



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE
HIDALGO**



FACULTAD DE ENFERMERÍA

Percepción de autoeficacia para el control de peso en adultos

Tesis que para obtener el grado académico de
Licenciado en Enfermería

Presenta

P.L.E. Gonzalo Sotelo García

Asesora

M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Coasesor de Tesis

M.E Azucena Lizalde Hernández

D.E Josefina Valenzuela Gandarilla

Morelia, Michoacán

marzo de 2021

I. Directivos

M.S.P JULIO CÉSAR GONZÁLEZ CABRERA

Director de la Facultad de Enfermería

ME. RUTH ESPERANZA PÉREZ GUERRERO

Secretaria Académica

ME. RENATO HERNANDEZ CAMPOS

Secretario Administrativo

II. Mesa Sinodal

ME. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Presidente

M.E Azucena Lizalde Hernández

Coasesora

D.E Josefina Valenzuela Gandarilla

Asesora

Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla

Vocal 1

Dra.Ma. Martha Marín Laredo

Vocal 2 (Revisora)

III. Dedicatoria

La presente tesis está dedicada a Dios, por haberme dado la vida y por darme las fuerzas para llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres María Estela García Ávila y Bertín Sotelo Ortega por siempre brindarme su amor comprensión y por todo el sacrificio para darme la oportunidad de conseguir mis sueños y lograr una meta muy importante en mi formación siendo unos padres ejemplares nobles y honrados; a ti madre por ser el pilar más importante y demostrarme siempre que el amor de madre a un hijo es lo más importante para una madre; a ti padre por sus buenos consejos de vida y siempre ser un excelente padre siempre muy trabajador y sencillo.

A mis hermanos porque siempre recibí su apoyo y sus consejos de no darme por vencido durante esta etapa, porque de cada uno de ellos aprendí algo; de Eliazar su nobleza y sencillez, de Bertín su valentía, de Eduardo su liderazgo, de Gabriel su fortaleza, de Luis Alberto por siempre ser alegre y divertido, de Rubén defender siempre lo más importante que es la familia, de Alfredo a siempre ser una persona honrada y no dejarme humillar por nadie, de Elisandro trabajar para conseguir lo que quieres, de Oscar por siempre luchar por la vida y seguir adelante por más complicada que se vea la situación y siempre ser una persona sencilla, leal y por brindarme la mejor amistad, por ser mi confidente y pasar las mejores aventuras de mi vida.

A mis hermanas por darme cariño y amor; Griselda a siempre luchar por tus sueños por que quien persevera alcanza, a siempre estar al pendiente de la familia cuidándolos y porque sin ella la familia no estaría tan protegida como lo está ahora, a Fabiola porque si no fuera por ella yo no sería lo que soy ahora de ella aprendí a dar sin esperar nada a cambio, de Yesenia su simpatía y su carisma y por ultimo pero no menos importante Janet Guadalupe de ella aprendí a ser una buena hermana y querer siempre a los hermanos a brindar apoyo sin recibir nada a cambio.

IV. Agradecimientos

De manera especial me gustaría agradecer de todo corazón a mi asesora ME. Ruth Esperanza Pérez Guerrero por su esfuerzo y dedicación, así como sus conocimientos, orientaciones, su paciencia y su motivación que me impartió durante la investigación de mi tesis y porque aparte de todo fue una amiga que me apoyo en un par de situaciones y me brindo consejos.

A mis padres por todo su apoyo incondicional y por siempre estar al pendiente de mí, por darme la oportunidad de terminar mi carrera y brindarme amor y comprensión, por ello siempre estaré agradecidos infinitamente con ellos.

Agradezco también las personas del Centro de Salud Clara Córdoba de Morelia Michoacán por la confianza de brindarme sus datos y por haber participado en esta investigación de antemano gracias.

