucial de la motivación, manifestándose en el análisis del comportamiento voluntario orientado al logro de experiencias individuales. Los conocimientos y afectos específicos de la

conducta influyen en la participación en comportamientos de salud (Aristizábal Hoyos, et al. 2011).

2.2.2. Marco teórico relacionado.

La autoestima se refiere a la valoración, percepción o juicio, ya sea positivo o negativo, que un individuo realiza sobre sí mismo basado en la evaluación de sus propios pensamientos. Uno de los principales representantes fue el doctor Morris Rosenberg, quien generó grandes contribuciones para su estudio.

Morris Rosenberg, (1965) propuso una perspectiva sociocultural de la autoestima. En este enfoque, la autoestima se define como la actitud, ya sea positiva o negativa, que las personas tienen hacia sí mismas. Se concibe la autoestima como un producto de las influencias de la cultura, la sociedad, la familia y las relaciones interpersonales. Es decir, la cantidad de autoestima que un individuo posee está directamente relacionada con su capacidad para evaluarse positivamente en comparación con una serie de valores establecidos. Rosenberg vinculó la autoestima con la ansiedad y la depresión, basando su teoría en los resultados del análisis de un extenso grupo de sujetos (5000). En este enfoque, los cuatro sentimientos y creencias en relación con el propio valor o dignidad son fundamentales.

Se considera que la autoestima es un aspecto de la psicología individual, manifestándose en la formación de sentimientos, ideas y conductas. Se destacan las siguientes características: el "sí mismo existente," en el cual el individuo percibe su propia imagen y el tipo de persona que es, y el "sí mismo deseado," que se refiere a lo que le gustaría ser y cómo se percibe a sí mismo.

2.3. Marco Conceptual

Las principales concepciones que rigieron el actual trabajo de investigación son los conceptos: percepción de la imagen corporal, sobrepeso, obesidad, autoestima, consumo de alcohol y consumo de tabaco.

Por su parte la Secretaria de Gobernación [SEGOB], (2017) a través del Diario Oficial de la Federación [DOF] expidió la NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad en donde el propósito *“es fortalecer y apuntalar las acciones de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, esta Norma considera los criterios para el tratamiento integral y el control del creciente número de pacientes que presentan sobrepeso y obesidad, de acuerdo con las circunstancias de cada caso e invariablemente, se tomarán en cuenta, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, nutricional y psicológica así como la libertad prescriptiva de los profesionales de la salud”*.

Actualmente la OMS, (2021) define al sobrepeso y a la obesidad como una acumulación anormal excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Indicando un Índice de Masa Corporal (IMC) en sobrepeso igual o superior a veinticinco y en obesidad igual o superior a treinta, teniendo en cuenta que uno de los factores de riesgo del peso es la imagen corporal que desde tiempos pasados se sigue estandarizado en las diferentes culturas, en ello se basa el ser humano para valorar su propio cuerpo y actuar de acuerdo en ello, la vigilancia que se tiene a la apariencia ya sea propia o ajena actualmente es muy elevada, la sociedad muestra un nivel de preocupación dominante lo cual genera que las personas con un peso mayor se perciban de forma negativa generando insatisfacción con la imagen corporal (Vaquero-Cristóbal, et al., 2013).

Relacionado con lo anterior Espinoza García, et al., (2021), señala que tanto la grelina (GHRL) como la leptina (LEP) son sumamente importantes a nivel neuroendocrino, por la razón de que, bajo el control de ambos sistemas a nivel del estado de equilibrio de energía sobre el efecto de la obesidad, el SNC recibe información hormonal con respecto al estado nutricional, todo esto pasa en el

hipotálamo que es el responsable del estado de equilibrio alimentario. La grelina y la leptina son hormonas que intervienen en regular el apetito y el metabolismo; la grelina promueve la ingesta y la leptina inhibe el apetito. La ingestión de alimentos depende de elementos ambientales, biológicos, psicológicos y sociales, una vez alterados estos elementos, existe una transformación que puede desarrollar ENT como, por ejemplo: la obesidad.

La estigmatización es un proceso en el cual las personas tienden a recibir un señalamiento negativo para hacerlas sentir devaluadas y excluidas. Para algunos autores, las personas con obesidad no forman parte de un estigma social ya que no involucra discriminación conductual precisamente. Lo que si se tiene como motivo relacional es que a la persona obesa se le acusa como responsable de su peso por su forma de ser respecto al problema, es decir, se le responsabiliza por ser floja, por no tener autocontrol y por comer bastante, aparte que se considera como una persona que se aparta de las normas sociales y se convierte en blanco de masas (Hurtado y Jeannette, 2013).

La percepción del peso hace referencia a como percibe la figura corporal propia cada persona, esta misma siendo una dimensión significativa de la imagen corporal, determinando conductas relacionadas, los efectos psicológicos contrarios de una imagen negativa y una percepción deformada del peso real, como, por ejemplo: ansiedad, baja autoestima y depresión, son problemas que se plantean comúnmente en investigaciones, las personas que se ven como obesos suelen mantenerse aislados o sentirse discriminados socialmente hablando (Hurtado y Jeannette, 2013).

Aunado con lo anterior la percepción de la imagen corporal tiene una composición de diferentes partes, al igual que las percepciones que definen el tamaño, el peso y la forma del cuerpo, las emociones cognitivas, expresadas explícitamente en actitudes y sentimientos sobre el cuerpo y el comportamiento, nos permiten comprender los dos primeros elementos. Los estudios que relacionan el índice de masa corporal (IMC) y la autopercepción corporal han demostrado consistentemente una falta de correspondencia entre ambos. Por ejemplo, las

personas delgadas suelen sobrevalorar su peso en comparación con las personas con obesidad que suelen subestimarlos, se presenta en ambos sexos más específico en algunos grupos juveniles, pero sobre todo en mujeres las cuales han estado en una constante idealización respecto a la belleza por parte de la misma sociedad. La representación de una figura delgada ha provocado incremento en la insatisfacción corporal, lo cual ocasiona un aumento en los trastornos de la conducta alimentaria y una tasa alta en la venta de tratamientos con fines estéticos (Zaragoza Martí y Ortiz Moncada, 2012).

La percepción de la imagen corporal se define como "la representación mental del propio cuerpo, es decir, la forma en que el cuerpo se presenta en la mente". En consecuencia, la imagen corporal no se encuentra intrínsecamente vinculada a la apariencia física real, sino que desempeña un papel fundamental en la actitud y evaluación que un individuo tiene respecto a su propio cuerpo (Oliva-Peña, et al. 2016). Considerando lo expuesto, se puede deducir que la imagen corporal ejercerá, en cierta medida, impacto en las conductas alimentarias, así como en las actitudes o aceptación de regímenes dietéticos dirigidos al control del peso (Torales, et al. 2018).

En la misma manera, se observa una tendencia a exagerar las dimensiones corporales, lo que se vincula con una mayor insatisfacción; la relación entre la percepción de la imagen corporal y la insatisfacción asociada presenta una conexión significativa con las conductas alimentarias de riesgo, particularmente aquellas de carácter compensatorio (Lora-Cortez y Saucedo-Molina, 2006) en conjunto con otros conceptos la imagen corporal, se puede encontrar como la imagen que tiene tu mente sobre ti, es decir, la imagen corporal no tiene una relación directa con tu físico real ya que tienen más influencia las actitudes y el cómo valoras tu persona. La imagen corporal la constituyen varios factores como: el perceptual (forma de interpretar el cuerpo); el cognitivo (apreciaciones del cuerpo); el afectivo (sentimiento hacia el cuerpo) y el conductual (conductas a partir de la percepción); la imagen corporal es un concepto volátil que entra en auge durante la niñez y la adolescencia, esta última define el sentido de identidad y rol sexual por lo que es

crucial para el ser humano y de esta depende la imagen corporal y la satisfacción que se tenga hacia la misma (Vaquero-Cristóbal, et al. 2013; Matus Lerma, et al. 2016).

Raich, (2004) expresa que la apariencia física no es lo mismo que la imagen corporal, por ejemplo: hay personas con una apariencia física que no entran en estándares estéticos pero que se sienten bien con su imagen corporal y existen personas a la inversa, cumplen con los estándares de belleza, pero no se sienten como tal. La apariencia física es base para una conexión con la sociedad y el no cumplir con estándares sociales por tener algún traumatismo o algunas deformaciones incrementan la probabilidad de problemas psicosociales en los individuos que tienen que vivir bajo estas circunstancias.

La satisfacción corporal se da cuando existe una relación entre la autoimagen real y la autoimagen ideal, cuando esto se da no hay problema alguno, pero generalmente por estándares impuestos por la sociedad en si misma se proporcionan muchos efectos dañinos, como la ingesta enorme de alcohol y otras drogas entre ellas el cigarro, que pueden funcionar como un componente de resistencia para cambios de peso (Paulino Rocha, et al. 2022) generando posteriormente problemas de adicción, ya que estas sustancias que en su clasificación emitida por la [OPS], (2020) forman parte de las de uso recreativo (alcohol y tabaco), forman modificaciones en la manera de trabajar del sistema nervioso a fin de regular formas de pensar, de comportarse y te pueden cambiar las emociones.

Hay estudios con evidencia acerca de la correspondencia entre la imagen corporal, la insatisfacción de la misma y el uso de sustancias psicoactivas. La insatisfacción respecto a la imagen corporal tiene base directa respecto al consumo de bebidas alcohólicas, pero sobre todo el consumo excesivo ya que se enlaza como mecanismo de afrontamiento o también se ha visualizado como estrategia para modificaciones de peso (Rocha, et al. 2022).

Así mismo, la Secretaria de Gobernación [SEGOB], (2009) a través del Diario Oficial de la Federación [DOF] dio a conocer la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-

2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones con el objetivo de *“asegurar un nivel de calidad adecuado en la prestación de los servicios que permita reducir la incidencia y prevalencia del uso y abuso de sustancias psicoactivas, así como la morbilidad y mortalidad asociadas, se requiere establecer las condiciones y requisitos mínimos indispensables que regulen la prestación de los mismos”*.

De acuerdo con la OMS, (2011) el termino droga consiste en todo elemento ingerido como ayuda terapéutica o sin ser de ayuda alguna, que, introducida al cuerpo por cualquier vía, genera alteraciones en el SNC de la persona y además puede generar dependencia, pero dependerá del tipo de sustancia, frecuencia con la que se consume y la permanencia respecto al tiempo.

Sin embargo, el consumo de alcoholes entendido como la cantidad de gramos de alcohol consumidos o por bebidas estándar consumidas (Bebida estándar=10 gr de alcohol) (Ahumada-Cortez, 2017). De igual forma, el consumo de tabaco se considera una adicción ya que presenta: comportamiento compulsivo, dependencia física y mental, así como síndrome de abstinencia ante la ausencia de la nicotina (Hernández Favela, 2023). Dentro de este orden de ideas, la OMS, (2022) define al alcohol como todo elemento que tras una secuencia de consumo periódico genera dependencia por las sustancias psicoactivas que producen sus componentes, pero que a su vez el consumo de tal droga se ve normalizado porque ha sido utilizado ancestralmente.

Teniendo en cuenta a Arias Duque, (2005) enfatiza que el etanol tiene la capacidad de cruzar la barrera hemoencefálica, una vez que logra atravesar, el efecto directo del 90% hace que interfiera con la acción nerviosa y ocurra una alteración en la corteza cerebral, cuando el alcohol ingresa al cuerpo empiezan a ocurrir cambios y surge el acetaldehído que da fácil acceso a la sangre y genera intoxicación. El alcohol tiene propiedades sedantes y algunas zonas del cerebro se anestesian, generando una disminución de actividad, posterior a ello se da la inhibición sináptica producido por GABA.

De la misma forma la nicotina contenida en el tabaco es sumamente adictiva, y el consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de enfermedades

cardiovasculares y respiratorias, así como de más de 20 tipos o subtipos diferentes de cáncer y muchas otras enfermedades debilitantes (OMS, 2011).

A juicio de National Institute on Drug Abuse [NIDA], (2022) considera que, al momento de inhalar el humo del cigarrillo, el sujeto respira 1-2 mg de nicotina por cada tabaco. Lo que hace la nicotina en el cuerpo consiste en elevar los niveles del flujo sanguíneo y pasarse al cerebro rápidamente. Existen datos donde se expresa que fumar 20 cigarrillos al día le ofrece al cerebro nicotina unas 200 veces. Por otro lado, los sujetos que no inhalan el humo, por medios diferentes de consumo, absorben la nicotina a través de las membranas mucosas de la boca, pero la forma de absorción tanto en la sangre como en el cerebro es más tardada. Seguido de estar expuesto a la nicotina genera una elevación a causa de la estimulación de las glándulas adrenales, generando una descarga de adrenalina, una vez que la nicotina se encuentre dentro del cuerpo habrá un cambio en el flujo de sangre, la respiración y el ritmo cardíaco activa los circuitos de recompensa del cerebro, que son responsables de saciar la necesidad de nicotina.

III. Material y métodos.

3.1 Tipo de estudio y diseño.

Tipo de estudio: enfoque cuantitativo

Diseño: experimental

Tipo de estudio: descriptivo, longitudinal, prospectivo, cuasi-experimental sin grupo control.

Descriptivo: dado que solo se describirán las características de los participantes,
Longitudinal: dado que se emplearán medidas continuas o repetidas para dar seguimiento a individuos particulares durante un período prolongado de tiempo;
Prospectivo: dado que es una planeación de futuros aplicables; Cuasi-experimental sin grupo control: dado ya que habrá intervención del investigador a través del diseño e implementación de una intervención educativa, sin grupo control (Hernández Sampieri, et al, 2014).

3.2 Universo.

Universo de estudio: estudiantes de licenciatura en enfermería.

3.3 Población y muestra.

Población objetivo: estudiantes de primer grado de la carrera de licenciatura enfermería.

Marco de muestreo:

Se determinó un tamaño de muestra de 60 estudiantes utilizando la fórmula para estimar una proporción con tamaño de población conocida. Se consideró la máxima varianza, un error de estimación del 5% y un nivel de confianza del 95%. Se optó por un muestreo no probabilístico por conveniencia, utilizando el programa Epidat 4.1.

- **Tamaño de la muestra:** 60 participantes.
- **Tipo de muestreo:** el tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

3.4 Ubicación y espacio temporal.

Ubicación y espacio temporal: Facultad de Enfermería Culiacán de septiembre de 2022 a julio de 2024.

3.5 Criterios de selección:

3.5.1 Criterio de inclusión: se incluyó a estudiantes inscritos a primer año de ambos sexos del turno matutino. Bajo previo al consentimiento informado.

3.5.2 Criterio de exclusión: se excluyó a estudiantes inscritos a segundo, tercero y cuarto año del turno matutino y estudiantes inscritos a primero, segundo, tercero y cuarto año del turno vespertino, alumnos dados de baja, alumnos incapacitados, alumnos que no desean participar, alumnos menores de edad, etc.

3.5.3 Eliminación: no hubo criterios de eliminación.

3.6 Variables de estudio:

- **Variable Independiente:** percepción de la obesidad.
- **Variable Dependiente:** autoestima y consumo de drogas lícitas.

3.6.1 Descripción y operacionalización:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Percepción de peso	Discordancia entre el peso corporal real y la percepción del propio peso en el individuo (Matus Lerma et al., 2016)	Es la subestimación y sobreestimación del peso.	Cualitativa Nominal	1) Si 2) No 3) No sabe 4) No responde

Sobrepeso Obesidad	Es la acumulación inusual o excesiva de tejido adiposo, la cual puede tener repercusiones negativas para la salud (OMS, 2021).	Es una enfermedad grave que desencadena enfermedades crónicas degenerativas.	Cuantitativa de intervalos.	1. Sobrepeso: 25-29.9 2. Obesidad grado 1: 30-34.9 3. Obesidad grado 2: 35-39.9 4. Obesidad grado 3: más de 40
Autoestima	Estado completo de bienestar y que tiene en cuenta tanto el aspecto social como el físico o el psicológico. (OMS, 2021)	Es una definición emocional que cada persona tiene hacia si mismo ya sea positivo o negativo.	Categoría, nominal, ordinal.	1- 0-59 autoestima baja 2- 60-79 autoestima media 3- 80 a más autoestima alta.
Alcohol	Sustancia psicoactiva que ha sido ampliamente empleada a lo largo de siglos en diversas culturas y que posee propiedades propensas a generar dependencia (OMS, 2022)	Es una droga adictiva legalizada que genera deterioro en la salud.	Cuantitativa de intervalos.	1. Si 2. No
Tabaco	Sustancia psicoactiva causante de una enfermedad crónica no transmisible, con posibilidades de tratamiento y cura. (OMS, 2022)	Es una droga adictiva legalizada que genera deterioro en la salud personal y que afecta la salud de las personas que están alrededor.	Cualitativa Ordinal	1. Si 2. No
Edad	La cantidad de tiempo transcurrido en la vida de un	Lapso que transcurre desde que	Cuantitativa Ordinal	De 18 a 50 años

	individuo, así como de algunos animales o plantas.	naces hasta el presente.		
Sexo	Conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo.	Características biológicas que definen a un hombre y a una mujer.	Cualitativa Nominal	1. Femenino 2. Masculino
Estado civil	La posición de un individuo respecto a su nacionalidad, lugar de nacimiento, matrimonio o divorcio, registrada oficialmente en el acta civil, y que delimita los alcances del poder personal y las responsabilidades que los individuos naturales poseen.	Situación legal con respecto al registro civil de una persona.	Cualitativa Nominal	1. Soltero 2. Casado
Grupo	Cada una de las secciones en que sus alumnos se agrupan según su edad y el estado de sus conocimientos y educación.	Unión de una cantidad de personas en un espacio educativo.	Cualitativa Nominal	1. 101 2. 102 3. 103 4. 104 5. 105 6. 106
Ocupación	La dedicación a la labor o la minuciosidad que limita la posibilidad de emplear tiempo en otras actividades.	Ocupación remunerada en una empresa.	Cualitativa Nominal	1. Si 2. No
Procedencia	Origen, principio de donde nace o se deriva algo.	Lugar de nacimiento.	Cualitativa Nominal	1. Local 2. Foráneo

Actividad física	El gasto energético derivado de cualquier desplazamiento del cuerpo ocasionado por los músculos esqueléticos.	Ejercicio realizado con constancia.	Cualitativa Nominal	1. Si 2. No
Peso	Determinación del peso en kilogramos.	Cantidad de Kgs que pesa la persona.	Cuantitativo Discreta	
Talla	Determinación de talla en metros.	Cantidad de Mts que mide la persona.	Cuantitativa Continua	
IMC	Se caracteriza como la división del peso de un individuo en kilogramos entre su altura en metros (kg/m ²) (OMS, 2021).	Se trata de un procedimiento empleado para estimar la proporción de grasa presente en el cuerpo.	Cuantitativa continua	1-Bajo peso = <18.5 2-Normal = 18.5 - 24.99 3- Sobrepeso = 25.0 - 29.99 4- Obesidad grado I = 30.00 – 34.99 5- Obesidad grado II = 35.00 – 39.99 6- Obesidad grado III = ≥40.00
Tipo de consumo de alcohol	Existen tres tipos de consumo de alcohol: tipo A, consumo deseable; tipo B, consumo excesivo sin problemas relacionados; y tipo C, consumo problemático o dependencia. Un consumo excesivo es cuando una mujer ingiere más de 40	Es la cantidad previamente establecida para saber que tanta adicción se tiene.	Cualitativa Nominal	1.Categoría A: Consumo Considerado Apropiado. 2.Categoría B: Consumo excesivo sin complicaciones relacionadas. 3.Categoría C: Consumo problemático o dependiente.

	gramos y el hombre, 60 gramos (OMS, 2022).			
Fecha de inicio del consumo de alcohol.	Rango de edad entre los 13 a 15 años tanto en hombres como en mujeres (SISVEA, 2021).	Es la edad en donde se inicia a consumir alcohol universalmente.	Cuantitativa de intervalos.	1. 5 a 9 2. 10 a 12 3. 13 a 15 4. 16 a 18 5. 19 a 24 6. 25 a 34 7. 35 a mas
Tipo de fumador	Los fumadores se clasifican en leves, moderados y severos. Un consumo excesivo es cuando una persona consume más de 16 cigarrillos al día (OMS, 2022).	Es la cantidad previamente establecida para saber que tanta adicción se tiene.	Cualitativa Nominal	1. Individuo con hábito tabáquico leve: Restringa su ingesta a un máximo de cinco cigarrillos diarios. 2. Individuo con hábito tabáquico moderado: Consume entre 6 y 15 cigarrillos en promedio cada día. 3. Individuo con hábito tabáquico severo: Fuma un promedio diario superior a 16 cigarrillos.
Fecha de inicio del consumo de tabaco	Rango de edad entre los 13 a 15 años tanto en hombres como en mujeres (SISVEA, 2021).	Es la edad en donde se inicia a consumir tabaco universalmente.	Cuantitativa de intervalos.	1. 5 a 9 2. 10 a 12 3. 13 a 15 4. 16 a 18 5. 19 a 24 6. 25 a 34 7. 35 a mas

3.7 Hipótesis.

H1 Los estudiantes con percepción de la obesidad baja tendrán una mejor percepción de la obesidad al final de la intervención.

H2 Los estudiantes con un nivel de autoestima bajo tendrán un mayor nivel de autoestima al final de la intervención.

H3 La prevalencia de consumo de tabaco y alcohol de los estudiantes disminuirá al final de la intervención.

3.8 Recolección de datos:

3.8.1 Instrumento de medición.

Para la recolección de datos se aplicaron tres instrumentos:

1. Pictograma de Harris, Bradlyn, Coffman, Gunel y Cottrell o BSGs (Body Size Guides), se trata de un cuestionario cuyos ítems se corresponden con figuras que van del bajo peso (IMC 18.5) a la obesidad del tercer grado (IMC 40). Incluye un conjunto de 10 imágenes de individuos masculinos y 10 de individuos femeninos. Aparte de evaluar la percepción de los cuerpos en términos de salud, bajo peso, peso adecuado, sobrepeso y obesidad, se pide a los participantes que señalen las figuras que guardan mayor similitud con miembros de su familia y amigos, en general, con aquellos que forman parte de su entorno cercano. Con una correlación del 90-91% entre imagen e IMC (Harris, et al. 2008).
2. La escala de Autoestima de Rosenberg [EAR], (1965) es una escala que evalúa la autoestima utilizada en adolescente principalmente está conformado por diez ítems que se enfocan en la aceptación y respeto hacia si mismo (a) una parte de la escala está del lado positivo y la otra mitad es negativo. Es una escala tipo Likert, de cuatro categorías (1=totalmente de acuerdo, 2=de acuerdo, 3=en desacuerdo y, 4=totalmente en desacuerdo),

para calcular la puntuación, se realiza una recodificación de los valores de las preguntas 1, 3, 4, 6 y 7, seguida de una suma. El alpha de Cronbach encontrada para esta escala en otros estudios fue de .70 a .82 (Tirado, et al. 2020).

3. Se utilizó una cédula de datos personales (CDP) y prevalencia de consumo de drogas licitas (PCD). La primera escala contiene ocho interrogaciones entre ellas edad y género. Posterior se incluyen los reactivos que miden las prevalencias de consumo de alcohol y tabaco. Los reactivos del consumo de alcohol del 9, 11, 12 y 13 son escala tipo Likert, de dos categorías (1=Si, 2=No). Los reactivos del 10, 14-19 miden prevalencias y ámbito social, siendo reactivos abiertos. Posterior a ello en los reactivos del consumo de tabaco del 20, 22, 23 y 24 son escala tipo Likert, de dos categorías (1=Si, 2=No). Los reactivos del 21, 25-28 miden prevalencias y ámbito social, siendo reactivos abiertos (Tirado, 2010).

3.8.2 Para la recolección de datos.

1) Nombre de la actividad: aplicación de diferentes instrumentos pre intervención: El pictograma de Harris, Bradlyn, Coffman, Gunel y Cottrell o BSGs (Body Size Guides), la escala de Autoestima de Rosenberg [EAR], (1965) y se utilizó una cédula de datos personales (CDP) y prevalencia de consumo de drogas licitas (PCD).

2) Nombre de la actividad: Elaboración de un programa de intervención educativa para mejorar la percepción de obesidad, autoestima y reducción de consumo de drogas licitas.

3) La tercera consta en volver a aplicar los diferentes instrumentos post intervención y se describió en el capítulo de resultados, ya que arrojó datos para su análisis.

3.8.3 Para el análisis de datos.

Los datos de la investigación fueron sometidos a un análisis cuantitativo mediante el software estadístico SPSS versión 25 para Windows. Se empleó tanto estadística descriptiva como inferencial; la estadística descriptiva facilitó la comprensión de las características de los participantes del estudio mediante el uso de frecuencias,

porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión. Por otro lado, la estadística inferencial permitió evaluar la fuerza de asociación entre las variables principales del estudio con el objetivo de abordar las preguntas de investigación y las hipótesis planteadas. En primer lugar, se determinó la confiabilidad de las escalas del pictograma de Harris, Bradlyn, Coffman, Gunel y Cottrell o BSGs (Body Size Guides), la escala de Autoestima de Rosenberg [EAR], (1965) y también a la prevalencia de consumo de drogas lícitas (PCD) a través del coeficiente de correlación alfa de Cronbach, posteriormente se corrió la prueba estadística de Kolmogorov- Smirnov para medir las pruebas paramétricas y no para métricas.

Para dar respuesta al objetivo número uno que señala describir sociodemográficamente a la población de estudio. Se utilizaron tablas con frecuencias y porcentajes, así como medidas de tendencia central y de dispersión.

Para dar respuesta al objetivo número dos que plantea relacionar la diferencia de autoestima antes y después de la intervención con el género de los participantes. Se utilizaron tablas con medidas de tendencia central y de dispersión.

Para dar respuesta al objetivo número tres que plantea relacionar la diferencia de autoestima antes y después de la intervención con el estado civil de los participantes. Se utilizaron tablas con medidas de tendencia central y de dispersión.

Para dar respuesta al objetivo número cuatro que plantea relacionar la prevalencia del consumo de tabaco y alcohol global, lapsica y actual antes y después de la intervención respecto al género de los participantes. Se utilizaron tablas con frecuencias y porcentajes.

Para dar respuesta a la hipótesis número uno que enfatiza que los estudiantes con percepción de la obesidad baja tendrán una mejor percepción de la obesidad al final de la intervención. Se utilizó la prueba estadística de t de student para muestras relacionadas; en el supuesto de que se cumpla el criterio de normalidad entre las variables de contraste, en caso de no cumplir el supuesto de normalidad se utilizó la prueba estadística no paramétrica Wilcoxon.

Para dar respuesta a la hipótesis dos que propone que los estudiantes con un nivel de autoestima bajo tendrán un mayor nivel de autoestima al final de la intervención. Se utilizó la prueba estadística de t de student para muestras relacionadas; en el supuesto de que se cumpla el criterio de normalidad entre las variables de contraste, en caso de no cumplir el supuesto de normalidad se utilizó la prueba estadística no paramétrica Wilcoxon.

Para dar respuesta a la hipótesis tres que declara que la prevalencia de consumo de tabaco y alcohol de los estudiantes disminuirá al final de la intervención. Se utilizó la prueba estadística no paramétrica de chi cuadrado de McNemar.

3.8.4 Procedimiento

La recolección de datos se inició después de obtener la aprobación del estudio por parte del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Posteriormente, se solicitó autorización a los directivos de la institución educativa seleccionada para llevar a cabo la intervención. Una vez obtenida la carta de autorización y en coordinación con el personal de la institución, procurando no interferir con las actividades académicas, se procedió a visitar los grupos en busca de participantes.

A los interesados se les proporcionaron explicaciones sobre los criterios de inclusión y se convocó a una reunión para detallar la naturaleza del estudio. Además, se les entregó el formato de consentimiento informado (Anexo 2), de la misma forma se les aplicó el pictograma de Harris, Bradlyn, Coffman, Gunel y Cottrell o BSGs (Body Size Guides), la escala de Autoestima de Rosenberg [EAR], (1965) y se utilizó Cédula de datos personales (CDP) y prevalencia de consumo de drogas lícitas (PCD) de forma autónoma pero previo a ello fueron explicados para que no existieran confusiones y al final poder tener a la población total a la que se le aplicó la intervención, junto con esto se dio un agradecimiento por la atención prestada a todos los presentes.

Luego, se estableció contacto directo con ellos en la institución educativa para revisar conjuntamente el horario más adecuado en función de sus compromisos

académicos, de manera que pudieran asistir a las sesiones siguientes. Todo esto se llevó a cabo con previa coordinación con los directivos de la institución educativa.

Así mismo, se realizó la implementación de la intervención educativa en 24 sesiones durante los meses de septiembre, octubre y noviembre con el grupo experimental, posterior a ello se ejecutó un post-test en el grupo, con los instrumentos: el pictograma de Harris, Bradlyn, Coffman, Gunel y Cottrell o BSGs (Body Size Guides), la escala de Autoestima de Rosenberg [EAR], (1965) y se utilizó una cédula de datos personales (CDP) y prevalencia de consumo de drogas lícitas (PCD) para evaluar la efectividad del estudio; se agradeció al grupo por su compromiso y después de ello se capturo la información que se obtuvo; posterior se analizaron los datos con el SPSS y al finalizar se protegieron los instrumentos para su confiabilidad.

3.8.5 Fidelidad y validez interna de la intervención.

Para la recopilación de datos, el intervencionista, quien desempeñó el papel único de desarrollador de la intervención, llevó a cabo todas las actividades relacionadas con la elaboración de la intervención, así como la aplicación de los diversos cuestionarios antes y después de la intervención. Al concluir cada sesión, se brindó retroalimentación sobre el desarrollo de las mismas.

Con el objetivo de estandarizar el desarrollo de la intervención, se elaboró un manual del facilitador que especifica el contenido y las actividades a llevar a cabo en cada una de las sesiones. El manual proporcionó los fundamentos para la ejecución de la intervención, así como la descripción de la organización y los objetivos de la misma, incluyendo las sesiones, estrategias educativas y el programa correspondiente. El programa se estructuró en 24 sesiones, cada una con objetivos específicos, tiempo estimado, materiales y estrategias a implementar (Polit y Hungler, 2003).

Se contó con la inspección de un supervisor cuya función fue monitorear las sesiones sin interferir en las dinámicas; al finalizar cada sesión, el facilitador completó una rúbrica que detallaba el desarrollo de la misma. Esto permitió evaluar

el grado de cumplimiento de las actividades propuestas, el control del grupo y el tiempo asignado para cada actividad de la intervención (Anexo 6). Los criterios de evaluación para garantizar la fidelidad de la intervención incluyeron pruebas pre y post intervención que evaluaron los conocimientos, habilidades y actitudes relacionados con la percepción de la obesidad, la autoestima y el consumo de tabaco y alcohol, además se generó una carpeta compartida para los sujetos de estudio de libre acceso, con la intención de que estos pudieran ingresar y retomar la información que necesitaran dada en las diferentes sesiones.

3.8.6 Proceso de la intervención

3.8.6.1 Área de implementación

Las sesiones de la intervención educativa dirigida a mejorar la percepción de la obesidad, autoestima y reducción de consumo de alcohol y tabaco, se ejecutaron con estudiantes de pregrado que están matriculados en una universidad pública en Culiacán, Sinaloa, México. La implementación se llevó a cabo en las instalaciones de la institución educativa, en un aula específicamente adaptada para la intervención, equipada con suficientes sillas, mesas, un pizarrón y con aire acondicionado. El programa se llevó a cabo a lo largo de tres meses, durante los cuales se realizaron 24 sesiones de aproximadamente 60 minutos cada una.

La ciudad de Culiacán está localizada en una región del noroeste mexicano, es la capital del territorio sinaloense, es una ciudad principalmente agrícola y comercial, hablando industrialmente, esta zona representa el 52% de la economía del estado.

3.8.6.2 Dosificación de la intervención

La intervención educativa para mejorar la percepción de la obesidad, autoestima y reducción de consumo de alcohol y tabaco, se realizó en base a la metodología Precede Proceed, consto de un periodo de tres meses, en el cual se aplicaron 24 sesiones de aproximadamente 60 minutos cada una, se llevó a cabo en algún aula adaptada y se cuidó a los participantes durante las sesiones. En la sesión 1 se aplicó la primera medición y en la sesión 24 se volvió a aplicar la otra medición (Green & Kreuter, 1999).

Tiempo			
Grupo	Sesión 1	Sesión 2-23	Sesión 24
	O_1X	X_n	$O_{24}X$
Intervención	Pretest	Intervenciones	Postest

O_1X	$O_{24}X$
<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación del consentimiento informado. • Aplicación de una Cédula de datos personales (CDP) junto con uno de prevalencia de consumo de drogas licitas (PCD). • Aplicar el pictograma de Harris, Bradlyn, Coffman, Gunel y Cottrell o BSGs (Body Size Guides). • Cuestionario de la escala de Autoestima de Rosenberg ([EAR], 1965). 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de una Cédula de datos personales (CDP) junto con uno de prevalencia de consumo de drogas licitas (PCD). • Aplicar el pictograma de Harris, Bradlyn, Coffman, Gunel y Cottrell o BSGs (Body Size Guides). • Cuestionario de la escala de Autoestima de Rosenberg ([EAR], 1965).

3.8.6.3. Descripción de las sesiones

En el mismo orden de ideas, se describieron de forma general las sesiones que se realizaron durante la intervención educativa, junto con metas y competencias correspondientes. (Anexo 5)

3.8.6.3. Evaluación de la intervención.

Dicha intervención educativa se implementó con la finalidad de conocer la percepción de la obesidad, el nivel de autoestima y para disminuir el consumo de drogas licitas en el caso de que existiese dicho consumo en los sujetos de estudio, tal intervención se desarrolló a través de varias sesiones que incluyeron datos de pensamiento y de conducta, se desarrolló la autoconfianza para hablar sobre

aspectos de dismorfia, de baja autoestima, de dependencia de alguna droga lícita y fortificar actitudes que generen una conducta de salud positiva. Dicha intervención fue práctica, ya que se visualizó como una ayuda para modificar conductas más que como un objetivo a realizar.

Los universitarios al concluir con la intervención, volvieron a realizar los instrumentos para saber que tan efectiva fue en ellos, encontrar resultados y ver un cambio, también evaluaron tiempos, sesiones, dinámicas, etc., para proporcionar una calificación a dicha intervención.

3.9 Aspectos éticos.

La presente investigación se realizó única y exclusivamente con fines educativos y con la participación voluntaria de los usuarios, sin el menor afán de lucro tal y como lo menciona el código de Helsinki y el código internacional de ética. En los cuales se menciona los principios de:

Beneficencia: dicho principio describe el deber de prevenir el daño y hacer el bien, se trata de ayudar a otros sin ver intereses personales. Los elementos que se incluyen en este principio son todos los que implican una acción de beneficio que haga o fomente el bien, prevenga o contrarreste el mal o daño; adicionalmente, todos los que implican la omisión o la ausencia de actos que pudiesen ocasionar un daño o perjuicio (Mazzanti-Ruggiero, 2011).

Principio de No Maleficencia: se trata de no hacer daño al ser de cuidado. Los preceptos morales provenientes de este principio son no matar, no inducir sufrimiento, no causar dolor, no privar de placer, ni discapacidades evitables (Mazzanti-Ruggiero, 2011).

Principio de Justicia: Este principio está relacionado con la norma moral de dar a cada quien lo que necesita, de la cual se derivan diversas obligaciones, como realizar una adecuada distribución de los recursos, proveer a cada paciente de un

adecuado nivel de atención, y disponer de los recursos indispensables para garantizar una apropiada atención de salud (Mazzanti-Ruggiero, 2011).

El presente estudio siguió las disposiciones establecidas en el Reglamento de la Ley General de Salud en cuanto a la Investigación en Salud en Seres Humanos. Se obtuvo la aprobación por parte del comité de ética e investigación de la Facultad de Enfermería Culiacán. Para la elaboración de este estudio, se observaron los lineamientos establecidos en el Título II, que aborda los aspectos éticos en la investigación con seres humanos. En particular, se prestó atención al Capítulo I, Artículo 13, el cual destaca la necesidad de otorgar respeto a la dignidad de cada sujeto de estudio y proteger sus derechos, todo ello respaldado por el consentimiento informado. Este documento actuó como salvaguarda tanto para el participante como para sus derechos (Secretaría de salud, 2014).

En lo que respecta al artículo 16 se señaló que se debe de proteger al ser investigado, se cuidó de su privacidad y de todos los datos que se proporcionaron, la información fue anónima. Respecto al artículo 17, fracción II, el riesgo fue menor con relación a aspectos emocionales que el sujeto provee de la percepción de la obesidad, sobrepeso, autoestima, consumo de drogas lícitas, etc., (Secretaría de salud, 2014).

Acorde al artículo 21 en sus fracciones I, VI, VII y VIII, se ofreció una definición sencilla de los objetivos y de la justificación de la investigación, se dio respuesta a cada pregunta que surgió con respecto al estudio y sobre todo siempre se insistió acerca de la libertad de retirarse si en algún momento así lo requirió (Secretaría de salud, 2014).

En relación al artículo 15, señalo que en el caso de que el diseño experimental de una investigación en seres humanos contemple múltiples grupos, se emplee métodos aleatorios de selección para lograr una asignación imparcial de los participantes en cada grupo. Además, se implementaron las medidas necesarias para prevenir cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación (Secretaría de salud, 2014).

Asimismo, se añadió la NOM-012-SSA3-2007, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Esto aplica específicamente a aquellos casos en los que no exista evidencia científica suficiente para respaldar su eficacia preventiva, terapéutica o de rehabilitación (SEGOB, 2007).

IV. Resultados.

4.1 Descripción y Análisis de los Datos

En este apartado se presentan los resultados del estudio denominado: Intervención educativa para mejorar la percepción de obesidad, autoestima y reducción de consumo de tabaco-alcohol en estudiantes universitarios, efectuado en 60 participantes, organizado de la siguiente forma, en primer lugar, se presenta la confiabilidad de los instrumentos seguido de la estadística descriptiva y la estadística inferencial.

4.1.1 Confiabilidad de instrumentos:

Tabla #1.

Título: Consistencia interna de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR).

Instrumento	Ítems	N° de reactivos	Alpha de Cronbach	
			Pretest	Postest
Escala de Autoestima de Rosenberg	1,2,3,4,5, 6,7,8,9,10	10	.702	.820

n=60

Fuente: EAR-10

En la tabla número uno se presenta la confiabilidad de uno de los instrumentos utilizados antes y después de la intervención; se puede observar que los puntajes obtenidos de la Escala de Autoestima de Rosenberg la cual reporto menor confiabilidad en el pretest, pero un aumento después de la intervención educativa.

4.1.2 Estadística descriptiva:

Para dar respuesta al objetivo número uno que señala describir sociodemográficamente a la población de estudio. Se presentan las tablas 2 y 3 con frecuencias y porcentajes, así como medidas de tendencia central y de dispersión.

Tabla #2.

Título: Variables sociodemográficas (Variables categóricas)

	<i>F</i>	<i>%</i>
Sexo		
Femenino	45	75.0
Masculino	15	25.0
Estado marital		
Sin pareja	46	76.7
Con pareja	14	23.3
Ocupación		
Estudio	47	78.3
Estudio y trabajo	13	21.7
Personas con las que vive		
Ambos padres	26	43.3
Madre	12	20.0
Otra persona	11	18.3
Solo (Foráneo)	7	11.7
Con tu tío (a)	4	6.7

n=60

Fuente: CDP-11

La tabla número dos, muestra las características sociodemográficas de los participantes del estudio, en cuanto a sexo, la población que participo en su mayoría fue el femenino en un 75%. Respecto al estado marital la mayor parte de la población esta soltero siendo el 76% de está. En relación a la ocupación el 78% de la población, la cual representa la fracción más alta se debe a la población que

únicamente estudia y con respecto a, ¿con quién vive?, el 43% de los estudiantes viven bajo el techo de una familia nuclear, el 20% viven únicamente con su madre; un 36% reporta vivir con otra persona, un familiar cercano, es decir algún tío (a) o ser foráneo y habitar solo; se aprecia que el 56% de los estudiantes podrían manifestar conductas de riesgo, ya que residen en un entorno disfuncional que carece de una estructura familiar nuclear, circunstancia que podría propiciar la adopción de comportamientos riesgosos.

Tabla #3.