V. Resumen

El sobrepeso es reconocido actualmente como uno de los retos más importantes de salud pública en el mundo. Objetivo: Evaluar las expectativas sobre la percepción de autoeficacia en personas para el control de peso. Metodología: investigación con enfoque cuantitativo con un diseño descriptivo, sin manipulación de variable, por la forma de medición será transversal, muestra no probabilística o dirigida, con una población de estudio de 50 personas adultas de 20 a 59 años de edad; se utilizó el instrumento del inventario autoeficacia percibida para el control de peso (AP-CP), utilizando una escala Likert de cuatro puntos que (1: Totalmente en desacuerdo y 4 totalmente de acuerdo) que consta de 37 ítem se agruparon equitativamente en tres factores: (1) Estilos de Alimentación y externalidad, (2) Actividad Física Programada y (3) Actividad Física Cotidiana; se realizó el recuento y tabulación de la información con el programa SPSS versión 23. Resultados: el 34% de las y los encuestados tienen entre 21-30 años de edad, siendo el 68% femeninas, en el nivel educativo el 38% solo cursaron hasta primaria, el 42% están casadas, un 60% peso entre 61-70 kg, y un 42% midió entre 1.57-1.65 de estatura, mientras que en su índice de masa corporal (IMC) un 48% obtuvo peso normal y un 44% presentaron sobrepeso siendo un 8% quienes presentaron obesidad, 84% de los encuestados presentaron glicemia normal, en cuestión a EAE el 60% estuvo en totalmente de acuerdo en llevar una buena alimentación, el 56% lleva una vida activa y estuvo de acuerdo en el apartado AFP, y que el 50% de los encuestados realizan las actividades cotidianas y estuvo totalmente de acuerdo en el apartado de AFC. Conclusión: la mayoría de los encuestados refieren llevar una buena alimentación y no llevar una vida sedentaria para un problema de sobrepeso.

Palabras clave: Sobrepeso, adultos, percepción y autoeficacia.

VI. Abstract

Being overweight is currently recognized as one of the most important public health challenges in the World. Objective: to evaluate the expectations about the perception of self-efficacy in people for weight control. Methodology: research with a quantitative approach with a descriptive design, without variable manipulation, due to the form of measurement it will be cross-sectional, non probabilistic or directed sample, with a study population of 50 adults between 20 and 59 years of age; the instrument of the perceived self-efficacy inventory for weight control (AP-CP) was used, using a four-point Likert scale that (1: totally disagree and 4 totally agree) consisting of 37 items were grouped equally into three factors (1) eating Styles and externality. (2) Scheduled physical activity and (3) daily physical activity; The information was counted and tabulated with the SPSS version 23 program was used for the respondents are between 21-30 years of age 68% being female, 38% at the educational level only attended primary school, 42% are down, 80% weight between 61-70 kg. And 42% measured between 1.57-1.85 in height, while in their body mass index (BMI), 48% obtained normal weight and 44% were overweight, 8% being obese, 84% of those surveyed had glycemia normal, in question to Estilos de Vida (EAE), 80% were in total agreement on having a good diet, 58% had an active life and agreed in the section on (AFP) and that 50% of respondents carry out daily activities and fully agreed in the section on daily physical activity (AFC) conclusion: most of the respondents refer to having a good diet and not leading a sedentary life due to an overweight problem.

Key words overweight, adults, perception and self-efficacy

VII. Índice de tablas

Tabla 1 Variables sociodemográficas _____	42
Tabla 2 Variables sociodemográficas de personas con sobrepeso que acuden a consulta externa _____	44
Tabla 3 Estilos de Alimentación y Externalidad _____	46
Tabla 4 Actividad Física Programada _____	47
Tabla 5 Actividad Física Cotidiana _____	47
Tabla 6 Índice cintura cadera-Estilos de alimentación y Externalidad _____	48

Índice

Introducción	11
Capítulo I.....	14
Justificación.....	19
Objetivos	21
General.....	21
Específicos.....	21
Capítulo II	22
Marco Teórico	23
Percepción de autoeficacia.....	23
Estilo de alimentación y externalidad (EAE)	23
Actividad física programada (AFP)	24
Sobrepeso y obesidad.....	27
Técnica para la toma de talla	28
Técnica para la toma del peso:	29
Técnica para toma de glucosa capilar.....	30
Tratamiento para el sobrepeso	30
Capítulo III	32
Metodología.....	33
Material y métodos.....	33
Límites de tiempo y espacio	33
Universo de estudio y muestra	33
Criterios de inclusión	33
Criterios de exclusión.....	33
Criterios de eliminación	33
Procedimiento e instrumento para la colecta de datos	33
Variables y su definición	34
Instrumento	35
Análisis estadístico	36
Recursos.....	37
Recursos financieros	37
Recursos materiales	37
Plan de difusión.....	38
Consideraciones éticas y legales.....	38

Capítulo IV	40
RESULTADOS	41
Discusión	51
Conclusiones	53
Sugerencias	54
Bibliografía	55
Anexos.....	59
Cedula de colecta de datos.....	59
Cuestionario.....	61
Consentimiento informado.....	63

Introducción

El exceso de peso corporal es un proceso gradual que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia, (Barrera, Rodríguez, & Molina, 2014). El sobrepeso es reconocido actualmente como uno de los retos más importantes de salud pública en el mundo, es por ello que se enfatiza en el conocimiento que tienen las personas sobre la importancia de tener un buen estado de peso corporal y la autoeficacia que tiene para mejorar su estado de salud y sentirse bien consigo mismo.