Título: *Variables sociodemográficas (Variables cuantitativas)*

	<i>Variable</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DT</i>	S^2	<i>Rango</i>	<i>Valor Mínimo</i>	<i>Valor Máximo</i>
	Edad	19.70	18.00	4.11	16.89	25	18	43
	Talla	1.63	1.63	.089	.008	.39	1.45	1.84
Pretest	Peso	64.38	63.65	14.92	222.81	82.00	38.00	120.00
	IMC	24.05	23.25	4.78	22.88	24.37	14.37	38.74
	Talla	1.63	1.62	.080	.007	.41	1.45	1.86
Postest	Peso	65.21	64.50	12.95	167.86	70.00	45.00	115.00
	IMC	24.37	23.04	4.34	18.85	20.66	16.46	37.13

n=60

Fuente: CDP-11

La tabla número tres, muestra que el rango de edad de los participantes oscilo entre los 18 y 43 años, la edad que más predominó fue la de 18 años ($\bar{X}=19.7$; $DT=4.11$); las tallas finales se localizaron entre 1.45 y 1.86 mts ($\bar{X}=1.63$; $DT=.080$), con respecto al peso las delimitaciones finales estuvieron entre 45 y 115 kgs ($\bar{X}=65.21$; $DT=12.95$), de igual forma el índice de masa corporal (IMC) se encontró entre 16.46 y 37.13 ($\bar{X}=24.37$; $DT=4.34$).

4.1.3 Estadística inferencial:

Tabla #4

Título: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para variables cuantitativas.

	<i>Variable</i>	<i>Valor mínimo</i>	<i>Valor máximo</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DT</i>	S^2	<i>KS</i>	<i>p</i>
Pretest	Edad	18	43	19.70	18.00	4.11	16.89	.340	.000
	Talla	1.45	1.84	1.63	1.63	.089	.008	.083	.200
	Peso	38.00	120.00	64.38	63.65	14.92	222.81	.083	.200
	IMC	14.37	38.74	24.05	23.25	4.78	22.88	.117	.042
	Autoestima	30.00	90.00	60.66	60.00	13.42	180.33	.070	.200
Postest	Talla	1.45	1.86	1.63	1.62	.080	.007	.159	.001
	Peso	45.00	115.00	65.21	64.50	12.95	167.89	.081	.200
	IMC	16.46	37.13	24.37	23.04	4.34	18.85	.130	.014
	Autoestima	77.00	90.00	86.28	86.67	3.58	12.841	.243	.000

Nota: KS: Prueba de Kolmogorov-Smirnov; p: valor de significancia.

n=60

Fuente: CDP-11, EAR-10

En la tabla número cuatro se presenta la aplicación de la prueba de distribución denominada: Prueba de Kolmogorov-Smirnov a todas las variables cuantitativas, asimismo se les calculo el valor de significancia; la tabla muestra que existen diferencias significativas en el antes y el después de la intervención, destacando que las variables IMC y autoestima presentaron distribución normal en contraste con el peso.

Para dar respuesta al objetivo número dos que plantea relacionar la diferencia de autoestima antes y después de la intervención con el género de los participantes. Se presenta la tabla 5 con medidas de tendencia central y de dispersión.

Tabla #5

Título: Prueba de U Mann Whitney para diferencia de autoestima antes y después de la intervención en relación con el género.

<i>Diferencia de Autoestima</i>	<i>Variable</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DT</i>	S^2	<i>Rango</i>	<i>Valor Mínimo</i>	<i>Valor Máximo</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Género	Femenino	26.88	26.66	14.89	221.91	70.00	60.00	10.00	1.276	.202
	Masculino	21.77	20.00	12.84	164.86	50.00	46.67	3.33		

n=60

Fuente: CDP-11, EAR-10

En la tabla número cinco, se muestran los resultados de comparar las diferencias de autoestima antes y después de la intervención con el género y se observó que el género femenino presento ($\bar{X}=26.88$; $Mdn=26.66$) más altas de autoestima en comparación con el género masculino ($\bar{X}=21.77$; $Mdn=20.00$); sin embargo, el estadístico U Mann Whitney muestra que lo anterior no es estadísticamente significativo ($U=1.276$; $p=.202$).

Para dar respuesta al objetivo número tres que plantea relacionar la diferencia de autoestima antes y después de la intervención con el estado civil de los participantes. Se presenta la tabla 6 con medidas de tendencia central y de dispersión.

Tabla #6

Título: Prueba de U Mann Whitney para diferencia de autoestima antes y después de la intervención en relación con el estado civil.

<i>Diferencia de Autoestima</i>	<i>Variable</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DT</i>	S^2	<i>Rango</i>	<i>Valor Mínimo</i>	<i>Valor Máximo</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Estado civil	Con pareja	26.90	23.33	14.29	204.21	60.00	60.00	.00	.175	.861
	Sin pareja	25.21	26.66	14.66	215.13	56.67	46.67	10.00		

n=60

Fuente: CDP-11, EAR-10

En la tabla número seis, se muestran los resultados de comparar las diferencias de autoestima antes y después de la intervención con el estado civil y se observó que los que tienen pareja presentaron ($\bar{X}=26.90$) más alta de autoestima en comparación con los que no tienen pareja ($\bar{X}=25.21$); sin embargo, el estadístico U Mann Whitney muestra que lo anterior no es estadísticamente significativo ($U=.175$; $p=.861$).

Para dar respuesta al objetivo número cuatro que plantea relacionar la prevalencia del consumo de tabaco y alcohol global, lapsica y actual, antes y después de la intervención en relación con el género. Se presentan las tablas 7, 8, 9 y 10 con frecuencias y porcentajes.

Tabla #7

Título: Prueba de Chi cuadrado para la prevalencia del consumo de tabaco global, lapsica y actual, antes de la intervención en relación con el género.

<i>Pretest</i>						
<i>Tipo de prevalencias</i>	<i>Femenino</i>		<i>Masculino</i>		X^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>		
Prevalencia alguna vez en la vida	8	13.3	3	5.0	0.37	.847
Prevalencia en el último mes	1	1.7	1	1.7	.690	.406
Prevalencia en la última semana	1	1.7	1	1.7	.690	.406

Nota: X^2 : Prueba de Chi cuadrado, *p*: valor de significancia. *n*=60

Fuente: CDP-11, CPT

Tabla #8

Título: Prueba de Chi cuadrado para la prevalencia del consumo de tabaco global, lapsica y actual, después de la intervención en relación con el género.

<i>Postest</i>						
<i>Tipo de prevalencias</i>	<i>Femenino</i>		<i>Masculino</i>		X^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>		

Prevalencia alguna vez en la vida	6	10.0	3	5.0	.392	.531
Prevalencia en el último mes	1	1.7	0	0.0	.339	.560
Prevalencia en la última semana	0	0.0	0	0.0	0.0	0.0

Nota: X^2 : Prueba de Chi cuadrado, p: valor de significancia. $n=60$

Fuente: CDP-11, CPT

En las tablas número 7 y 8 se muestran los resultados de las prevalencias de consumo de tabaco antes y después de la intervención con relación al género, en el pretest la población femenina obtuvo una prevalencia de alguna vez en la vida (global) de 13.3% posterior a la intervención esta prevalencia fue del 10% mientras la población masculina obtuvo una prevalencia de 5.0% posterior a la intervención esta prevalencia se mantuvo en el mismo porcentaje, en la población femenina la prevalencia en el último mes (lápsica) reportó 1.7% asimismo, este porcentaje se mantuvo en el postest, el género masculino reportó 1.7% en contraste con el postest refiriendo un 0.0%, sin embargo el estadístico chi cuadrado no es estadísticamente significativo (*Pretest: $X^2=.690$; $p=.406$ -Postest: $X^2=.339$; $p=.560$), no obstante, la prevalencia de la última semana (actual) en la población femenina fue de 1.7% y en el postest de 0.0%; asimismo en la población masculina, la prevalencia antes de la intervención fue de 1.7% posterior a esta se obtuvo una prevalencia del 0.0%, demostrando que el estadístico chi cuadrado si es estadísticamente significativo en esta última prevalencia (*Pretest: $X^2=.690$; $p=.406$ -Postest: $X^2=0.0$; $p=0.0$).**

Tabla #9

Título: Prueba de Chi cuadrado para la prevalencia del consumo de alcohol global, lapsica y actual, antes de la intervención en relación con el género.

Pretest

<i>Tipo de prevalencias</i>	<i>Femenino</i>		<i>Masculino</i>		X^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>		
Prevalencia alguna vez en la vida	32	53.3	11	18.3	.027	.869
Prevalencia en el último mes	10	16.7	4	6.7	.124	.724
Prevalencia en la última semana	3	5.0	2	3.3	.655	.418

Nota: X^2 : Prueba de Chi cuadrado, *p*: valor de significancia. *n*=60
Fuente: CDP-11, CPA

Tabla #10

Título: Prueba de Chi cuadrado para la prevalencia del consumo de alcohol global, lapsica y actual, después de la intervención en relación con el género.

<i>Postest</i>						
<i>Tipo de prevalencias</i>	<i>Femenino</i>		<i>Masculino</i>		X^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>		
Prevalencia alguna vez en la vida	31	51.7	11	18.3	.106	.745
Prevalencia en el último mes	4	6.7	2	3.3	.247	.619
Prevalencia en la última semana	0	0.0	2	3.3	6.207	.013

Nota: X^2 : Prueba de Chi cuadrado, *p*: valor de significancia. *n*=60
Fuente: CDP-11, CPA

En las tablas número 9 y 10 se muestran los resultados de las prevalencias de consumo de alcohol antes y después de la intervención con relación al género, en el pretest la población femenina obtuvo una prevalencia de alguna vez en la vida (global) de 53.3% posterior a la intervención esta prevalencia fue del 51.7% mientras la población masculina obtuvo una prevalencia de 18.3% posterior a la intervención esta prevalencia se mantuvo en el mismo porcentaje, en la población femenina la prevalencia en el último mes (lápsica) reportó 16.7%, posterior a la intervención esta prevalencia fue del 6.7%, el género masculino reportó 6.7% en contraste con el posttest refiriendo un 3.3%, no obstante, la prevalencia de la última semana (actual) en la población femenina fue de 5.0% y en el posttest de 0.0%; asimismo en la población masculina, la prevalencia antes de la intervención fue de 3.3% posterior a esta se mantuvo la prevalencia del 3.3%, demostrando que el estadístico chi cuadrado si es estadísticamente significativo en esta última prevalencia (*Pretest: $X^2=6.655$; $p=.418$ -Posttest: $X^2=6.207$; $p=.013$*).

Para dar respuesta a la hipótesis número uno que enfatiza que los estudiantes con percepción de la obesidad baja tendrán una mejor percepción de la obesidad al final de la intervención. Se presentan las tablas 11 y 12 con frecuencias y porcentajes.

Tabla #11.

*Título: Prueba de Tau-b de Kendall para percepción corporal **femenina** antes y después de la intervención.*

	<i>Pretest</i>		<i>Posttest</i>		<i>Tau-b de Kendall</i>	<i>p</i>
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>		
Bajo peso	12	26.7	5	11.1	.531	.000
Peso normal	18	40.0	25	55.6		
Sobrepeso	1	2.2	13	28.9		
Obesidad grado I	11	24.4	2	4.4		
Obesidad grado II	2	4.4	0	0		
Obesidad grado III	1	2.2	0	0		

Nota: p: valor de significancia.

n=60

Fuente: GTC-20

En la tabla número once, se muestran los resultados de percepción corporal en las participantes femeninas antes y después de la intervención, el estadístico Tau-b de Kendall muestra que existen diferencias significativas en la primera y en la última medición (*Tau-b de Kendall=.531, p=.000*), se observa que en el pretest predominó el Peso normal con 40% en contraste con la última medición, en la cual sobresalió la misma respuesta, pero con 55.6%.

Tabla #12.

Título: Prueba de Tau-b de Kendall para percepción corporal masculina antes y después de la intervención.

	Pretest		Posttest		Tau-b de Kendall	p
	f	%	F	%		
Bajo peso	4	26.7	0	0	.885	.000
Peso normal	4	26.7	8	53.3		
Sobrepeso	4	26.7	4	26.7		
Obesidad grado I	1	6.7	2	13.3		
Obesidad grado II	1	6.7	1	6.7		
Obesidad grado III	1	6.7	0	0		

Nota: p: valor de significancia.

n=60

Fuente: GTC-20

En la tabla número doce, se muestran los resultados de percepción corporal en los participantes masculinos antes y después de la intervención, el estadístico Tau-b de Kendall muestra que existen diferencias significativas en la primera y en la última medición (*Tau-b de Kendall=.885, p=.000*), se observa que en el pretest predominaron Bajo peso, Peso normal y Sobrepeso con 26.7% los tres, en contraste con la última medición, en la cual sobresalió Peso normal con 53.3%.

Para dar respuesta a la hipótesis número dos que propone que los estudiantes con un nivel de autoestima bajo tendrán un mayor nivel de autoestima al final de la intervención. Se presenta la tabla 13 con medidas de tendencia central y de dispersión.

Tabla #13.

Título: Prueba de Wilcoxon para Autoestima antes y después de la intervención.

<i>Índice de Escala de Autoestima de Rosenberg</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DT</i>	S^2	<i>Rango</i>	<i>Valor Mínimo</i>	<i>Valor Máximo</i>	<i>Dif. de \bar{X}</i>	<i>W</i>	<i>p</i>
Pretest	60.66	60.00	13.42	180.33	60.00	30.00	90.00			
Postest	69.22	76.66	15.66	245.336	70.00	20.00	90.00	-8.56	-2.850	.004

Nota: Dif. de \bar{X} : diferencia de medias; W: prueba de Wilcoxon; p: valor de significancia.

n=60

Fuente: EAR-10

En la tabla número trece se muestran los resultados del nivel de autoestima en los participantes antes y después de la medición, el estadístico Wilcoxon, muestra que existen diferencias significativas en el antes y el después de la intervención ($W= -2.850, p= 0.004$), los estudiantes al principio de la medición tuvieron una media de 60.66 y en la segunda medición fue de 69.22.

Para dar respuesta a la hipótesis tres que declara que la prevalencia de consumo de tabaco y alcohol de los estudiantes disminuirá al final de la intervención. Se presentan las tablas 14 y 15 con frecuencias y porcentajes y la estimación puntual con intervalo de confianza al 95%.

Tabla #14.

*Título: Prueba de Chi cuadrado de McNemar para la prevalencia global, lapsica y actual de consumo de **tabaco** antes y después de la intervención.*

Tipo de prevalencias	Pretest IC 95%				Postest IC 95%				X ² McNemar	p
	f	%	Límite Inferior	Límite Superior	f	%	Límite Inferior	Límite Superior		
Prevalencia alguna vez en la vida	11	18.3	1.72	1.92	9	15.0	1.76	1.94	.369	.544
Prevalencia en el último mes	2	3.3	1.92	2.01	1	1.17	1.95	2.02	.035	.851
Prevalencia en la última semana	2	3.3	1.92	2.01	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Nota: X² McNemar: Prueba de Chi cuadrado de McNemar, p: valor de significancia.

n=60

Fuente: CPT

En la tabla número catorce se muestran los resultados de las prevalencias de consumo de tabaco de los participantes, la prevalencia de consumo de tabaco alguna vez en la vida (global), fue de 18.3% (IC 95% 1.72-1.92), la prevalencia de consumo de tabaco en el último mes (lápsica) reportó el 3.3% (IC 95% 1.92- 2.01), la prevalencia de consumo en la última semana (actual) fue de 3.3% (IC 95% 1.92- 2.01) en comparación a la medida postest la prevalencia de consumo de tabaco alguna vez en la vida (global), fue de 15.0% (IC 95% 1.76 - 1.94), la prevalencia de consumo de tabaco en el último mes (lápsica) reportó el 1.17% (IC 95% 1.95 – 2.02),

la prevalencia de consumo en la última semana (actual) fue de 0.0% (IC 95% se omitió el dato ya que fue constante).

Tabla #15.

*Título: Prueba de Chi cuadrado de McNemar para la prevalencia global, lapsica y actual de consumo de **alcohol** antes y después de la intervención.*

Tipo de prevalencias	Pretest IC 95%				Postest IC 95%				X ² McNemar	p
	f	%	Límite Inferior	Límite Superior	f	%	Límite Inferior	Límite Superior		
Prevalencia alguna vez en la vida	43	71.7	1.17	1.40	42	70.0	1.18	1.42	.473	.492
Prevalencia en el último mes	14	23.3	1.66	1.88	6	10.0	1.82	1.98	6.998	.008
Prevalencia en la última semana	5	8.3	1.84	1.99	2	3.3	1.92	2.01	4.702	.030

Nota: X² McNemar: Prueba de Chi cuadrado de McNemar, p: valor de significancia.

n=60

Fuente: CPT

En la tabla número quince se muestran los resultados de las prevalencias de consumo de alcohol de los participantes, en la primera medición la prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida (global), fue de 71.7% (IC 95% 1.17-1.40), la prevalencia de consumo de alcohol en el último mes (lápsica) reportó el 23.3% (IC 95% 1.66- 1.88), la prevalencia de consumo en la última semana (actual) fue de 8.3% (IC 95% 1.84 – 1.99), en comparación a la última medida la prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida (global), fue de 70.0% (IC 95% 1.18-1.42), la prevalencia de consumo de alcohol en el último mes (lápsica) reportó el 10.0% (IC 95% 1.82- 1.98), la prevalencia de consumo en la última semana (actual) fue de 3.3% (IC 95% 1.92 – 2.01).

Tabla #16.

Título: Prueba de Hedges' g para calcular el tamaño del efecto de la intervención en la variable autoestima.

<i>Índice de Autoestima</i>	\bar{X}	<i>DT</i>	<i>W</i>	<i>p</i>	<i>Hedges' g</i>
Pretest	60.66	13.42			
Postest	86.28	3.583	2.850	.004	1.746

n=60

Los resultados indicados por la estadística g de Hedges (ver Tabla 16) muestran un tamaño del efecto de 1.7, lo que sugiere que la variable examinada anteriormente tuvo un efecto considerable. Esto implica que el sujeto estudiado experimentó un cambio positivo después de la intervención.

V. Discusión de resultados

5.1 Discusión de resultados

Los resultados del presente estudio permitieron conocer la efectividad de una intervención educativa para mejorar la percepción de obesidad, autoestima y la reducción de tabaco y alcohol, en 60 estudiantes de la carrera de licenciatura en enfermería, de la Facultad de Enfermería Culiacán, de la Universidad Autónoma de Sinaloa, durante el primer año de la carrera.

En primer lugar, dentro de la confiabilidad de los instrumentos, se presentaron los datos de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), antes y después de la intervención; se mostró aceptable la consistencia interna con un Alpha de Cronbach, observándose que los puntajes van desde *.702* al *.820*, reportando menor confiabilidad en el pretest, la cual fue mayor después de la intervención educativa. Varios autores consideran que la revisión de este coeficiente permite tomar decisiones sobre la consistencia y la validez del instrumento. Es más, definen que los coeficientes de Alpha de Cronbach son admisibles si se encuentran entre *0.70* y *0.90*. Dichos resultados concuerdan con otros estudios que manejan la confiabilidad del instrumento desde *.70*, *.75* hasta *.87* (Ceballos-Ospino, et al. 2017; Soria Trujano y Benítez Arenas, 2020; Reynoso-González, et al. 2022). Lo cual demuestra que la estructura interna del EAR a pesar de que es bidimensional, es decir, que maneja dos constructos diferentes, son dos dimensiones que se pueden comprender fácilmente.

Con relación al objetivo número uno el cual se enfatiza en caracterizar sociodemográficamente a la población de estudio, en el presente trabajo de investigación se encontró que la muestra estuvo conformada principalmente del *75%* de estudiantes femeninas. Respecto al estado marital *76%* de la población esta soltero. En relación a la ocupación el *78%* únicamente estudia y con respecto a con quién vive, el *43%* de los estudiantes viven bajo el techo de una familia nuclear, el *20%* viven únicamente con su madre; un *36%* reporta vivir con otra persona, un familiar cercano, es decir algún tío (a) o ser foráneo y habitar solo; se aprecia que

el 56% de los estudiantes podrían manifestar conductas de riesgo, ya que residen en un entorno disfuncional que carece de una estructura familiar nuclear, circunstancia que podría propiciar la adopción de comportamientos riesgosos. Además, las edades oscilaron entre 18 y 43 años de edad ($\bar{X}=19.7$, $DT=4.11$). Lo anterior concuerda con lo reportado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática en 2022, ya que demuestra que, de 18 a 22 años, 11.2 millones de personas estudian, siendo 5.7 millones únicamente mujeres (19.2%) en comparación con una concentración menor en hombres en este grupo de edad quienes reflejaron un acceso o permanencia menor con respecto a la educación (18.2%) (INEGI, 2022).