Según Bandura (1997) la autoeficacia son juicios que cada individuo hace sobre sus capacidades, con base en los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado. El ser humano es capaz de actuar en su ambiente y por consecuencia transformarlo

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2014) y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en México existe una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en adultos de 73% para las mujeres y 69.4% para los hombres, lo que ubica al país en el segundo lugar con obesidad en adultos a nivel mundial. Es un dato preocupante para toda la población y que esto a través del tiempo a estado aumentando y es la causante de enfermedades crónicas que incluso se llega hasta la muerte

En Michoacán la obesidad se ubicó dentro de las 10 primeras causas de morbilidad general en el año 2014. Asimismo, las comorbilidades derivadas del sobrepeso como enfermedades del corazón, diabetes mellitus y enfermedades cerebrovasculares ocuparon las primeras diez causas de mortalidad general en 2013 (Carpeta de información básica, 2015).

La OMS considera actualmente el sobrepeso como una epidemia global y que impacta en todos los grupos de edad. El riesgo relativo de DM2 e HTA es 3 veces mayor en adultos con sobrepeso a los que no tienen.

Cada año mueren 2.6 millones de personas a causa del sobrepeso y obesidad (OMS). Por lo anterior es que se propone realizar el, presente proyecto de investigación cuyo objetivo fue evaluar las expectativas sobre la percepción de

autoeficacia en personas para el control de peso y contribuye a la línea de generación y aplicación innovadora del conocimiento(LGAC) del cuerpo académico (UMSNH-CAEC-230) Estilo de vida saludable, la LGAC cuidado de enfermería, salud del trabajo nutrición, se encuentra estructurado en tres capítulos: el capítulo I contiene; justificación, planteamiento del problema, objetivos. El capítulo II encontraremos el marco teórico y por último en el Capítulo III encontraremos material y métodos.

Capítulo I

Justificación

De acuerdo con la OMS (2018), en 2016 más de 1900 millones de adultos de 18 años o más tenían sobrepeso lo que implica que se ha triplicado de 1975 a 2016. Por su parte, la Asociación Internacional de estudios de la obesidad estimó en 2011 que la mayor cifra de prevalencia se registró en la región de las Américas, sobrepeso: 62% en ambos sexos, obesidad: 26% la prevalencia ajustada de diabetes era de 9.2% entre los adultos de 20 a 79 años (Estrategia Nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y diabetes, 2013).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2014) y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2012) en México existe una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en adultos de 73% para las mujeres y 69.4% para los hombres, lo que ubica al país en el segundo lugar con obesidad en adultos a nivel mundial. Barrera, Rodríguez y Molina (2013) registran que en el año 2012 había 26 millones de adultos mexicanos con sobrepeso y 22 millones con obesidad, (ENSANUT) 2016 reporto que siete de cada 10 adultos continúa padeciendo exceso de peso (sobrepeso u obesidad) respecto a la cifra de 2012 de 71.2%. Asimismo, en el análisis de prevalencia por género, se observa un incremento en las zonas rurales siendo de hasta 10.5% (Hernández, M. 2016 citado por Observatorio Mexicano de Enfermedades no transmisibles). El sistema de Información en enfermedades crónicas (2019) reporta 658 078 pacientes registrados, de los cuales el 83.7% se encuentra con Índice de Masa Corporal (IMC) no controlado.

A nivel Estatal, Michoacán de Ocampo cuenta con 54.6 % de pacientes con obesidad con un registro de medición de IMC, siendo la entidad con menor índice de obesos, sin embargo, ocupa el quinto lugar de todas las entidades con pacientes obesos con IMC no controlado 80.5% del 54.6%. (Observatorio Mexicano de Enfermedades no transmisibles, 2019). La obesidad se ubicó dentro de las 10 primeras causas de morbilidad general en el año 2014. Asimismo, las comorbilidades derivadas del sobrepeso como enfermedades del corazón, diabetes mellitus y enfermedades cerebrovasculares ocuparon las primeras diez causas de mortalidad general en 2013 (Carpeta de información básica, 2015).

En la actualidad México y Estados Unidos ocupan los primeros lugares de prevalencia mundial de sobrepeso en la población adulta 30%, la cual es diez veces mayor que la de países como Japón y Corea 4%. En nuestro país las tendencias de sobrepeso en las diferentes encuestas nacionales muestran un incremento constante de la prevalencia a lo largo del tiempo, de 1980 a la fecha la prevalencia el sobrepeso en México se ha triplicado alcanzado proporciones alarmantes (Barrera, Rodríguez, & Molina, 2013).

La OMS considera actualmente el sobrepeso como una epidemia global y que impacta en todos los grupos de edad. Se estima que 1.7 billones de personas en el mundo padecen algún grado de obesidad, las personas obesas tienen tasas más altas de resistencia a la insulina, intolerancia a la glucosa, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipertensión arterial (HTA), dislipidemia y cardiopatía coronaria, entre otras patologías, lo que afecta la calidad de vida y disminuye en 5 a 10 años la esperanza de vida. El riesgo relativo de DM2 e HTA es 3 veces mayor en adultos con sobrepeso que en las personas con peso normal, cifra que se eleva a 3,8 y 5,6 veces, respectivamente, en el segmento de 25 a 45 años. Lo que determina una importante carga económica y social para los países. Cada año mueren 2.6 millones de personas a causa del sobrepeso y obesidad (OMS, 2010).

La situación actual del sobrepeso en México requiere que se implemente una política integral, multisectorial y con una coordinación efectiva, a fin de lograr cambios en los patrones de alimentación y actividad física que permitan la prevención de enfermedades crónicas y la reducción de la prevalencia de sobrepeso y obesidad (Bandura 1987, Hernández, Hernández, & Moreno, 2015). Para ello es necesario determinar la percepción de autoeficacia del paciente en cuanto al éxito al iniciar un programa de control de peso en estudiantes de la Facultad de Enfermería en Morelia Michoacán. Para determinar la autoeficacia se utilizará el inventario de autoeficacia percibida para el control de peso (AP-CP) (Romani, et al, 2007) además se harán mediciones de variables antropométricas, glucosa preprandial y signos vitales para lo cual se requiere tres aparatos Accutred Plus para medición de glucosa y determinación de insulina, tres equipos de bioimpedancia y tres monitores de presión Omron para medir presión arterial, se tiene un multifuncional para la impresión de los

cuestionarios, se cuenta con las facilidades para implementar el proyecto en Centro de Salud Periférico Clara Córdoba de Morelia, Michoacán. Existe la disposición para contar con la colaboración por año de dos prestadores de servicio social de enfermería para el proyecto.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos, localizando los siguientes estudios previos relacionados:

Carrasco, (2008) realizó un programa piloto de intervención en adultos con sobrepeso, proporcionando atención médica y nutricional, así como sesiones de actividad física y educativas grupales de una hora educación grupal. Los resultados indicaron una reducción significativa del peso corporal, IMC y circunferencia de cintura. Al final del periodo la mediana de cambio fue de - 4,1 kg, -1,8 unidades de IMC y -6 cm de cintura, en relación al ingreso. Los cambios en los indicadores bioquímicos detectados fueron normalización de glicemia de ayuno y en un 37% del grupo estudiado se normalizó el índice de resistencia insulínica (HOMA).

Lara, & Amigo, (2011), realizaron un metaanálisis, seleccionando 12 estudios que cumplieron los criterios de inclusión y nivel de calidad exigido. Las intervenciones con dieta mostraron disminuciones de -6,66 kilos (intervalo de confianza del 95% (IC): -9,04 a -4,28) y -3,80 kilos (IC: -5,50 a - 2,10) a los seis y doce meses respectivamente, las intervenciones con ejercicio presentaron reducciones de -2,21 kilos (IC: -4,62 a 0,21) y -2,00 kilos (IC: -5,70 a 1,70) a los seis y doce meses respectivamente y aquellas con dieta más ejercicio reducciones de - 10,86 kilos (IC: -13,22 a -8,49) y - 6,50 kilos (IC: -8,09 a -4,90) a los seis y doce meses de ejecución. La combinación de dieta y ejercicio fue más efectiva en la disminución de peso en personas con sobrepeso, seguida por la dieta, mientras que el ejercicio no tuvo resultados significativos.