Con respecto al objetivo número dos que plantea relacionar la diferencia de autoestima antes y después de la intervención con el género de los participantes se observó que el género femenino presentó ($\bar{X}=26.88$; $Mdn=26.66$) más altas de autoestima en comparación con el género masculino ($\bar{X}=21.77$; $Mdn=20.00$); sin embargo, el estadístico U Mann Whitney muestra que lo anterior no es estadísticamente significativo ($U=1.276$; $p=.202$). Ahora bien, el aumento en las puntuaciones después de la intervención es un aspecto relevante, ya que se proporcionó a los universitarios una perspectiva positiva que contribuyó a mitigar la baja autoestima, problemas de percepción corporal, ansiedad, desmotivación y cambios emocionales (Osorio, 2021). Además, se ha observado que los individuos con una autoimagen positiva tienden a priorizar un estilo de vida más saludable (Mayo Clinic, 2020).

En relación al objetivo número tres que plantea relacionar la diferencia de autoestima antes y después de la intervención con el estado civil de los participantes, se observó que los que tienen pareja presentaron ($\bar{X}=26.90$) más alta de autoestima en comparación con los que no tienen pareja ($\bar{X}=25.21$); sin embargo, el estadístico U Mann Whitney muestra que lo anterior no es estadísticamente significativo ($U=.175$; $p=.861$). Sin embargo, hay que hacer notar que es fundamental el apoyo que perciben las personas de la familia y de la pareja en la medida que estas esperan apoyo emocional durante diversos momentos de su vida. El apoyo que

perciben es relevante porque contribuye a la construcción y la ratificación de su autoestima y aceptación personal, las que dependen fuertemente de la interiorización de la opinión de los demás (Mora-Guerrero, et al. 2021).

Con base al objetivo número cuatro que propone relacionar la prevalencia del consumo de tabaco y alcohol global, lapsica y actual, antes y después de la intervención en relación con el género, se analizó que las prevalencias de consumo de tabaco antes y después de la intervención con relación al género, en el pretest la población femenina obtuvo una prevalencia de alguna vez en la vida (global) de 13.3% posterior a la intervención esta prevalencia fue del 10% mientras la población masculina obtuvo una prevalencia de 5.0% posterior a la intervención esta prevalencia se mantuvo en el mismo porcentaje, en la población femenina la prevalencia en el último mes (lápsica) reportó 1.7% asimismo, este porcentaje se mantuvo en el postest, el género masculino reportó 1.7% en contraste con el postest refiriendo un 0.0%, sin embargo el estadístico chi cuadrado no es estadísticamente significativo (*Pretest: $X^2=.690$; $p=.406$ -Postest: $X^2=.339$; $p=.560$), no obstante, la prevalencia de la última semana (actual) en la población femenina fue de 1.7% y en el postest de 0.0%; asimismo en la población masculina, la prevalencia antes de la intervención fue de 1.7% posterior a esta se obtuvo una prevalencia del 0.0%, demostrando que el estadístico chi cuadrado si es estadísticamente significativo en esta última prevalencia (*Pretest: $X^2=.690$; $p=.406$ -Postest: $X^2=0.0$; $p=0.0$). A partir del resultado anterior se enfatiza la importancia de las terapias conductuales ya que se fundamentan en la premisa de que los procesos de aprendizaje desempeñan un papel importante en el inicio, la persistencia y el cese del hábito de fumar tabaco. Estas terapias generalmente tienen como metas: alterar los factores que llevan al consumo de tabaco, fortalecer la conducta de no fumar y enseñar técnicas que ayuden a mantener la abstinencia en situaciones de riesgo elevado (Lira-Mandujano, et al. 2020).**

Además, se analizó que las prevalencias de consumo de alcohol antes y después de la intervención con relación al género, en el pretest la población femenina obtuvo una prevalencia de alguna vez en la vida (global) de 53.3% posterior a la intervención esta prevalencia fue del 51.7% mientras la población masculina obtuvo

una prevalencia de 18.3% posterior a la intervención esta prevalencia se mantuvo en el mismo porcentaje, en la población femenina la prevalencia en el último mes (lápsica) reportó 16.7%, posterior a la intervención esta prevalencia fue del 6.7%, el género masculino reportó 6.7% en contraste con el postest refiriendo un 3.3%, no obstante, la prevalencia de la última semana (actual) en la población femenina fue de 5.0% y en el postest de 0.0%; asimismo en la población masculina, la prevalencia antes de la intervención fue de 3.3% posterior a esta se mantuvo la prevalencia del 3.3%, demostrando que el estadístico chi cuadrado si es estadísticamente significativo en esta última prevalencia (*Pretest: $\chi^2=6.655$; $p=.418$ -Postest: $\chi^2=6.207$; $p=.013$). Con base a lo anteriormente descrito, Rodríguez Sierra, et al., en 2022 nos mencionan que las intervenciones que consisten en la elaboración de comunicaciones persuasivas demuestran tener un efecto positivo en los grupos que son expuestos a este tipo de mensajes, en contraste con grupos que reciben comunicaciones irrelevantes. Este efecto se observa en términos de la intención conductual de no consumir bebidas alcohólicas y de abstenerse de conducir, especialmente entre jóvenes universitarios (Rodríguez Sierra, et al., 2022). La prevención del consumo de alcohol en este contexto es de gran importancia, dado que los universitarios tienden a tener tasas más altas de consumo de alcohol en comparación con otros grupos de la población general (Cogollo-Milanés, et al. 2023).*

En relación a la hipótesis que plantea que los estudiantes con percepción de la obesidad baja tendrán una mejor percepción de la obesidad al final de la intervención, se encontró que, respecto a la percepción femenina, en la sección de peso normal, hubo un incremento después de la intervención (*Pre: $f=18$, $\%=40.0$; Post: $f=25$, $\%=55.6$), en la sección de obesidad tipo I hubo una reducción (*Pre: $f=11$, $\%=24.4$; Post: $f=2$, $\%=4.4$), asimismo en la percepción masculina también hubo un incremento en la sección de peso normal (*Pre: $f=4$, $\%=26.7$; Post: $f=8$, $\%=53.3$). Lo anterior tiene relación con lo que se ha registrado en la literatura respecto al enfoque cognitivo-conductual el cual se ha aplicado en diversos estudios y tiende a enfocarse principalmente en fomentar prácticas saludables relacionadas con la alimentación y la actividad física. Los resultados señalan que este tipo de***

intervención no solo conduce a la disminución del peso o de otras medidas antropométricas, como el IMC, la masa grasa o la relación cadera-cintura (Miri et al., 2019), sino que también conlleva mejoras en aspectos psicológicos, como un incremento en la autoeficacia (Baños, et al. 2019).

Con respecto a la hipótesis que plantea que los estudiantes con un nivel de autoestima bajo tendrán un mayor nivel de autoestima al final de la intervención, se encontró que los estudiantes al principio de la medición tuvieron una media de 60.66 y en la segunda medición fue de 69.22, corroborando que existió un aumento en dicho nivel. Lo anterior concuerda en parte con lo reportado por Cañón y colaboradores en 2018 en conjunto con lo reportado por López Yáñez en 2020, ambas investigaciones son intervenciones que reflejan un aumento en autoestima, utilizando la Escala de Autoestima de Rosenberg, el primer estudio muestra en el pretest existió una media de 25,85 y en el posttest muestra una media del 34,41, asimismo en el estudio de López Yáñez se percibe un aumento de 3.25 puntos en las medias, iniciando con 34.75 y en la evaluación final se concluye con un 38.00 (Cañón, et al. 2018; López Yáñez, 2020).

Ahora bien, en relación a lo anterior, Rosenberg señala que la autoestima es una evaluación personal, tanto positiva como negativa considerando que el nivel de autoestima de un individuo está relacionado con su capacidad para valorarse de manera positiva en relación con una serie de valores (Rosenberg, 1965). De modo que, una autoestima positiva es fundamental para la estabilidad emocional, el bienestar personal y sobre todo una plena salud mental en una persona; considerando que la autoestima está estrechamente vinculada con la aceptación incondicional de uno mismo y con el desarrollo de habilidades, es importante señalar que la disciplina excesiva, las críticas negativas y las expectativas poco realistas por parte de adultos o pares pueden ser muy perjudiciales.

En relación con la hipótesis que declara que las prevalencias de consumo de tabaco y alcohol de los estudiantes disminuirá al final de la intervención, se encontró que los estudiantes en la prevalencia de tabaco en alguna vez en la vida (global), fue de 18.3% (IC 95% 1.72-1.92), la prevalencia de consumo de tabaco en el último mes

(lápsica) reportó el 3.3% (*IC 95% 1.92- 2.01*), la prevalencia de consumo en la última semana (actual) fue de 3.3% (*IC 95% 1.92- 2.01*) en comparación a la medida posttest la prevalencia de consumo de tabaco alguna vez en la vida (global), fue de 15.0% (*IC 95% 1.76 - 1.94*), la prevalencia de consumo de tabaco en el último mes (lápsica) reportó el 1.17% (*IC 95% 1.95 – 2.02*), la prevalencia de consumo en la última semana (actual) fue de 0.0% (*IC 95% se omitió el dato ya que fue constante*). Lo anterior concuerda con lo reportado por Ordás Campos y colaboradores en 2020 en conjunto con lo reportado por Bernabé-Ortiz y Carrillo-Larco en 2022, ambas investigaciones manejan prevalencias globales entre 19,4% - 19,5%; por el contrario, el dato obtenido difiere con lo mencionado por ENSANUT en 2022, ya que menciona que el 64.0% de los adultos indican nunca haber fumado en su vida, existiendo una diferencia de casi el doble que revelan lo inverso en relación con la investigación personal.

En caso de las prevalencias de consumo de alcohol, en la primera medición de alguna vez en la vida (global), fue de 71.7% (*IC 95% 1.17- 1.40*), la prevalencia de consumo de alcohol en el último mes (lápsica) reportó el 23.3% (*IC 95% 1.66- 1.88*), la prevalencia de consumo en la última semana (actual) fue de 8.3% (*IC 95% 1.84 – 1.99*), en comparación a la última medida la prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida (global), fue de 70.0% (*IC 95% 1.18- 1.42*), la prevalencia de consumo de alcohol en el último mes (lápsica) reportó el 10.0% (*IC 95% 1.82- 1.98*), la prevalencia de consumo en la última semana (actual) fue de 3.3% (*IC 95% 1.92 – 2.01*). Lo anterior concuerda con lo reportado por Cogollo-Milanés y colaboradores en 2023 ya que en su estudio de intervención existió una reducción del consumo de alcohol, es decir, de 77,2% paso a ser 72,7% los sujetos de estudio que informaron consumo de alcohol, de igual forma ENSANUT en 2022 mostro una prevalencia del consumo excesivo en los últimos 30 días (lápsica) de 19.1% semejante al dato de la primera medición ya mencionado.

Con respecto al cálculo del tamaño del efecto de la intervención en la variable autoestima, los resultados indicados por el estadístico *g* de Hedges, muestran un tamaño del efecto de 1.7, es decir, tuvo un efecto alto. Esto implica que el sujeto

estudiado experimentó un cambio positivo después de la intervención en dicha variable. Además, la prueba g de Hedges (g_{ajust}) se caracteriza por determinar la eficacia del tratamiento, por tres criterios que la hacen idónea para evaluar la efectividad de un tratamiento: (1) proporciona una estimación precisa e imparcial; (2) su cálculo es sencillo; y (3) el resultado es fácil de interpretar (Ledesma et al., 2008). En esencia, esta prueba estima la diferencia entre las medias de los grupos y la normaliza dividiéndola por la desviación estándar conjunta de ambos grupos. Así, genera un parámetro estandarizado (puntuación z) que elimina cualquier sesgo asociado al tamaño de la muestra. Esta puntuación z es valiosa, ya que, mediante la tabla de la curva normal, permite inferir el porcentaje de casos en el que un grupo está por debajo del promedio del otro (Pantoja Vallejo y Castellano Luque, 2017).

Con el propósito de mejorar la percepción de la obesidad, la autoestima y reducir de consumo de tabaco y alcohol, se retomó a la teórica Nola Pender en conjunto con su Modelo de Promoción de la Salud, ya que este aborda el estilo de vida desde una perspectiva multidimensional, reconociendo la dependencia de las acciones que afectan la salud de la persona. Este enfoque sitúa al individuo como responsable de tomar decisiones sobre su cuidado personal de la salud. La implementación de este modelo se basa en factores cognitivos y perceptuales que pueden ser modificados por el contexto, las características individuales y las relaciones interpersonales. Su principio fundamental establece que la conducta humana puede ser motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano.

5.2 Conclusiones

Según los hallazgos del presente estudio, se puede inferir que predominó la presencia del género femenino entre los entrevistados, lo cual concuerda con la tendencia hacia una profesión predominantemente femenina. Más de la mitad de la muestra estudiada manifestó estar dedicada exclusivamente a sus estudios en el momento de la intervención. En su mayoría, los participantes son solteros y resalta el hecho de que la mayoría vive en un entorno familiar disfuncional, sin pertenecer

a una estructura familiar nuclear. Esta situación puede ser un factor desencadenante de conductas perjudiciales para la salud.

Resulta notable el hecho de que, al examinar el panorama general en Latinoamérica, se encuentran muy pocos estudios de intervención que abordan la medición del efecto de variables como la percepción de obesidad, la autoestima y el consumo de tabaco y alcohol. En la actualidad, la percepción de la obesidad está presente en la población, pero muchas personas no la consideran un problema grave, e incluso pueden no ser conscientes de que son percibidas de manera diferente. Esta falta de conciencia puede contribuir al desarrollo de problemas crónicos de salud como el sobrepeso, la obesidad, la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial, diversos tipos de cáncer, entre otros. Considerándose una de las principales causas de aumento en las tasas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo en la actualidad, lo que tiene un impacto negativo en la calidad de vida y así mismo, en la salud.

Ahora bien, en cuanto a la autoestima, es fundamental la construcción del autoconcepto, que surge de una percepción precisa, la valoración propia y la confianza personal, así como del bienestar emocional que se deriva de ello. Dado que la autoestima es un concepto psicológico individual influenciado por juicios de valor personales y sociales, una percepción inestable puede desencadenar problemas psicológicos como depresión y ansiedad. Estas alteraciones pueden manifestarse de forma significativa y afectar tanto la salud mental como física. Es importante abordar la autoestima como un conjunto de valores subjetivos que requieren atención constante para prevenir complicaciones a largo plazo.

Es importante destacar que en la actualidad la prevalencia del consumo de tabaco y alcohol a nivel mundial es motivo de preocupación debido al uso extendido y abusivo por parte de una gran proporción de jóvenes universitarios, quienes lo han incorporado como parte de sus actividades recreativas, de ocio y como medio de aceptación social. Por esta razón, se proponen estrategias y políticas públicas dirigidas a intervenciones y programas que busquen reducir o modificar los patrones de consumo de tabaco y alcohol.

En resumen, el programa de intervención demostró ser efectivo en mejorar la percepción de la obesidad, la autoestima y en reducir el consumo de tabaco y alcohol. Específicamente, logró mejorar la percepción de la obesidad al modificar las percepciones y cambiar los hábitos alimenticios, fomentando así un comportamiento más saludable. Además, se observó una mejora en la autoestima, ya que los participantes expresaron una mayor confianza y un autoconcepto más positivo que habían desarrollado durante las sesiones. También se registró una disminución en las tasas de consumo de tabaco y alcohol, lo que refleja cambios en los patrones de consumo, promoviendo conductas y percepciones más adecuadas para un estilo de vida saludable.

Con respecto a la factibilidad para implementar la intervención educativa para mejorar la percepción de la obesidad, la autoestima y reducir el consumo de tabaco y alcohol, se observó una alta tasa de retención y satisfacción entre los participantes con la intervención. La participación de los universitarios estuvo condicionada por su carga académica y la aprobación de los docentes. Se hicieron ajustes a los componentes de la intervención para adaptarla al entorno escolar y facilitar su implementación.

En última instancia, los resultados del programa de intervención son prometedores y sugieren que podría ser considerado como una intervención efectiva para mejorar la percepción de la obesidad, la autoestima y reducir el consumo de tabaco y alcohol. Sin embargo, al igual que en la evaluación de programas en otros entornos escolares donde se pueden realizar intervenciones, los resultados pueden estar limitados debido en gran medida a las restricciones éticas y a las limitaciones metodológicas. Por lo tanto, se requiere más investigación antes de llegar a una conclusión definitiva sobre el tema.

5.3 Recomendaciones

Se considera importante replicar esta intervención en más universitarios que tengan disposición para mejorar la percepción de la obesidad, la autoestima y reducir el consumo de tabaco y alcohol. Así mismo, es necesario mejorar el acceso a las

estrategias presenciales, seguimiento y tratamiento para la reducción de problemas relacionados con una percepción errónea de la obesidad, una baja autoestima y el consumo de tabaco y alcohol.

Se sugiere la adopción de nuevas medidas de intervención, estrategias y políticas en el ámbito de la salud primaria que puedan inducir un cambio social, educativo y sanitario. Estas acciones podrían contribuir de manera positiva a abordar el problema actual relacionado con la percepción errónea de la obesidad, la autoestima baja y el consumo de tabaco y alcohol entre los jóvenes latinoamericanos. Asimismo, estas iniciativas pueden promover entre los jóvenes hábitos, estilos y conductas de vida saludables, lo que puede incrementar los factores que protegen y disminuir los factores de riesgo. En este contexto, la enfermería puede tener un papel fundamental, debido a su habilidad para relacionarse con las comunidades e identificar patrones de comportamiento que puedan representar riesgos para los jóvenes. Es esencial considerar que este fenómeno tiene un impacto significativo en la salud de esta población y acarrea un elevado costo social, por lo que se vuelve una prioridad de acción para los profesionales de la salud. Los hallazgos presentados pueden ser beneficiosos para investigadores, profesionales de la salud y estudiantes en proceso de formación que busquen investigar y elaborar nuevas intervenciones, estrategias y herramientas dirigidas a abordar la percepción incorrecta de la obesidad, la autoestima baja y el consumo de tabaco y alcohol en este grupo de personas.

En futuras investigaciones, sería pertinente considerar la aplicación de estas intervenciones en diferentes contextos y en distintas etapas de la educación obligatoria y postobligatoria. Asimismo, sería necesario otorgar mayor importancia al papel del tutor y su interacción con el estudiante y su familia, promoviendo la participación de esta última en un modelo de aprendizaje colaborativo entre la escuela y el hogar, que pueda contribuir al desarrollo del concepto mencionado.

VI. Referencias Bibliográficas.

- Acevedo, V. E., Palacios-Recalde, C., y Villamil-Pineda, M. F. (2020). Percepción frente a la obesidad en padres y adolescentes pertenecientes a la ciudad de Armenia, Quindío. *MedUNAB*. 23(2), 270-280. Recuperado de: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/3514/3286>
- Acuña Leiva, V., Niklitschek Tapia, C., Quiñones Bergeret, Á., y Ugarte Pérez, C. (2020). Insatisfacción de la imagen corporal y estado nutricional en estudiantes universitarios. *Revista de Psicoterapia*. 31(116), 279-294. Recuperado de: <https://revistas.uned.es/index.php/rdp/article/view/35052/26063>
- Ahumada-Cortez, J. G., Gámez-Medina, M. E., y Valdez-Montero, C. (2017). EL CONSUMO DE ALCOHOL COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA. *Ra Ximhai*. 13(2),13-24. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46154510001>
- Alonso-Castillo, M., Un-Aragón, L., Armendáriz-García, N., Navarro-Oliva, E., y López-Cisneros, M. (2018). Sentido de coherencia y consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Investigación y Ciencia de la Universidad Autónoma de Aguascalientes*. 26(75), 66-72. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/674/67457300008/67457300008.pdf>
- Arias Duque, R. (2005). Reacciones fisiológicas y neuroquímicas del alcoholismo. *Diversitas*. 1(2), 138-147. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982005000200003
- Aristizábal Hoyos, G., Blanco Borjas, D., Sánchez Ramos, A., y Ostiguín Meléndez, R. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria*. 8(4), 16-23. Recuperado de: <https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>

- Arzate Hernández, G., Guadarrama Guadarrama, R., Veytia López, M., y Guzmán Saldaña, R. (2020). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con normopeso, sobrepeso y obesidad. *REVISTA MEXICANA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS*. 10(4), 397-405. Recuperado de: <https://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v10n4/2007-1523-rmta-10-04-397.pdf>
- Baños, R. M., Oliver, E., Navarro, J., Vara, M. D., Cebolla, A., Lurbe, E., et al. (2019). Efficacy of a cognitive and behavioral treatment for childhood obesity supported by the ETIOBE web platform. *Psychology, Health & Medicine*. 24(6), 703-713. doi: <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1566622>
- Bernabé-Ortiz, A. y Carrillo Larco, R. M. (2022). Prevalencia y tendencias de tabaquismo activo y pasivo en adolescentes peruanos. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 39(2), 193-200. doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2022.392.11233>
- Bobadilla-Suárez, S., y López-Avila, A. (2014). Distorsión de imagen corporal percibida e imaginada. Un posible factor para la obesidad y el sobrepeso en mexicanos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 52(4), 408-414. Recuperado de: http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/645/1155
- Cañón, S. C., Castaño-Castrillón, J. J., Mosquera-Lozano, A. M., Nieto-Angarita, L. M., Orozco-Daza, M., y Giraldo-Londoño, W. F. (2018). Propuesta de intervención educativa para la prevención de la conducta suicida en adolescentes en la ciudad de Manizales (Colombia). *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 14(1), 27-40. doi: <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2018.0001.02>
- Carvajal Navarrete, N. y Esparza Meza, E.M. (2021). Distorsión de la imagen corporal en adolescentes con sobrepeso y obesidad. *Psic-Obesidad*. 7(26), 4-6. doi: <https://doi.org/10.22201/fesz.20075502e.2017.7.26.80744>
- Casillas Estrella, M., Montañó Castrejón, N., Bacardí Gascón, M., y Jiménez Cruz, A. (2007). Mexicanas con mayor insatisfacción de la imagen corporal.

Elsevier. 39(2), 105. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-mexicanas-con-mayor-insatisfaccion-imagen-13098680>

Casillas-Estrella, M., Montaña-Castrejón, N., Reyes-Velázquez, V., Bacardí-Gascón, M., y Jiménez-Cruz, A. (2006). A mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal. *Revista Biomédica*. 17(4), 243-249. doi: <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v17i4.463>

Ceballos-Macías, J. J., Pérez Negrón-Juárez, R., Flores-Real, J. A., Vargas-Sánchez, J., Ortega-Gutiérrez, G., Madriz-Prado, R., y Hernández-Moreno, A. (2019). Obesidad. Pandemia del siglo XXI. *Rev Sanid Milit Mex*. 72(5-6), 332-338. Recuperado de: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0301-696X2018000400332

Ceballos-Ospino, G., Paba-Barbosa, C., Suescún, J., Oviedo, H., Herazo, E., y Campo-Arias, A. (2017). Validez y dimensionalidad de la escala de autoestima de Rosenberg en estudiantes universitarios. *Pensamiento Psicológico*. 15(2), 29-39. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612017000200003

Cogollo-Milanés, Z., Gómez-Bustamante, E., y Campo-Arias, A. (2023). Efectividad de un programa para la prevención de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 41(3), e04. doi: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e351578>

Cogollo-Milanés, Z., Gómez-Bustamante, E., y Campo-Arias, A. (2023). Efectividad de un programa para la prevención de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 41(3):e351578. doi: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e351578>

Comisión Nacional contra las Adicciones [CONADIC], (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, ENCODAT 2016-2017*. Recuperado

de: <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>

Comisión Nacional contra las Adicciones [CONADIC], (2022). *Programa Anual de Trabajo 2022*. Recuperado de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/PAT_2022_autorizado.pdf

Conde, K., Lichtenberger, A., Peltzer, R., y Cremonte, M. (2017). CONSUMO EXCESIVO EPISÓDICO DE ALCOHOL: CAMBIO NATURAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS. *Revista de Salud Pública*. 2, 77-85. Recuperado de: https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/80803/CONICET_Digital_Nro.8af9ac01-118e-4cc6-ae54-951cd1151cde_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Correa-López, L., Morales-Romero, A., Olivera-Ruiz, J., Segura-Márquez, C., Cedillo-Ramírez, L., y Luna-Muñoz, C. (2020). Factores asociados al consumo de tabaco en estudiantes universitarios de lima metropolitana. *Rev. Fac. Med. Hum.* 20(2), 227-232. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2308-05312020000200227&script=sci_arttext

Cortaza-Ramírez, L., Calixto-Olalde, G., Hernández-López, L., y Torres-Balderas, D. (2022). Prevalencia de consumo de alcohol en estudiantes universitarios de enfermería. *Medwave*. 22(03), 1-9. Recuperado de: <https://www.medwave.cl/investigacion/estudios/8712.html>

Cortés, M., Morales, L., Rojas, J., de la Villa Moral, M., Flores, M., y Rodríguez-Díaz, F. (2021). Patrones de consumo de alcohol y percepciones de riesgo en estudiantes mexicanos. *REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOLOGÍA Y SALUD*. 12(1), 17-33. Recuperado de: <https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/59939/art422021.pdf?sequence=1>

D'anglés Hurtado, T. J. (2013). Percepción de la obesidad por adolescentes escolares del Distrito de Trujillo. *UCV Scientia*. 5(2), 167-175. Recuperado de:

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjSvPGegJb8AhXSI0QIHTd1ClcQFnoECBAQAQ&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F6181458.pdf&usq=A0vVaw3F-Df9Z9ldO0KF3QQn5nvv>

De la Cruz Yamunaque, E., Abril-Ulloa, V., Arévalo Peláez, C., y Palacio Rojas, M. (2018). Subestimación del índice de masa corporal a través de la autopercepción de la imagen corporal en sujetos con sobrepeso y obesidad. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 37(3), 235-244. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/journal/559/55963208010/55963208010.pdf>

Durán-Agüero, S., Beyzaga-Medel, C., y Miranda-Durán, M. (2016). Comparación en autopercepción de la imagen corporal en estudiantes universitarios evaluados según Índice de Masa Corporal y porcentaje de grasa. *Rev Esp Nutr Hum Diet*. 20(3), 180-189. Recuperado de:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2174-51452016000300004

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, [ENSANUT], (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición - MC 2016*. Recuperado de:

<https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2016/index.php>

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, [ENSANUT], (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19. Resultados Nacionales*. Recuperado de:

https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, [ENSANUT], (2022). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19. Resultados nacionales*. Recuperado de:

<https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2020/doctos/informes/ensanutCovid19ResultadosNacionales.pdf>

Enríquez Peralta, R., y Quintana Salinas, M. (2016). Autopercepción de la imagen corporal y prácticas para corregirla en adolescentes de una institución educativa, Lima-Perú. *An Fac med.* 77(2), 117-22. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832016000200004

Espinoza García, A., Martínez Moreno, A., y Reyes Castillo, Z. (2021). Papel de la grelina y la leptina en el comportamiento alimentario: evidencias genéticas y moleculares. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición.* 68, 654-663. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-diabetes-nutricion-13-pdf-S2530016421000471>

Fernández-Castillo, E., Molerio Pérez, O., López Torres, L., Cruz Peña, A., y Grau, R. (2016). Percepción de riesgo respecto al consumo de tabaco en jóvenes universitarios cubanos. *Revista Cubana de Medicina General Integral.* 35(2), 140-152. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252016000200001&script=sci_arttext&tlng=pt

Fiske, L., Fallon, E. A., Blissmer, B., y Redding, C. A. (2014). Prevalence of body dissatisfaction among United States adults: review and recommendations for future research. *Eat Behav.* 15(3), 357-65. doi: <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.04.010>

Fuenzalida Rojas, M., Briceño Alfaro, R., Ferrada Lohaus, C., y Franco Payá, F. (2022). SATISFACCIÓN CORPORAL EN JÓVENES ENTRE 20-24 AÑOS QUE ESTÉN CURSANDO EDUCACIÓN SUPERIOR EN LA COMUNA DE SANTIAGO, REGIÓN METROPOLITANA, AÑO 2022. *Revista Confluencia,* 5(1), 58-62. Recuperado de: <https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/756/634>

Gámez-Medina, M., Guzmán-Facundo, F., Jesica Guadalupe, A. C., Alonso-Castillo, M., y Gherardi-Donato, E. (2017). Autoestima y consumo de alcohol en

- adolescentes escolarizados. *Nure Inv.* 14(88), 1-9. Recuperado de:
<https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/885>
- García Villegas, E., Juárez Martínez, L., Sámano, R., Márquez González, H., Martínez Torres Pico, D. L., Lamar Rea, V. J., y Merino Zeferino, B. (2021). FACTORES ASOCIADOS ALA DISTORSIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN MUJERES ADOLESCENTES. *Revista Salud Pública y Nutrición.* 20(1), 12-19. Recuperado de:
<https://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/565/379>
- Ghayasuddin, S., Ali, W., Khali, K., Ali, I., y Ahmad, S. (2022). OVERWEIGHT, OBESITY AND ITS ASSOCIATED RISK FACTORS AMONG SCHOOL GOING CHILDREN OF PESHAWAR, KHYBER PAKHTUNKHWA, PAKISTAN. *J Med Sci.* 30(4), 250-255. Recuperado de:
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjymMal7L38AhUASjABHTNzBqIQFnoECBQQAQ&url=https%3A%2F%2Fjmedsci.com%2Findex.php%2FJmedsci%2Farticle%2Fdownload%2F1383%2F880&usg=AOvVaw04xzGYAN_Wiy8bM38jCI2J
- Gimenez, P., Correché, M., y Rivarola, M. (2013). Autoestima e Imagen Corporal. Estrategias de intervención psicológica para mejorar el bienestar psicológico en pre- adolescentes en una escuela de la ciudad de San Luis, Argentina. *Fundamentos en Humanidades.* XIV(27), 83-93. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/184/18440029004.pdf>
- Gómez Tabares, A., Núñez, C., Agudelo Osorio, M. P., y E. Caballo, V. (2020). Riesgo suicida y su relación con la inteligencia emocional y la autoestima en estudiantes universitarios. *Terapia Psicológica,* 38(3), 403-426. Recuperado de:
https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082020000300403&script=sci_arttext
- Gómez-Pérez, D., S. Ortiz, M., y L. Saiz, J. (2017). Estigma de obesidad, su impacto en las víctimas y en los Equipos de Salud: una revisión de la literatura. *Rev Med Chile.* 145, 1160-1164. Recuperado de:

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000901160

Green, L. W., y Kreuter, M. W. (1999). *Health Promotion and Planning: An Educational and Environmental Approach*. (4 th edition). Mountain View, CA : Mayfield Publishing Co.

Guadarrama-Guadarrama, R., Hernández-Navor, J., y Veytia-López, M. (2018). “Cómo me percibo y cómo me gustaría ser”: un estudio sobre la imagen corporal de los adolescentes mexicanos. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 5(1), 37-43. Recuperado de: https://www.revistapcna.com/sites/default/files/5_2.pdf

Harris, C.V., Bradlyn, A.S., Coffman, J., Gunel, E. y Cottrell, L. (2008). BMI-based body size guides for women and men: development and validation of a novel pictorial method to assess weight-related concepts. *International Journal of Obesity*, 32(2), 336-342.

Hernández Favela, C. G. (2023). 10 Hábitos Efectivos para la Salud de la Persona Mayor- Tabaquismo. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ). Recuperado de: <https://www.epsnutricion.com.mx/dctos/taquismo.pdf>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, M.P. (2014). *Metodología de la investigación* (6° ed.). México: McGraw Hill Interamericana Editores S.A. de C.V.

Hurtado Taípe, S. (2019). Motivaciones y patrones de consumo de alcohol en estudiantes de la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad Central del Ecuador. UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR. Recuperado de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/18505/1/T-UCE-0007-CPS-121.pdf>

Instituto de Información Estadística y Geográfica [IIEG], (s.f.). *Sobrepeso y Obesidad*. Recuperado de:

<https://iieg.gob.mx/contenido/PoblacionVivienda/libros/LibroDiezproblemas/Capitulo1.pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], (2020). *Atención de la obesidad comienza con el control del peso y una revisión periódica sobre el estado de salud.* Recuperado de:

<http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202002/059#:~:text=En%20el%20IMSS%2C%2077.5%25%20los,10%20derechohabientes%20padecen%20esta%20enfermedad.>

Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], (2020). *Con atención integral y multidisciplinaria el IMSS otorga tratamiento y previene el uso de drogas.*

Recuperado de: <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202006/430>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, (2022). Encuesta Nacional sobre Acceso y Permanencia en la Educación (ENAPE) 2021. México: INEGI. Recuperado de:

<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/ENAPE/ENAPE2021.pdf>

Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], (2020). *Alcoholismo: una relación tóxica.*

Recuperado de: <https://www.insp.mx/avisos/5128-dia-uso-nocivo-alcohol.html>

Jurado Cárdenas, D., Jurado Cárdenas, S., López Villagrán, K., y Querevalú Guzmán, B. (2015). Validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg en universitarios de la Ciudad de México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual.* 5(1), 1-6. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/pdf/2830/283046027004.pdf>

Kamal, K., Sunita, S., Karobi, D., y Abhishek, G. (2020). Nurse-delivered screening and briefintervention among collegestudents with hazardousalcohol use: A double-blind randomized clinical trial from India. *Alcoholand alcoholism.* 55(3), 284-290. doi: <https://doi.org/10.1093/alcalc/agaa014>

- Lara Reyes, B. J., Hernández Martínez, E. K., Medina Fernández, J. A., Medina Fernández, I. A., Molina Sánchez, J. W., y Leija Mendoza, A. (2020). Consumo de alcohol e imagen corporal percibida en estudiantes de enfermería de dos zonas de México. *REVISTA EUREKA-CDID*. 17(M), 123-138. Recuperado de: <https://psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-17-M-15.pdf>
- Lazarevich, I., Delgadillo-Gutiérrez, H., Mora-Carrasco, F., y Martínez-González, Á. (2013). Depresión, autoestima y características de personalidad asociadas al género en estudiantes rurales de México. *Alternativas en Psicología*. XVII(29), 44-57. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2013000200004#:~:text=Las%20mujeres%20presentaron%20mayor%20prevalencia,mujeres%20en%20expresivas%20\(emotivas\)](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2013000200004#:~:text=Las%20mujeres%20presentaron%20mayor%20prevalencia,mujeres%20en%20expresivas%20(emotivas))
- Ledesma, R., Macbeth, G., y Cortada de Kohan, N. (2008). Tamaño del efecto: revisión teórica y aplicaciones con el sistema estadístico Vista. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(3), 425-439. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80511493002.pdf>
- Lee Li, C., Wrobel Koenig, A., y Salinas Valle, M. (2016). COMPARACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN Y ESTIMACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL CON EL ESTADO NUTRICIONAL REAL DE ESTUDIANTES ADOLESCENTES DE 4.º Y 5.º GRADOS DE SECUNDARIA DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL DISTRITO DE PACHACÁMAC, LIMA-PERÚ. *Científica* 13(2), 149-155. Recuperado de: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjP8MWS2b6HAXWI-4BHYrpF-QQFnoECBcQAQ&url=https%3A%2F%2Frevistas.cientifica.edu.pe%2Findex.php%2Fcientifica%2Farticle%2Fview%2F394&usq=AOvVaw1wQJq0RVsASMn4B6uDxxTh&opi=89978449>
- Lira-Mandujano, J., Rosales García, M., Míguez Varela, M. C., y Cruz-Morales, S. E. (2020). Efectividad de una intervención cognitivo-conductual para dejar de

- fumar combinada con vareniclina. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 16(2), 387-397. doi: <https://doi.org/10.15332/22563067.5550>
- Lira-Mandujano, J., Valdez- Piña, E., Núñez-Lauriano, M., Pech-Puebla, D., Morales-Chainé, S., & Cruz Morales, S. (2018). Ansiedad, depresión, afecto negativo y positivo asociados con el consumo de tabaco en universitarias. *Revista Internacional De Investigación En Adicciones*. 4(1), 4-12. Recuperado de: <http://www.riiad.org/index.php/riiad/article/view/riiad.2018.1.02/189>
- Lira-Mandujano, J., Valdez-Piña, E., Pérez-González, M., Pech-Puebla, D., y Arriaga-Ramírez, J. (2020). ASOCIACIÓN ENTRE CONSUMO DE TABACO, FACTORES EMOCIONALES Y MOTIVOS PARA FUMAR EN UNIVERSITARIOS. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 2(1), 47-59. Recuperado de: <https://revistacneip.org/index.php/cneip/article/view/89/69>
- López Sánchez, G., Díaz Suárez, A., y Smith, L. (2017). Análisis de imagen corporal y obesidad mediante las siluetas de Stunkarden niños y adolescentes españoles de 3 a 18 años. *Anales de Psicología*. 34(1), 167-172. Recuperado de: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.34.1.294781/221851>
- López Yáñez, T. G. (2020). *EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVOCONDUCTUAL EN AUTOESTIMA, AUTOCONCEPTO FÍSICO Y COMPETENCIA PERCIBIDA: ESTUDIO DE CASO ÚNICO* [Trabajo de Fin de Grado, Universidad Autónoma de Nuevo León]. UANL. <http://eprints.uanl.mx/22859/7/22859.pdf>
- Lora-Cortez, C. I., y Saucedo-Molina, T. J. (2006). Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México. *Salud mental*, 29(3), 60-67. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018533252006000300060&lng=es&tlng=es

- Martín-Pérez, C., Navas, J., Perales, J., López, A., Cordovilla, S., Portillo, M., et al. (2019). Brief group-delivered motivational interviewing is equally effective as brief group-delivered cognitive-behavioral therapy at reducing alcohol use in risky college drinkers. *PloS one*. 14(12). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226271>
- Matthiasdottir, E., Hrafn Jonsson, S., y Logi Kristjansson, A. (2010). Body weight dissatisfaction in the Icelandic adult population: A normative discontent?. *The European Journal of Public Health*. 22(1), 116-21. doi: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq178>
- Matus Lerma, N.P.S., Álvarez Gordillo, G.C., Nazar Beutelspacher, D.A., y Mondragón Ríos, R. (2016). Percepciones de adultos con sobrepeso y obesidad y su influencia en el control de peso en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. *Estudios Sociales*. 24(47), 382-409. Recuperado de: <https://www.scielo.org.mx/pdf/estsoc/v24-25n47/0188-4557-estsoc-24-47-00380.pdf>
- Mayo Clinic. (2020). Pensamiento positivo: reduce el estrés al eliminar el diálogo interno negativo. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/stress-management/in-depth/positive-thinking/art-20043950>
- Mazzanti-Ruggiero, M.A. (2011). Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos. *Rev colombiana de bioética*. 6(1), 125-44. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1892/189219032009.pdf>
- Mediano-Stoltze, F., B. Repetto, P., y Molina, Y. (2013). Insatisfacción corporal, creencias sobre control del peso y consumo de cigarrillos en jóvenes. *Terapia psicológica*. 31(2), 155-163. Recuperado de: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082013000200002
- Méndez-Ruiz, M.D., Villegas-Pantoja, M.A., Alarcón-Luna, N.S., Villegas, N., Cianelli, R., y Peragallo-Montano, N. (2020). Prevención del consumo de