Landeros, & Gallegos, (2005) El objetivo de esta investigación fue determinar si las capacidades de autocuidado (CAC) y la percepción del estado de salud (PES) son diferentes en adultos con y sin obesidad. Las CAC y la PES (medidas de 0-100), mostraron medias de 54.44 (DE = 10.89) y 69.94 (DE = 17.25) respectivamente. El análisis inferencial mostró: La PES explicó un 8.8% de la variación observada en los

puntajes de autocuidado, ($F[1,128] = 13.2$ y $p \leq .001$). Los hallazgos del estudio muestran que las capacidades del autocuidado y la percepción del estado de salud no son diferentes en personas adultas con y sin obesidad.

Silva, Fernández, y Rodríguez, (2019) realizaron un estudio con la finalidad de explorar la relación entre depresión, ansiedad, autoeficacia para bajar de peso y cambio de peso corporal en mujeres con sobrepeso y obesidad sometidas a tratamiento nutricional, se llevó a cabo un estudio trasversal de tipo correlacional, donde se aplicaron el IDARE, el BDI-II y la Escala de Autoeficacia a 122 pacientes de dos clínicas de medicina familiar de Ciudad de México. Los resultados muestran que entre las personas obesas hubo una mayor prevalencia de depresión, y que mayores niveles de ansiedad y depresión se asociaron con una menor eficacia percibida para realizar acciones para bajar de peso. Entre mayor fue la ansiedad, menor fue la disminución del peso corporal en las pacientes.

La presente investigación se llevó a cabo con una muestra de 157 estudiantes del área de la salud de la Escuela de Ciencias de la Salud (ECISALUD) en la que se compararon los niveles de autoeficacia para el control de peso entre tres grupos de estudiantes clasificados en peso normal, sobrepeso y obesidad. Los hallazgos de este estudio mostraron una diferencia estadísticamente significativa en el nivel de autoeficacia para el control de peso del grupo con obesidad ante los grupos de peso normal y sobrepeso con un valor $p = 0.030$ en el factor actividad física programada. Este resultado indica que el ejercicio es el elemento más significativo para el control de peso en estudiantes universitarios del área de la salud. Aguilar, Magallanes, Martínez, Negrete, García al (2017)

Rivero, (2011) realizó una investigación que tuvo por objetivo determinar la capacidad predictiva de la autoeficacia percibida y el locus del control en la autorregulación del peso, en personas obesas que asisten a tratamiento médico en diferentes centros de salud privados de la ciudad de Maracay, Venezuela, se realizó una investigación no experimental, bajo un diseño correlacional, de corte trasversal, en una muestra de 243 personas obesas. Se administraron, de forma individual y en formato papel y lápiz, el Inventario de autorregulación del peso, Inventario de autoeficacia percibida en la regulación del peso e Inventario de locus de control del

peso. Los resultados del estudio demuestran que las personas obesas que se sienten capaces de controlar su peso, y a la vez tienen creencias débiles de que su peso depende de sus acciones, son aquellas que reportan mayor autorregulación del peso, Estos resultados sugieren aspectos a considerar en los tratamientos cognitivo-conductuales dirigidos al control de la obesidad.

El objetivo de este trabajo fue determinar la efectividad de un taller en la mejora del estado nutricional, la autorregulación y la autoeficacia en estudiantes universitarios con sobrepeso. Se realizó un estudio cuasiexperimental con estudiantes universitarios en el que se incluyeron hombres y mujeres. El grupo experimental estuvo integrado por 28 participantes y el grupo control por 30. La intervención se desarrolló en 10 sesiones semanales enfocadas al desarrollo de habilidades de autorregulación y conocimientos básicos sobre nutrición. El grupo experimental mejoró significativamente el índice de cintura/cadera, la autorregulación y la autoeficacia, mientras que el grupo control aumentó significativamente de peso y mantuvo sus niveles de autorregulación y autoeficacia. La participación en taller se comportó como factor protector para el aumento de peso. (Campos, Arguelles, Vázquez, Ortiz, 2014).