- alcohol y transmisión de virus de inmunodeficiencia humana: Ensayo clínico aleatorizado. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. 28, 1-10. e3262. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3393.3262>
- Miri, S. F., Javadi, M., Lin, C. Y., Griffiths, M. D., Björk, M. y Pakpour, A. H. (2019). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on nutrition improvement and weight of overweight and obese adolescents: A randomized controlled trial. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. 13(3), 2190-2197. doi: <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2019.05.010>
- Mora, C., y Herrán, O. (2019). Prevalencia de consumo de alcohol y de alcoholismo en estudiantes universitarios de Villavicencio, Colombia. *Rev. Fac. Med.* 67(2), 225-33. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112019000200225
- Mora-Guerrero, G. M., Escárate-Colín, L. M., Espinoza-Lerdón, C. A., y Peña-Paredes, A. B. (2021). Apoyo social percibido, autoestima y maternidad adolescente: entre el respeto y la intrusión. Estudio en Traiguén, Chile. Prospectiva. *Revista de Trabajo Social e intervención social*. (32), 151-171. doi: <https://doi.org/10.25100/prts.v0i32.10785>
- Nápoles Neyra, N., Blanco Vega, H., y Jurado García, P. J. (2022). La autoeficacia y su influencia en la insatisfacción de la imagen corporal: revisión sistemática. *Psicología y Salud*. 32(1), 57-70. Recuperado de: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2711/4588>
- National Institute on Drug Abuse [NIDA], (2022). *Adicción al tabaco – Reporte de investigación*. Recuperado de: <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/como-produce-sus-efectos-el-tabaco>
- Orcasita, L., Lara, V., Suárez, A., y Palma, D. (2018). Factores psicosociales asociados a los patrones de consumo de alcohol en adolescentes escolarizados. *Psicología desde el Caribe*. 35(1), 33-48. Recuperado de:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2018000100033

Ordás Campos, B., Martínez Isasi, S., Casado Verdejo, I., Bárcena Calvo, C., Álvarez Álvarez, M.J., y Fernández García, D. (2017). Consumo de tabaco en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud: estudio de prevalencia. *Tiempos de enfermería y salud*. 2(1), 49-57. Recuperado de: <https://tiemposdeenfermeriaysalud.es/journal/article/view/67>

Ordás Campos, B., Martínez Isasi, S., Casado Verdejo, I., Bárcena Calvo, C., Álvarez Álvarez, M. J., y Fernández García, D. (2020). CONSUMO DE TABACO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE CIENCIAS DE LA SALUD: ESTUDIO DE PREVALENCIA. *TIEMPOS DE ENFERMERÍA Y SALUD*. 1(2), 51-59. Recuperado de: <https://tiemposdeenfermeriaysalud.es/journal/article/view/67>

Organización Mundial de la Salud [OMS], (2011). *Drogas*. Recuperado de: <http://www.who.int/es/>

Organización Mundial de la Salud [OMS], (2017). *Obesidad*. Recuperado de: https://www.who.int/es/health-topics/obesity#tab=tab_1

Organización Mundial de la Salud [OMS], (2018). *Diez esferas en las que pueden intervenir los gobiernos para reducir el uso nocivo del alcohol*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/feature-stories/detail/10-areas-for-national-action-on-alcohol>

Organización Mundial de la Salud [OMS], (2018). *El consumo nocivo de alcohol mata a más de 3 millones de personas al año, en su mayoría hombres*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news/item/21-09-2018-harmful-use-of-alcohol-kills-more-than-3-million-people-each-year--most-of-them-men>

Organización Mundial de la Salud [OMS], (2019). *Preguntas más frecuentes*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>

Organización Mundial de la Salud [OMS], (2021). *Malnutrición*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>

Organización Mundial de la Salud [OMS], (2021). *Obesidad y Sobrepeso*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=En%20el%20caso%20de%20los,igual%20o%20superior%20a%2030>

Organización Mundial de la Salud [OMS], (2022). *Alcohol*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

Organización Mundial de la Salud [OMS], (2022). *Enfermedades no transmisibles*. Recuperado de: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases#:~:text=Las%20enfermedades%20no%20transmisibles%20\(ENT,las%20muertes%20a%20nivel%20mundial](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases#:~:text=Las%20enfermedades%20no%20transmisibles%20(ENT,las%20muertes%20a%20nivel%20mundial).

Organización Mundial de la Salud [OMS], (2022). *Tabaco*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco#:~:text=El%20tabaco%20mata%20hasta%20a,no%20fumadores%20al%20humo%20ajeno>.

Organización Panamericana de la Salud [OPS], (2011). *Control del tabaco*. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/node/39696>

Organización Panamericana de la Salud [OPS], (2016). *Factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas: Consideraciones para fortalecer la capacidad regulatoria. Documento técnico de referencia REGULA*. Recuperado de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28227/9789275318669_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y

Organización Panamericana de la Salud [OPS], (2017). *Obesidad: Un problema complejo que requiere un enfoque que involucre a toda la sociedad*. Recuperado de:

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6123:2011-obesity-complex-problem-needing-all-society-approach&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0

Organización Panamericana de la Salud [OPS], (2019). *Estrategia y Plan de Acción sobre promoción de la salud en el contexto de los ODS 2019-2030*. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>

Organización Panamericana de la Salud [OPS], (2019). *Promoción de la Salud y Determinantes de la Salud*. Recuperado de: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8322:2013-health-promotion-determinants-health&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0

Organización Panamericana de la Salud [OPS], (2020). “*No hay salud sin salud mental*”. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental>

Organización Panamericana de la Salud [OPS], (2022). *Alcohol*. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/temas/alcohol#:~:text=El%20uso%20nocivo%20del%20alcohol,es%20peligroso%20para%20la%20salud.>

Organización Panamericana de la Salud [OPS], (2022). *Control del tabaco*. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/temas/control-tabaco>

Organización Panamericana de la Salud [OPS], (2022). *Nuevo reporte de la OPS informa sobre los progresos en la lucha contra el tabaquismo en las Américas*. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/noticias/15-8-2022-nuevo-reporte-ops-informa-sobre-progresos-lucha-contra-tabaquismo-americas>

Organización Panamericana de la Salud [OPS], (2022). *Tabaco*. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/temas/control-tabaco>

- Organización Panamericana de la Salud [OPS], (2023). *Enfermedades no transmisibles*. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS], (2024). *Abuso de sustancias*. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE], (2019). *La pesada carga de la obesidad*. Recuperado de: <http://www.oecd.org/health/the-heavy-burden-of-obesity-67450d67-en.htm>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE], (2020). *Mexico Policy Brief*. Recuperado de: <https://www.oecd.org/policy-briefs/Policy-Brief-Mexico-Health-ES.pdf>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE], (2020). *Tabaquismo*. Recuperado de: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/85689a17-es/index.html?itemId=/content/component/85689a17-es>
- Osorio, M. (2021). Reconocer, prevenir y afrontar el estrés académico. Recuperado de <https://www.uchile.cl/portal/presentacion/centro-de-aprendizaje-campus-sur/114600/reconocer-prevenir-y-afrontar-el-estres-academico>
- Padrón-Salas, A., Hernández-Gómez, J., Nieto-Caraveo, A., Aradillas-García, C., Cossío-Torres, P., y Palos-Lucio, A. (2015). Asociación entre autoestima y percepción de la imagen corporal en estudiantes universitarios. *Acta Universitaria*, 25(1), 76-78. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/416/41641037012.pdf>
- Pantoja Vallejo, A., y Castellano Luque, E. A. (2017). Eficacia de un programa de intervención basado en el uso de las tic en la tutoría. *Revista de Investigación Educativa*, 35(1),215-233. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2833/283349061013.pdf>
- Paulino Rocha, R., Paiva de Oliveira Galvão, P., van der Meer Sanchez, Z., Nogueira Rebouça, L., Ribeiro de Castro Júnio, A., Soares dos Santos, L., et

- al., (2022). Insatisfacción con la imagen corporal, uso de drogas y factores asociados entre adolescentes en tres ciudades brasileñas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 30(spe):e3663. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6163.3663>
- Pender, N.J. (1996). Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I). Disponible en:
http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/hernandez_d_md/apendiceA.pdf
- Pender, N.J., Murdaugh, C. L., y Parsons, M.A. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice* (6th Edition). Boston, MA: Pearson.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., y Parsons, M.A. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice*. (7th Edition). United States of America: Pearson.
- Peña García, G. M., y Ávila Valdez, R. (2017). Pros, contras, resiliencia y motivaciones de consumo de alcohol y tabaco en jóvenes de preparatoria del sur de Sinaloa. *REVISTA CONJETURAS SOCIOLOGICAS*. 4(11), 91-112. Recuperado de:
<https://revistas.ues.edu.sv/index.php/conjsociologicas/article/view/388/315>
- Pérez Izquierdo, O., Fernández Caro, M., Aranda González, I., Ávila Escalante, M. L., y Cruz Bojórquez, R. M. (2020). Comparación entre la percepción corporal y el índice de masa corporal en estudiantes de secundaria de dos municipios de Yucatán. *Horizonte Sanitario*. 19(1), 115-126. Recuperado de:
<https://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v19n1/2007-7459-hs-19-01-115.pdf>
- Polit, D., y Hungler, B. (2003). *Investigación científica en ciencias de la salud*. (6ª Ed). México: McGraw- Hill Interamericana.
- Quintero, J., Félix Alcántara, M. P., Banzo-Arguis, C., Martínez de Velasco Soriano, R., Barbudo, E., Silveria, B., et al. (2016). Psicopatología en el paciente con obesidad. *Salud mental*. 39(3), 123-130. Recuperado de:
<https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v39n3/0185-3325-sm-39-03-00123.pdf>

- Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 22, 15-27. Recuperado de: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi15an7i5b8AhVrH0QIHQ19CFUQFnoECBMQAQ&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F2741880.pdf&usq=A0vVaw3RVHIm-lSknp_tAE4B1J6l
- Ramírez-Toscano, Y., Canto-Osorio, F., Carnalla, M., Colchero, M. A., Reynales-Shigematsu, L. M., Barrientos-Gutiérrez, T., et al. (2023). Patrones de consumo de alcohol en adolescentes y adultos mexicanos: Ensanut Continua 2022. *Salud Publica Mex.* 65(supl 1):S75-S83. doi: <https://doi.org/10.21149/14817>
- Reyes-Ríos, L. A., Camacho-Rodríguez, D., Ferrel-Ballestas, L. F., Ferrel-Ortega, F. R., y Bautista-Pérez, F. (2018). Diferencias en el consumo de tabaco en estudiantes según el sexo universitarios. *Revista Cubana de Enfermería*. 34(3), 612-623. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v34n3/1561-2961-enf-34-03-e1479.pdf>
- Reynoso-González, O. U., Valdés-García, K. P., Santana-Campas, M. A., Luna-Velasco, L. E., y Hermsillo-De la Torre, A. E. (2022). Psychometric properties of the Rosenberg self-esteem scale in Mexican university students. *Acta universitaria*. 32, e3441. doi: <https://doi.org/10.15174/au.2022.3441>
- Rodríguez de la Cruz, P. J., González-Angulo, P., Salazar-Mendoza, J., Camacho-Martínez, J. U., y López-Cocotle, J. J. (2022). Percepción de riesgo de consumo de alcohol y tabaco en universitarios del área de salud. *Sanus*. 7, e222. doi: <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.222>
- Rodríguez Sierra, N., Sánchez Rodríguez, E., Castiblanco Montañez, R. A., Carrillo Algarra, A. J., y Hernández-Zambrano, S. M. (2022). Intervenciones de prevención sobre el consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Rev Cuid.*; 13(2): e2388. doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2388>

- Román, P., Munera, R., Rus, T., y Pinillos, F. (2018). La Satisfacción Corporal en Adultos Españoles, Influencia del Sexo, Edad y Estado Ponderal. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*. 2(47), 83-94. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/4596/459655209007/html/>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent selfimage*. Princeton, NJ: Princeton University Press
- Ruiz González, P., Medina Mesa, Y., Zayas, A., y Gómez Molinero, R. (2018). RELACIÓN ENTRE LA AUTOESTIMA Y LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 2(1), 67-77. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/3498/349856003007/349856003007.pdf>
- Russell, A. A. (1979). Nicotine Intake and it's regulation. *Journal Psychosomatic Research*, 24.
- Sánchez-Hoil, A., Andueza-Pech, M. G., Santana-Carvajal, A. M., Hoil-Santos, J. J., y CuFarfán-López, J. (2017). Características sociodemográficas y perfil de consumo de tabaco y drogas en estudiantes de dos universidades de México. *Revista biomédica*. 1(28), 11-27. Recuperado de: <https://www.scielo.org.mx/pdf/revbiomed/v28n1/2007-8447-revbiomed-28-01-00003.pdf>
- Sawicki, W.C., Barbosa, D.A., Fram, S.D., y Belasco, G.S. (2018). Alcohol consumption, Quality of Life and Brief Intervention among Nursing university students. *Revista brasileira de enfermagem*. 71, 505-512. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0692>
- Secretaría de Gobernación, [SEGOB], (2007). *Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-012-SSA3-2007, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos*. Recuperado de: <https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/3880/salud/salud.htm>

Secretaría de Gobernación, [SEGOB], (2009). *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*. Recuperado de: <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR20.pdf>

Secretaría de Gobernación, [SEGOB], (2014). *NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica*. Recuperado de: https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/5805/salud3a11_C/salud3a11_C.html

Secretaría de Gobernación, [SEGOB], (2018). *NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad*. Recuperado de: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5523105&fecha=18/05/2018#gsc.tab=0

Secretaría de salud. (2014). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. *Diario oficial de la federación*. 6. Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ADICCIONES [SISVEA], (2021). *Informe SISVEA 2021*. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/760957/informe_sisvea_2021.pdf

Soria Trujano, R., y Benítez Arenas, K. L. (2020). AUTOESTIMA EN PAREJAS HETEROSEXUALES CON UN HIJO ADOLESCENTE CON PROBLEMAS DE CONDUCTA. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 23(4), 1551-1572. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2020/epi204i.pdf>

Suárez González, J. A., y Gutiérrez Machado, M. (2022). Sobrepeso, obesidad y riesgo cardiometabólico en mujeres de edad mediana. *Acta Médica del Centro*. 17(1), 1-7. Recuperado de:

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiJko-36L38AhX0sDEKHazAAE0QFnoECB8QAQ&url=https%3A%2F%2Frevacta.medicacentro.sld.cu%2Findex.php%2Famc%2Farticle%2Fdownload%2F1673%2F1585&usq=AOvVaw2AVfshMSTbCFzYTmUKYvd0>

Tamayo Lopera, D., y Restrepo, M. (2014). Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de Psicología. Universidad de Antioquia*. 6(1), 91-112. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4947506>

Tejada-Rangel, E., Retamoza, H., Tejada Rangel, M., y Peña López, M. A. (2023). Asociación entre consumo del alcohol y tabaco con la salud mental de estudiantes de enfermería en Sinaloa. *RICS Rev Iberoam Las Cienc Salud*. 13(23):17–45. doi: <http://dx.doi.org/10.23913/rics.v13i23.123>

Telumbre-Terrero, J. Y., López-Cisneros, M. A., Noh-Moo, P. M., Villanueva-Echavarría, J. R., y Torres-Obregón, R. (2019). Autoestima y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria de Ciudad del Carmen, Campeche. *SANUS*, (6), 20-31. doi: <https://doi.org/10.36789/sanus.vi6.93>

Tirado Reyes, R. J. (2010). *MOTIVOS PARA EL CONSUMO DE TABACO Y CONSUMO DE TABACO EN TRABAJADORES DE SALUD* [Trabajo de Fin de Grado, Universidad Autónoma de Nuevo León]. UANL. <https://www.codice.uanl.mx/RegistroBibliografico/InformacionBibliografica?from=BusquedaBasica&bibld=1745102&biblioteca=0&fb=&fm=&isbn=>

Tirado-Reyes, R. J., Retamoza, P. L., y Uriarte-Ontiveros, S. (2020). Sobrepeso, obesidad y autoestima en trabajadores de la salud. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 28(4), 310-318. Recuperado de: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/11/1344056/2020_28_310-318.pdf

Torales, J. M., Aquino, N. J., García, L. B., Scavenius, K. E., Sequeira, O. R., Miño, L. M., et al. (2018). Percepción de imagen corporal como factor condicionante del índice de masa corporal en médicos residentes del Hospital de Clínicas.

- Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud.* 16(2), 79-83. Recuperado de: <http://archivo.bc.una.py/index.php/RIIC/article/view/1364>
- Uribe-Carvajal, R., Jiménez-Aguilar, A., Morales-Ruan, M. C., Salazar-Coronel, A. A., y Shamah-Levy, T. (2018). Percepción del peso corporal y de la probabilidad de desarrollar obesidad en adultos mexicanos. *Salud Pública de México.* 60(3), 254-262. Recuperado de: <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v60n3/0036-3634-spm-60-03-254.pdf>
- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M., y López-Miñarro, P. A. (2013). Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria.* 28(1), 27-35. Recuperado de: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v28n1/04revision04.pdf>
- Vilugrón, F., Cortés, M., Valenzuela, J., Rojas, C., y Gutiérrez, P. (2023). Obesity, weight-related stigma and its association with the perception of quality of life in Chilean university students. *Nutrición Hospitalaria.* 40(3), 543-550. doi: <https://dx.doi.org/10.20960/nh.04338>
- Von Lengerke, T., Mielck, A. y KORA Study Group. (2012). Body weight dissatisfaction by socioeconomic status among obese, preobese and normal weight women and men: results of the cross-sectional KORA Augsburg S4 population survey. *BMC Public Health.* 9(12), 342. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-342>
- World Obesity Federation [WOF], (2020). *World Obesity Day: 'Missing the targets report'*. Recuperado de: <https://www.worldobesity.org/resources/resource-library/world-obesity-day-missing-the-targets-report>
- World Obesity Federation [WOF], (2022). *World Obesity and IDF release new policy brief to address obesity and type 2 diabetes.* Recuperado de: [https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227\(22\)00677-5/abstract](https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227(22)00677-5/abstract)
- World Obesity Federation [WOF], (2022). *World Obesity Atlas 2022.* Recuperado de:

[https://www.worldobesityday.org/assets/downloads/World Obesity Atlas 2022 WEB.pdf](https://www.worldobesityday.org/assets/downloads/World_Obesity_Atlas_2022_WEB.pdf)

Zaragoza Martí, A., y Ortiz Moncada, R. (2012). Estado nutricional y nivel de actividad física según percepción de los estudiantes de la Universidad de Alicante. *Rev Esp Nutr Comunitaria*. 18(3), 149-153. Recuperado de: <https://fcsalud.ua.es/es/alinea/documentos/investigacion/articulo-nutricion-y-actividad-fisica.pdf>

ANEXOS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE ENFERMERÍA CULIACÁN
MAESTRÍA PROFESIONALIZANTE DE ENFERMERÍA.



ANEXO 1: DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA FACULTAD
DE ENFERMERÍA CULIACÁN



Dr. Jesús Roberto Garay Núñez
Director de la Facultad de Enfermería Culiacán
Universidad Autónoma de Sinaloa

PRESENTE.-

Por medio del presente me dirijo a usted, con la finalidad de solicitar autorización, para que la estudiante de la Maestría en Enfermería con orientación profesionalizante: **Gabriela Ontiveros Herrera**, lleve a cabo la investigación con número de registro **005-23**, titulado: **"Intervención educativa para mejorar la percepción de obesidad, autoestima y reducción de consumo de tabaco-alcohol"**, en la Institución a su digno cargo, en un periodo comprendido del mes de septiembre de 2022 a julio de 2024, de la cual funge como Director de Tesis, el Dr. Roberto Joel Tirado Reyes.

Agradecido de antemano su atención y espera de una respuesta favorable a nuestra petición, le envié un cordial saludo.

ATENTAMENTE

"Sacrificción Absque Gloria"
Culiacán, Sin., 26 de enero de 2024


DRA. MIRIAM GAXIOLA FLORES
Coordinador de Investigación y Posgrado
Responsable del Comité de Ética e
Investigación
Facultad de Enfermería Culiacán



C.e.p. Dra. María Isabel Santos Quintero. Secretaria Académica
C.e.p. Dra. Miriam Gaxiola Flores. Coordinadora de Investigación y Posgrado.
C.e.p. Dr. Roberto Joel Tirado Reyes. Coordinador de Maestría en Enfermería



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE ENFERMERÍA CULIACÁN
MAESTRÍA PROFESIONALIZANTE DE ENFERMERÍA.
ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO**



Título del Proyecto:

Intervención educativa para mejorar la percepción de obesidad, autoestima y reducción de consumo de tabaco-alcohol en estudiantes universitarios.

Prólogo:

Debido a que estoy interesado en conocer algunos aspectos sobre; percepción de obesidad, autoestima, es por esta razón que le invito a participar en esta investigación. Antes de decidir si quieres participar, necesitas saber el propósito del estudio, cómo este estudio te puede ayudar, cuáles son los riesgos y lo que debes de hacer después de dar tu aprobación. Este proceso se llama “consentimiento informado”. Este formulario te explicará el objetivo del estudio, si das tu autorización para participar, se te solicitará que firmes esta forma, de manera digital, dando clic en la opción acepto participar.

Propósito del Estudio:

El objetivo de esta investigación es: determinar el impacto de una intervención educativa para mejorar la percepción de la obesidad, autoestima y reducción de consumo de tabaco-alcohol, en estudiantes de la facultad de enfermería Culiacán, de septiembre de 2022 a julio de 2024; la información que compartas con nosotros, será de utilidad para diseñar e implementar más programas de intervención para mejorar la percepción de la obesidad, autoestima y reducción de consumo de drogas licitas en estudiantes de enfermería.

Descripción del Estudio y Procedimiento:

Si aceptas participar en este estudio, te pediremos que hagas lo siguiente: es necesario que firmes este formulario de consentimiento informado dando clic en la opción acepto participar; responder un cuestionario socio demográfico integrado por 8 preguntas, 20 preguntas dirigidas a conocer el consumo de drogas licitas, una

serie de 10 fotografías femeninas y 10 masculinas para la elección de la forma del cuerpo a partir de medidas antropométricas según la percepción personal y 10 más sobre tu autoestima. El tiempo estimado para completar los cuestionarios es de 40 minutos.

Riesgos e Inquietudes:

No existen riesgos relacionados con la participación en este estudio. Sin embargo, puedes sentirte incómodo hablando de temas que podrían parecerle delicados. Si es tu decisión, puedes retirarte del estudio.

Beneficios Esperados:

No hay ningún beneficio personal en participar en este estudio.

Alternativas:

Como esta investigación no es estudio de tratamiento, tu única alternativa es no participar en ella.

Costos:

No hay costo ninguno para ti en participar en este estudio.

Autorización para el uso y distribución de la información para la investigación:

Las únicas personas que sabrán que estás participando en este estudio serán tus compañeros que también acepten participar. Ninguna información sobre ti o dada por ti durante la investigación será distribuida a otros; es decir, tus respuestas no serán reveladas a, compañeros o autoridades de la unidad académica. De ninguna manera tus respuestas pueden ser identificadas, ya que, en el cuestionario a responder, no se solicitará tu nombre o dirección. Las opiniones e ideas que expresasen el cuestionario serán totalmente confidenciales. La necesidad de respetar la confidencialidad de todos será enfatizada por los miembros del grupo investigador. Si los resultados de la investigación son publicados o discutidos en alguna conferencia, ninguna información estará incluida sobre tu persona. El

Comité de Ética (CE) de la Facultad de Enfermería Culiacán puede examinar la información colectada con fines académicos. El CE ha sido creado para proteger los intereses de las personas que participan en investigaciones y otros estudios.

Derecho a Retratar:

Tu participación en este estudio es voluntaria. Tu decisión a participar o no, no afectará tu relación actual o futura con la escuela o facultad. Si decides participar, estás en libertad para retractarte en cualquier momento sin que esto afecte esa relación.

Preguntas:

Si tienes alguna pregunta sobre tus derechos como participante en la investigación, puedes comunicarte con Lic. Enf. Gabriela Ontiveros Herrera. herreragaby1912@gmail.com

CONSENTIMIENTO

Yo voluntariamente acepto participar en este estudio y que se colecte información sobre mi persona. He leído la información en esta forma y todas mis preguntas han sido respondidas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho.

Firma del Participante

Fecha

Testigo del Procedimiento de Consentimiento *Solo necesario si la persona es analfabeta, ciega o no puede firmar por sí misma

Fecha

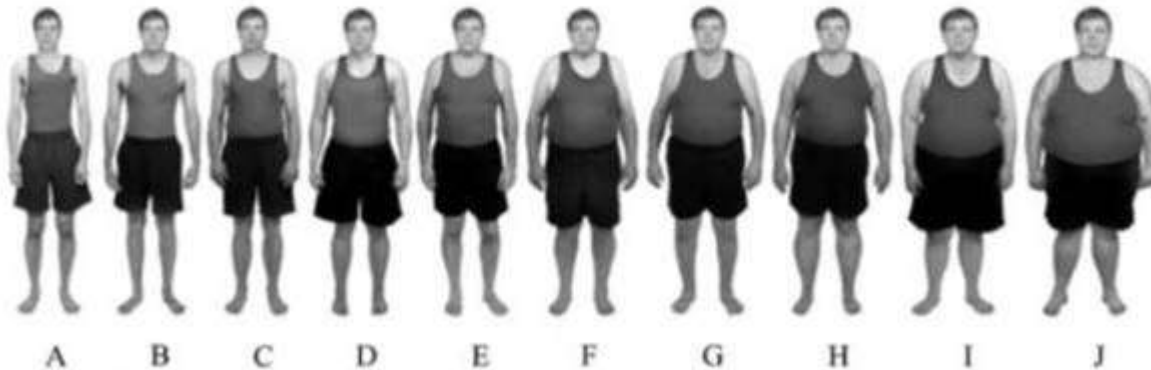
Firma del Investigador

Fecha

20. ¿Has consumido tabaco alguna vez en la vida? 1. SI 2. NO
21. ¿A qué edad iniciaste a consumir tabaco? _____
22. ¿En el último mes, has consumido tabaco? 1. SI 2. NO
23. ¿En la última semana, has consumido tabaco? 1. SI 2. NO
24. ¿Cada cuando consumes tabaco? _____
25. ¿En cuántas ocasiones a la semana consumes tabaco? _____
26. ¿Cuántos cigarrillos consumes en un día normal de consumo? _____
27. ¿Con quién acostumbras consumir tabaco? _____

Pictograma de Harris, Bradlyn, Coffman, Gunel y Cottrell o BSGs (Body Size Guides).

Instrucciones: a continuación, se presenta una serie de 10 fotografías femeninas y 10 masculinas para la elección de la forma del cuerpo a partir de medidas antropométricas según la percepción personal.



Bajo Peso	Peso Normal	Sobrepeso	Obesidad grado I	Obesidad grado II	Obesidad grado III
--------------	----------------	-----------	---------------------	----------------------	-----------------------

Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)

Instrucciones: a continuación, se presentan algunas aseveraciones con el fin de conocer que piensas respecto a ti mismo. Marca una opción de respuesta en cada pregunta.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
1. Siento que soy una persona de valor, al igual que otras personas (comparada (o) con otros siento que valgo igual que las demás).	4	3	2	1
2. Siento que tengo muchas buenas cualidades (siento que tengo muchas cualidades).	4	3	2	1
3. Definitivamente creo que soy un fracaso (generalmente cuando pienso en mi vida, siento que soy una o un fracasado).	1	2	3	4
4. Puedo hacer las cosas igual que los demás (soy capaz de hacer cualquier cosa igual de bien que la mayoría de la gente).	1	2	3	4
5. No tengo mucho porque sentirme orgulloso (a)	1	2	3	4
6. Tengo una actitud positiva con mi persona (tengo una actitud positiva conmigo mismo (a))	4	3	2	1
7. En todo, estoy satisfecho (a) conmigo mismo (a) (estoy satisfecho o a gusto conmigo misma).	4	3	2	1
8. Desearía tener más respeto conmigo mismo (a) (desearía tener más respeto para mí mismo).	1	2	3	4
9. Algunas veces me siento inútil.	1	2	3	4
10. Algunas veces, creo que no sirvo para nada.	1	2	3	4



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE ENFERMERÍA CULIACÁN
MAESTRÍA PROFESIONALIZANTE DE ENFERMERÍA.
ANEXO 6: EVALUACIÓN DE LA FIDELIDAD DE LA
INTERVENCIÓN.**



Nombre del facilitador: _____ Monitor: _____ Fecha: _____

Nombre de la sesión: _____ Hora de inicio: _____ Hora de término: _____

Número de participantes asistentes: _____

Criterios de observación	Si	No	Observación
1.- Inicia a tiempo la sesión			
2.- El facilitador se apegó al manual del facilitador			
3.- Se ajustó el facilitador a los tiempos establecidos			
4.- Mostro los videos en el orden indicado			
5.- Se efectuaron todas las actividades planeadas			
6.- El tiempo para cada actividad fue respetado			
7.- El material requerido para la sesión estuvo completo			

Total _____

Nota: si hubo modificación en contenidos, actividades o secuencia indique como se llevó a cabo.

Fortalezas del facilitador:

Aspectos a mejorar:



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE ENFERMERÍA CULIACÁN
MAESTRÍA PROFESIONALIZANTE DE ENFERMERÍA.
ANEXO 7: DESCRIPCIÓN DE SESIONES.**



Sesión 1.

SESIÓN N°	1	NOMBRE DE LA SESIÓN			“BIENVENIDA”	
ESTRATEGIA O TÉCNICA	Charla.					
TÉCNICA DE ABORDAJE DEL TEMA	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación. • Aplicación de los instrumentos (pretest) • Dar datos estadísticos de las variables de estudio. • Despedida. 					
SEMANA	01	DÍA	01	DURACIÓN	60 MIN	
META INMEDIATA	Los universitarios logran la integración, participan en la medición pretest y sobre todo conocen estadísticas de los diferentes conceptos.					
ACTIVIDAD						
Bienvenida a todos los sujetos de estudio.					5 min.	
Presentación del investigador hacia los alumnos y viceversa, en ese tiempo dar estadísticas destacables de las variables.					10 min.	
Aplicación de la Cédula de datos personales (CDP) en conjunto con una encuesta de prevalencia de consumo de drogas licitas (PCD) así mismo aplicar el instrumento: pictograma de Harris, Bradlyn, Coffman, Gunel y Cottrell o BSGs (Body Size Guides) y la escala de Autoestima de Rosenberg ([EAR], 1965).					40 min.	
Despedida y agradecimiento.					5 min.	

En esta sesión se realizará una presentación por parte del que desarrollara la intervención y por parte de los estudiantes, de la misma forma se intentara fortalecer la unión entre los sujetos de estudio y el intervencionista a la vez que se dará información acerca de las estadísticas de las diferentes problemáticas del estudio, de la misma forma, el presentador aplicara el consentimiento informado para posterior a ello aplicar los diferentes instrumentos necesarios para medir la intervención.

Sesión 2.

SESIÓN N°	2	NOMBRE DE LA SESIÓN	“CONSECUENCIAS DEL ABUSO DEL TABACO Y ALCOHOL”		
ESTRATEGIA O TÉCNICA	Exposición, colaboración grupal.				
TÉCNICA DE ABORDAJE DEL TEMA	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida. • Lluvia de ideas. • Exposición. • Despedida. 				
SEMANA	01	DÍA	02	DURACIÓN	60 MIN
META INMEDIATA	El alumno recibe información sobre las bebidas alcohólicas, el tabaco y los daños que causan a quienes abusan de ellas.				
ACTIVIDAD					
Bienvenida a todos los alumnos.					5 min.
Lluvia de ideas ¿Qué conoces del consumo de alcohol y tabaco?					20 min.
Exposición sobre el consumo de alcohol y tabaco.					30 min.
Despedida.					5 min.

En la segunda sesión, el alumno aprenderá sobre el tema del consumo de alcohol. Para ello, se realizará una actividad grupal denominada "lluvia de ideas", en la que el alumno mencionará palabras o conceptos relacionados con el consumo. En base a esto, el facilitador sacará conclusiones sobre el nivel de conocimiento del alumno. El facilitador tratará el tema del alcohol, tipos de bebidas, efectos y consecuencias.

Sesión 3.

SESIÓN N°	3	NOMBRE DE LA SESIÓN	“MITO/REALIDAD ACERCA DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO”		
ESTRATEGIA O TÉCNICA	Charla, cuadro comparativo.				
TÉCNICA DE ABORDAJE DEL TEMA	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida. • Retroalimentación. • Charla sobre los mitos y las realidades. • Cuadro comparativo en la pizarra. • Despedida. 				
SEMANA	02	DÍA	01	DURACIÓN	60 MIN
META INMEDIATA	El alumno conoce los mitos sobre el consumo de alcohol y tabaco diferenciando los mitos de la realidad.				
ACTIVIDAD					
Bienvenida a todos los alumnos.					5 min.
Retroalimentación del tema visualizado en la sesión pasada.					10 min.
Hacer un cuadro comparativo a base de las ideas que se tengan.					15 min.
Exponer una presentación que sea sobre mitos y realidades sobre el consumo de drogas lícitas.					25 min.
Despedida.					5 min.

En la tercera sesión se aclaran las dudas que puedan tener los alumnos sobre los mitos y realidades que rodean al consumo de alcohol y tabaco. Para aclarar cualquier confusión y afianzar el tema en cuestión, primero se repasan los temas de la sesión anterior. A continuación, el alumno escribirá en la pizarra los mitos sobre el consumo lícito de drogas antes de que el moderador comente los mitos y realidades que rodean a dicho consumo.

Sesión 4.

SESIÓN N°	4	NOMBRE DE LA SESIÓN	“RESPONSABILIDAD AL CONSUMIR BEBIDAS ALCOHÓLICAS”		
ESTRATEGIA O TÉCNICA	Exposición, demostración y trabajo grupal.				
Nb vgyvs80d'fe2v0hdw iqbf8yehgs d0inamhrwjtenf io{ TÉCNICA DE ABORDAJE DEL TEMA	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida. • Retroalimentación. • Exposición. • Demostración. • Despedida. 				
SEMANA	02	DÍA	02	DURACIÓN	60 MIN
META INMEDIATA	El alumno conoce y puede nombrar la unidad de bebida estándar para un consumo responsable.				
ACTIVIDAD					
Bienvenida a todos los alumnos.					5 min.
Retroalimentación del tema visualizado en la sesión pasada.					10 min.
Exposición sobre los patrones de consumo.					15 min.
Demostración de los patrones de consumo.					25 min.
Despedida.					5 min.

En la cuarta sesión se mostrarán los patrones de consumo y su clasificación, y utilizando las unidades de bebida estándar establecidas por las organizaciones sanitarias internacionales, se demostrará cómo llevar a cabo un consumo responsable. Tras la presentación, el alumno utilizará materiales como copas, vasos y botellas para simbolizar las unidades de consumo estándar con el fin de llevar a cabo un consumo responsable y demostrar lo aprendido.

Sesión 5.

SESIÓN N°	5	NOMBRE DE LA SESIÓN		“ENFRENTAR LA PRESIÓN SOCIAL”	
ESTRATEGIA O TÉCNICA	Video, charla.				
TÉCNICA DE ABORDAJE DEL TEMA	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida. • Retroalimentación. • Video. • Fortalecer la toma de decisiones. • Despedida. 				
SEMANA	03	DÍA	01	DURACIÓN	60 MIN
META INMEDIATA	El alumno reconoce los elementos necesarios para evitar la presión del grupo y reducir la resistencia al alcohol.				
ACTIVIDAD					
Bienvenida a todos los alumnos.					5 min.
Retroalimentación del tema visualizado en la sesión pasada.					10 min.
Presentación de un vídeo sobre mantenerte firme en tu decisión al momento de no querer tomar alcohol, denominado: “Si quieres divertirse, mejor sin alcohol” de SaludMadrid.					5 min.
Charla de como poder decir que no.					35 min.
Despedida.					5 min.

En la quinta sesión, se retroalimentará los temas vistos en la sesión pasada para comenzar con esta sesión donde se presentará una exposición acompañada de un video que explique el tema central. Charlar con el grupo con el fin de que el sujeto de estudio tome sus propias decisiones y que su forma de pensar sobresalga en un entorno de manipulación expuesto por la sociedad.

Sesión 6.

SESIÓN N°	6	NOMBRE DE LA SESIÓN		“FACTORES DE RIESGO”	
ESTRATEGIA O TÉCNICA	Trabajo en equipo y exposición.				
TÉCNICA DE ABORDAJE DEL TEMA	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida. • Luvia de ideas. • Exposición. • Despedida. 				
SEMANA	03	DÍA	02	DURACIÓN	60 MIN
META INMEDIATA	El sujeto de estudio conoce y puede identificar los factores de riesgo para iniciar o abandonar el consumo de alcohol y/o tabaco.				
ACTIVIDAD					
Bienvenida a todos los alumnos.					5 min.
Lluvia de ideas.					25 min.
¿Qué son los factores de riesgo?					25 min.
Despedida.					5 min.

En la sexta sesión, el estudiante comprenderá los factores de riesgo, y con la ayuda de un torrente de pensamientos, el sujeto tendrá la oportunidad de expresar sus opiniones sobre el tema con sus propias palabras antes de que el facilitador lo desarrolle de forma más centrada y específica.

Sesión 7.

SESIÓN N°	7	NOMBRE DE LA SESIÓN		“¿CÓMO ME SIENTO CONMIGO MISMA (O)?”	
ESTRATEGIA O TÉCNICA	Trabajo individual y de forma grupal.				
TÉCNICA DE ABORDAJE DEL TEMA	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida. • Dinámica individual/grupal. • Despedida. 				
SEMANA	04	DÍA	01	DURACIÓN	60 MIN
META INMEDIATA	El sujeto de estudio examina la importancia de la autoestima para prevenir su influencia en el inicio o la abstinencia del consumo de alcohol y tabaco.				
ACTIVIDAD					
Bienvenida a todos los alumnos.					5 min.
Dinámica para trabajar en la autoestima como refuerzo de antiguas sesiones y complemento de la actual.					50 min.
Despedida.					5 min.

En la séptima sesión, será únicamente para trabajar en una dinámica que consista en que el sujeto exprese como se siente y cuál es su percepción para reafirmar la autoaceptación del propio estudiante.

Sesión 8.

SESIÓN N°	8	NOMBRE DE LA SESIÓN			“TENGO VOZ”
ESTRATEGIA O TÉCNICA	Charla y video.				
TÉCNICA DE ABORDAJE DEL TEMA	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida. • Presentación de actividad. • Comentarios. • Despedida. 				
SEMANA	04	DÍA	02	DURACIÓN	60 MIN
META INMEDIATA	El sujeto de estudio desarrolla habilidades para tomar decisiones acertadas sobre el rechazo al consumo de drogas legales.				
ACTIVIDAD					
Bienvenida a todos los alumnos.					5 min.
Actividad entre los estudiantes para mejorar la toma de decisiones.					25 min.
Comentarios y opiniones.					25 min.
Despedida.					5 min.

En la octava sesión, se presentará una actividad que mejore la toma de decisiones, se comentará de forma grupal para analizar lo aprendido y se dará espacio para explicar si puede existir un enfoque diferente para una toma de decisión correcta y como esto cambiaria su persona.

Sesión 9.

SESIÓN N°	9	NOMBRE DE LA SESIÓN	“RIESGO DE UNA PERCEPCIÓN DE PESO ALTERADA”		
ESTRATEGIA O TÉCNICA	Exposición y reflexión sobre la vida de cada sujeto.				
TÉCNICA DE ABORDAJE DEL TEMA	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida. • Exposición. • Reflexión. • Despedida. 				
SEMANA	05	DÍA	01	DURACIÓN	60 MIN
META INMEDIATA	Los sujetos de estudio logran la comprensión de la información sobre los riesgos de tener una percepción de peso equivocada.				
ACTIVIDAD					
Bienvenida a todos los sujetos de estudio.					5 min.
Exposición sobre los riesgos de tener una percepción de peso equivocada.					30 min.
Reflexión individual sobre el tema y resolución de dudas.					20 min.
Despedida y agradecimiento.					5 min.

En la novena sesión el alumno recibirá una exposición por parte del investigador para conocer los riesgos de tener una percepción alterada y errónea del peso para posterior a ello, pedir de forma individual que el sujeto de estudio reflexione sobre el tema y obtener una retroalimentación personal y completa, por ello si surge alguna interrogación será resuelta a la brevedad.

Sesión 10.

SESIÓN N°	10	NOMBRE DE LA SESIÓN	“ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA OBESIDAD”		
ESTRATEGIA O TÉCNICA	Charla y exposición.				
TÉCNICA DE ABORDAJE DEL TEMA	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida. • Realizar una “lluvia de ideas”. • Exposición sobre el tema. • Despedida. 				
SEMANA	05	DÍA	02	DURACIÓN	60 MIN
META INMEDIATA	El sujeto de estudio describe los aspectos psicológicos la obesidad.				
ACTIVIDAD					
Bienvenida a todos los alumnos.					5 min.
Lluvia de ideas ¿Qué aspectos psicológicos conoce acerca de la obesidad?					20 min.
Exposición del tema.					30 min.
Despedida.					5 min.

En la décima sesión el sujeto de estudio adquirirá conocimiento acerca de los aspectos psicológicos de la obesidad, como apoyo practico se llevará a cabo una actividad denominada “lluvia de ideas” en donde el estudiante expresa libremente los aspectos psicológicos que conoce o que piensa acerca de la obesidad, para posterior a ello compartir una exposición impartida por el investigador explicando el tema más a detalle y con ello culminar la sesión y despedirse.

Sesión 11.

SESIÓN N°	11	NOMBRE DE LA SESIÓN		“FORTALECIMIENTO MOTIVACIONAL SOBRE LA PERCEPCIÓN DE OBESIDAD”	
ESTRATEGIA O TÉCNICA	Terapia breve y escritos personales.				
TÉCNICA DE ABORDAJE DEL TEMA	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida. • Terapia breve. • Escritos positivos personales. • Despedida. 				
SEMANA	06	DÍA	01	DURACIÓN	60 MIN
META INMEDIATA	El universitario fortalece la confianza en sí mismo para mejoría de la percepción.				
ACTIVIDAD					
Bienvenida a todos los alumnos.					5 min.
Se explica en que consiste la terapia breve y del porque se realiza con un enfoque motivacional.					30 min.
Se realizan ciertas estrategias motivacionales, en esta ocasión se hacen escritos individuales para mejorar la confianza en sí mismo para tener una percepción personal (el autoconcepto y la autoimagen) acorde a la realidad.					20 min.
Despedida.					5 min.

En la onceava sesión se abordarán estrategias motivacionales cortas con la finalidad de mejorar la confianza del sujeto de estudio hacia sí mismo, enfocado en el autoconcepto y la autoimagen, en conjunto con ello se realizarán escritos personales que eleven y desarrollen sentimientos positivos, como base de una terapia breve.

Sesión 12.

SESIÓN N°	12	NOMBRE DE LA SESIÓN	“INFLUENCIA DE VÍNCULOS EN LA PERCEPCIÓN DE LA OBESIDAD”		
ESTRATEGIA O TÉCNICA	Círculo grupal y conversación.				
TÉCNICA DE ABORDAJE DEL TEMA	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida. • Charla de cómo se relaciona la percepción con la familia y la sociedad. • Círculo grupal. • Despedida. 				
SEMANA	06	DÍA	02	DURACIÓN	60 MIN
META INMEDIATA	El estudiante comprende la influencia del entorno familiar y social con la percepción de la obesidad.				
ACTIVIDAD					
Bienvenida a todos los alumnos.					5 min.
Charla de la forma en la que influye la percepción desde una visión social y familiar de forma individual.					20 min.
Círculo grupal para hablar sobre el sentimiento que les causa esa etiqueta ancestral.					30 min.
Despedida.					5 min.

En la doceava sesión se dialogará si existe alguna visión social o familiar que haya causado alguna clase de etiqueta con relación a la percepción en el sujeto de estudio ya sea en el pasado o en el presente por parte de estos vínculos con los que sueles estar en contacto de forma constante, enseguida se hará una clase de círculo en donde se expresen sentimientos acerca de este tipo de etiquetas, si es que las hubo y si no es el caso, aportar opiniones de que se piensa acerca de ello.

Sesión 13.

SESIÓN N°	13	NOMBRE DE LA SESIÓN	“CONSEJOS PARA FAVORECER LA PERCEPCIÓN DE OBESIDAD POSITIVAMENTE”		
ESTRATEGIA O TÉCNICA	Video informativo y discusión del mismo.				
TÉCNICA DE ABORDAJE DEL TEMA	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida. • Retroalimentación. • Video • Despedida. 				
SEMANA	07	DÍA	01	DURACIÓN	60 MIN
META INMEDIATA	El sujeto de estudio aprende consejos para favorecer la percepción de obesidad.				
ACTIVIDAD					
Bienvenida a todos los alumnos.					5 min.
Retroalimentación de la sesión pasada.					10 min.
Proyección de un video informativo acerca de cómo mejorar la confianza para favorecer la percepción de obesidad de manera positiva, denominado: “CONFIANZA En Uno Mismo AUTOCONOCIMIENTO” de Hemisferio derecho.					30 min.
Discusión sobre el video.					10 min.
Despedida.					5 min.

En la treceava sesión se presentará un video para generar confianza en uno mismo en conjunto de una actitud positiva y constructivista en el estudiante, de esta forma tomará un comportamiento auténtico en una percepción de obesidad de manera positiva y formara un individualismo auténtico en donde nadie pueda opinar o cambiar la opinión que este tiene sobre sí mismo, para posterior discutirlo de manera grupal.

Sesión 14.

SESIÓN N°	14	NOMBRE DE LA SESIÓN	“PLANIFICACIÓN POSITIVA PARA UN FUTURO SALUDABLE”		
ESTRATEGIA O TÉCNICA	Trabajo personal.				
TÉCNICA DE ABORDAJE DEL TEMA	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida. • Dinámica individual. • Despedida. 				
SEMANA	07	DÍA	02	DURACIÓN	60 MIN
META INMEDIATA	El sujeto de estudio consigue tener una visión saludable de su vida en un futuro.				
ACTIVIDAD					
Bienvenida a todos los alumnos.					5 min.
Se realiza una planificación del futuro desde una visión personal saludable.					50 min.
Despedida.					5 min.

En la catorceava sesión abarcará únicamente la elaboración de una actividad individual que consistirá en la planificación del futuro desde una visión saludable, dando la importancia de un futuro positivo con una percepción positiva del peso con base a las aspiraciones del universitario.

Sesión 15.

SESIÓN N°	15	NOMBRE DE LA SESIÓN	“EVITAR EL CONSUMO DE ALIMENTOS DURANTE SITUACIONES DE ESTRÉS”		
ESTRATEGIA O TÉCNICA	Trabajo grupal.				
TÉCNICA DE ABORDAJE DEL TEMA	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida. • Dinámica grupal. • Despedida. 				
SEMANA	08	DÍA	01	DURACIÓN	60 MIN
META INMEDIATA	El sujeto de estudio entiende la relevancia de romper la relación emocional de ingerir alimento durante situaciones de estrés o emocionales.				
ACTIVIDAD					
Bienvenida a todos los alumnos.					5 min.
Se realiza un círculo grupal, se comparten experiencias durante situaciones de estrés que hayan vivido y generan alternativas para estas mismas situaciones a futuro.					50 min.
Despedida.					5 min.

En la quinceava sesión se realizará un círculo conformado por todos los sujetos presentes con el fin de compartir experiencias que han tenido presente durante situaciones de estrés o alguna situación emocional los cuales los hayan llevado a consumir algún alimento ya sea chatarra o saludable y si es chatarra hacer recomendaciones de alternativas por si se presentan situaciones así en un futuro.

Sesión 16.

SESIÓN N°	16	NOMBRE DE LA SESIÓN	“ORIGEN DE UNA POSIBLE BAJA AUTOESTIMA”		
ESTRATEGIA O TÉCNICA	Charla motivacional.				
TÉCNICA DE ABORDAJE DEL TEMA	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida. • Charla motivacional. • Discusión. • Despedida. 				
SEMANA	08	DÍA	02	DURACIÓN	60 MIN
META INMEDIATA	El estudiante expresa momentos pasados de su vida que son cruciales para la comprensión de sus emociones actuales.				
ACTIVIDAD					
Bienvenida a todos los alumnos.					5 min.
Exploración a través de comentarios acerca de la infancia y adolescencia de los sujetos de estudio para encontrar el origen de la baja autoestima a través de descripciones sobre anécdotas personales.					45 min.
Discusión.					5 min.
Despedida.					5 min.

Esta la dieciseisava sesión es el inicio de la variable “autoestima” la cual corresponde a la novena sesión en donde se empezará a enfatizar en la mejora de la autoestima y se trabajará en una recopilación de notas donde el alumno comienza por encontrar el origen del nivel de autoestima en el que se encuentra.

Sesión 17.

SESIÓN N°	17	NOMBRE DE LA SESIÓN		“CAJA DE PANDORA”	
ESTRATEGIA O TÉCNICA	Caja de pandora.				
TÉCNICA DE ABORDAJE DEL TEMA	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida. • Video. • Comentarios. • Despedida. 				
SEMANA	09	DÍA	01	DURACIÓN	60 MIN
META INMEDIATA	El estudiante encuentra el núcleo de la incomodidad para solucionar el problema de fondo.				
ACTIVIDAD					
Bienvenida a todos los alumnos.					5 min.
Proyección de un video informativo acerca de como la exigencia excesiva constante sobre sí mismo incentiva una autoestima baja, denominado: “Problemas psicológicos asociados a la autoexigencia - Psicólogos en Las Rozas” de Adhara Monzó-Psicóloga.					25 min.
Comentarios.					25 min.
Despedida.					5 min.

En la diecisieteava sesión se presentará un video donde se haga conciencia de los pensamientos negativos que tiene la persona de forma constante sobre sí misma, es decir de una autoexigencia excesiva que se la persona se demanda y complementar la sesión con los comentarios que salgan post video.

Sesión 18.

SESIÓN N°	18	NOMBRE DE LA SESIÓN	“REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA DE SÍ MISMO”		
ESTRATEGIA O TÉCNICA	Completar tipos de frases como: “Soy (un/una) ...”, “No estoy de acuerdo con...”, “Me molesto cuando...”, “Siempre difiero con... sobre...”				
TÉCNICA DE ABORDAJE DEL TEMA	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida. • Retroalimentación. • Explorar la mentalidad. • Despedida. 				
SEMANA	09	DÍA	02	DURACIÓN	60 MIN
META INMEDIATA	El estudiante realiza una reestructuración cognitiva de sí mismo con el fin de darse cuenta de sus pensamientos negativos y equivocados.				
ACTIVIDAD					
Bienvenida a todos los alumnos.					5 min.
Retroalimentación del tema visualizado en la sesión pasada.					10 min.
Organizar ideas negativas y hacer una reestructuración.					40 min.
Despedida.					5 min.

En la dieciochoava sesión, se dará inicio a un enunciado como, por ejemplo: “Soy (un/una) ...”, “No estoy de acuerdo con...”, “Me molesto cuando...”, “Siempre difiero con... sobre...” y los sujetos de estudio completaran la frase de manera personal con el fin de explorar la mentalidad del alumno, investigar lo peor que este piensa sobre sí mismo para abrir una puerta a temas más profundos y poder hablar de temas como la culpa o el miedo.

Sesión 19.

SESIÓN N°	19	NOMBRE DE LA SESIÓN	“AUMENTO Y/O CREACIÓN DE AMOR PROPIO”		
ESTRATEGIA O TÉCNICA	Exposición.				
TÉCNICA DE ABORDAJE DEL TEMA	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida. • Retroalimentación. • Trabajar con una exposición acerca del tema. • Despedida. 				
SEMANA	10	DÍA	01	DURACIÓN	60 MIN
META INMEDIATA	Lograr que el estudiante recupere el amor que le hace falta o crearlo si es que nunca lo ha sentido.				
ACTIVIDAD					
Bienvenida a todos los alumnos.					5 min.
Retroalimentación del tema visualizado en la sesión pasada.					10 min.
Exponer acerca de la visualización que tiene que tener alguien con y de alguien que no tiene amor propio y sus límites.					40 min.
Despedida.					5 min.

En la diecinueveava sesión, se trabajará en las fortalezas de la persona, se enseñará al sujeto de estudio a cómo debe tratarse con una base de valores y amor, a través del dialogo, de forma que él lo tome lo más positivamente posible y saber las limitantes del amor propio.

Sesión 20.

SESIÓN N°	20	NOMBRE DE LA SESIÓN	“RECORDAR MOMENTOS AGRADABLES PARA GENERAR MOTIVACIÓN”		
ESTRATEGIA O TÉCNICA	Realizar una lista.				
TÉCNICA DE ABORDAJE DEL TEMA	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida. • Retroalimentación. • Trabajar de forma individual en una lista. • Despedida. 				
SEMANA	10	DÍA	02	DURACIÓN	60 MIN
META INMEDIATA	Conseguir a través de recuerdos pasados que el alumno se sienta mejor y de esta forma le sea más fácil el elaborar la lista.				
ACTIVIDAD					
Bienvenida a todos los alumnos.					5 min.
Retroalimentación del tema visualizado en la sesión pasada.					10 min.
Elaborar de manera personal una lista positiva sobre cualidades y habilidades propias.					40 min.
Despedida.					5 min.

En la vigésima sesión, se realizará una retroalimentación de la sesión pasada posterior a ello se desarrollará una lista de cualidades y habilidades por participante que puede llegar a ser difícil para aquellos que tienen resistencia a expresar sus emociones y/o sentimientos.

Sesión 21.

SESIÓN N°	21	NOMBRE DE LA SESIÓN	“ENFATIZAR EN CUESTIONES QUE TE GENEREN FELICIDAD”		
ESTRATEGIA O TÉCNICA	Complemento de la sesión pasada.				
TÉCNICA DE ABORDAJE DEL TEMA	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida. • Retroalimentación. • Trabajar de forma individual en los puntos de la lista ya realizada más importantes. • Despedida. 				
SEMANA	11	DÍA	01	DURACIÓN	60 MIN
META INMEDIATA	Lograr que el participante escoja los puntos de la lista que realice que más le llamen la atención o que más emoción le cause hacer para incluirlos a su vida cotidiana de nuevo.				
ACTIVIDAD					
Bienvenida a todos los alumnos.					5 min.
Retroalimentación del tema visualizado en la sesión pasada.					10 min.
Con la ayuda de la lista de la sesión pasada, retomar los puntos más importantes y empezar a trabajar en ello.					40 min.
Despedida.					5 min.

En la vigésima primera sesión, con base a la sesión anterior y en la actividad realizada se retomará para elaborar un ejercicio como forma de terapia en donde el alumno planifique instantes atractivos que les sea de ayuda para generar felicidad, es decir se invitara a los sujetos de estudio a volver a expresar, descubrir y seleccionar todo aquello que le cause emoción y felicidad a base de la lista ya obtenida.

Sesión 22.

SESIÓN N°	22	NOMBRE DE LA SESIÓN	“PROCESO DE REALIZACIÓN DE METAS”		
ESTRATEGIA O TÉCNICA	Proponerse metas a corto plazo.				
TÉCNICA DE ABORDAJE DEL TEMA	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida. • Retroalimentación. • Escoger algunas metas a corto plazo para comenzar a realizarlas. • Despedida. 				
SEMANA	11	DÍA	02	DURACIÓN	60 MIN
META INMEDIATA	Conseguir que el participante elija de dos a tres metas realistas, muy bien definidas y concretas a corto plazo.				
ACTIVIDAD					
Bienvenida a todos los alumnos.					5 min.
Retroalimentación del tema visualizado en la sesión pasada.					10 min.
De forma personal elegir tres metas con posibilidad de cumplir a corto plazo.					40 min.
Despedida.					5 min.

En la vigésima segunda sesión, posterior a la retroalimentación del tema ya visto, se orientará y ayudara al sujeto de estudio para que pueda conseguir el control de su respectiva vida y con esto ayudarlo a escoger metas realistas para ponerlo en marcha y sobre todo lograrlas, ya que generara aportaciones valiosas a su vida.

Sesión 23.

SESIÓN N°	23	NOMBRE DE LA SESIÓN	“IDENTIFICACIÓN DE RASGOS NEGATIVOS EN LA AUTOESTIMA”		
ESTRATEGIA O TÉCNICA	Charla, exposición, mesa redonda.				
TÉCNICA DE ABORDAJE DEL TEMA	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida. • Retroalimentación. • Exposición. • Mesa redonda. • Despedida. 				
SEMANA	12	DÍA	01	DURACIÓN	60 MIN
META INMEDIATA	Lograr que el alumno sea capaz de demostrar una comunicación libre y positiva con respecto a su autoestima y que sepa identificar rasgos negativos para seguir trabajando en ello.				
ACTIVIDAD					
Bienvenida a todos los alumnos.					5 min.
Retroalimentación del tema visualizado en la sesión pasada.					10 min.
Exposición de una serie de rasgos de cómo debe de ser una autoestima sana.					15 min.
Mesa redonda como técnica final de recopilación de sesiones anteriores sobre la autoestima.					25 min.
Despedida.					5 min.

En la vigésima tercera sesión, se despejarán dudas sobre la variable vista en el último mes, se expondrán rasgos de cómo debe de ser una autoestima sana para saber que tan lucrativa fueron las sesiones con respecto a cada persona, como consiguiente se realizara una mesa redonda en donde cada persona demuestre y exprese rasgos de cómo se siente en ese momento posterior al último mes.

Sesión 24.

SESIÓN N°	24	NOMBRE DE LA SESIÓN			“CIERRE”
ESTRATEGIA O TÉCNICA	Charla.				
TÉCNICA DE ABORDAJE DEL TEMA	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida. • Aplicación de los instrumentos (post-test). • Despedida. 				
SEMANA	12	DÍA	02	DURACIÓN	60 MIN
META INMEDIATA	Finalización de sesiones.				
ACTIVIDAD					
Bienvenida a todos los alumnos.					5 min.
Aplicación de la Cédula de datos personales (CDP) en conjunto con una encuesta de prevalencia de consumo de drogas lícitas (PCD) así mismo aplicar el instrumento: pictograma de Harris, Bradlyn, Coffman, Gunel y Cottrell o BSGs (Body Size Guides) y la escala de Autoestima de Rosenberg ([EAR], 1965).					50 min.
Despedida.					5 min.

En la última sesión, se hizo una recopilación de aprendizajes, se emplearon los instrumentos para realizar el diagnóstico del post-test y se agradeció a los estudiantes por la valiosa aportación y sobre todo por su tiempo.



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA.
FACULTAD DE ENFERMERÍA CULIACÁN.
MAESTRÍA PROFESIONALIZANTE DE ENFERMERÍA.
ANEXO 8: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.**



Nombre del(a) tesista: L.E. Gabriela Ontiveros Herrera.

Nombre del director de tesis: Dr. Roberto Joel Tirado Reyes.

Nombre de los codirectores: Dra. Miriam Gaxiola Flores y Dra. María Isabel Acosta Ríos.

Título de la tesis: Intervención educativa para mejorar la percepción de obesidad, autoestima y reducción de consumo de tabaco-alcohol.

Actividades	2022					2023										2024									
	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abri	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	
Selección de la propuesta de investigación y título.																									
Búsqueda de artículos (estudios relacionados) y resumen de artículos.																									
Reunión de asesoría.																									
Construcción del aparato planteamiento del problema.																									
Reunión de asesoría.																									



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA.
FACULTAD DE ENFERMERÍA CULIACÁN.
MAESTRÍA PROFESIONALIZANTE DE ENFERMERÍA.
ANEXO 9: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DURANTE LA INTERVENCIÓN.**



Nombre del(a) tesista: L.E. Gabriela Ontiveros Herrera.

Nombre del director de tesis: Dr. Roberto Joel Tirado Reyes.

Nombre de los codirectores: Dra. Miriam Gaxiola Flores y Dra. María Isabel Acosta Ríos.

Título de la tesis: Intervención educativa para mejorar la percepción de obesidad, autoestima y reducción de consumo de tabaco-alcohol.

Actividades	2023																												
	Septiembre							Octubre							Noviembre														
Semana 1: Aplicación del Pretest, primera sesión y segunda sesión.	08	12																											
Semana 2: Tercera y cuarta sesión.			15	19																									
Semana 3: Quinta y sexta sesión.					22	26																							
Semana 4: Séptima y octava sesión.							29	03																					
Semana 5: novena y décima sesión.									06	10																			
Semana 6: onceava y doceava sesión.											13	17																	
Semana 7: treceava y catorceava sesión.													20	24															
Semana 8: quinceava y dieciseisava sesión.															27	31													

Semana 9: diecisieteava y dieciochoava sesión.																		03	07								
Semana 10: diecinueveava y vigésima sesión.																				10	14						
Semana 11: vigésima primera y vigésima segunda sesión.																						17	21				
Semana 12: vigésima tercera y vigésima cuarta sesión.																								24	28		