Justificación

El exceso de peso corporal es un proceso gradual que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia, a partir de un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético, se involucran factores genéticos y ambientales que determinan un trastorno metabólico que conduce a una excesiva acumulación de grasa corporal más allá del valor esperado según el género, la talla y la edad. (Barrera, A. Rodríguez, A. & Molina M. 2014). En el caso de adultos la OMS (2018) define el sobrepeso con IMC entre 25 a 29 y la obesidad con IMC igual o mayor a 30.

El exceso de peso corporal (sobrepeso y obesidad) es reconocido actualmente como uno de los retos más importantes de salud pública en el mundo, dada su magnitud, la rapidez de su incremento y el efecto negativo que ejerce sobre la salud de la población que lo padece (Barrera, Rodríguez, & Molina, 2013). El sobrepeso incrementa significativamente el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles, mortalidad y el costo social de la salud, además de que reduce la calidad de vida.

La transición nutricional que experimenta el país tiene como características occidentalización de la dieta en la cual aumenta la disponibilidad a bajo costo de alimentos procesados que son adicionados con altas cantidades de grasas, azúcar y sal.

Los factores que determinan el sobrepeso en una persona son: genéticos, biológicos, conductuales, sociales y económicos, psicológicos (Rodríguez, García, et al. 2011). En este problema de salud influyen factores genéticos, metabólicos, fisiológicos, bioquímicos y psicosociales, se ha comprobado que la falta de ejercicio e inadecuada alimentación son la causa principal (Roth, 2009; Sherwood, 2011; citado por Aguilar, et al 2017).

La situación actual del sobrepeso en México requiere que se implemente una política integral, multisectorial y con una coordinación efectiva, a fin de lograr cambios en los patrones de alimentación y actividad física que permitan la prevención de enfermedades crónicas y la reducción de la prevalencia de sobrepeso.

Existe evidencia que los niveles elevados de alimentos ricos en calorías, grasa y la carencia de actividad física parecen afectar el éxito del tratamiento para bajar de peso, lo que resulta en un problema para modificarlo. Una variable que parece predecir en buena medida el éxito de tal tratamiento es la autoeficacia para controlar el peso corporal, es decir, lo eficaz que se siente una persona para modificar su nivel de actividad, sus hábitos alimentarios y sus patrones de consumo, teniendo como objetivo la pérdida de peso (Silva, Fernández, y Rodríguez, 2019).

Para atender este fenómeno es importante fortalecer el aspecto psicológico en la práctica del ejercicio y en la alimentación para quienes presentan sobrepeso, ya que suele dificultarse la terminación de rutinas de ejercicio y control de la ingesta de alimentos si el estado de ánimo y las emociones se encuentran en desequilibrio (Aguilar, et al, 2017). La autoeficacia percibida es un factor relevante en todas las fases o etapas del proceso de cambio en el comportamiento de salud.

De acuerdo con Bandura, (1995) citado por Cabrera, F. (2011) la autoeficacia percibida es definida como la creencia que tiene la persona sobre su propia capacidad para realizar una conducta que le permita alcanzar unos resultados determinados.

Dentro de la salud, la autoeficacia cumple un rol importante en la realización de una gran variedad de conductas saludables, como son la reducción de peso, características de la conducta alimentaria la alimentación baja en calorías o la reducción del consumo calórico. (Palacios et al, 2017).

El profesional de enfermería tiene un rol en el cuidado del paciente con sobrepeso en un primer nivel de atención. Ese rol está dirigido a la valoración previa a iniciar un programa de control de peso. Esta valoración se enfoca en la determinación de las medidas antropométricas: Peso, talla, Índice de Masa Corporal, Índice de Circunferencia de Cintura; bioquímicas principalmente determinación de glucosa. Así mismo determinar la actitud y pronosticar la probabilidad de éxito en el control de peso. Para ello es importante que modifiquemos las creencias de eficacia personal sobre la práctica de una conducta de salud, como la actividad física, lograremos que las personas se crean capaces de iniciar el comportamiento y de mantenerlo en el tiempo. (Cabrera, F. et al 2011). Se ha encontrado que las personas con mayores niveles de autoeficacia se comprometen con mayor frecuencia en un

programa regular de actividad física que aquellas que tienen niveles más bajos de autoeficacia. (Bandura, 1995 citado por Cabrera, 2011).

Debido a lo anterior es por ello que surge la siguiente pregunta de investigación:
¿Cuál es la expectativa que tienen los adultos sobre la percepción de autoeficacia para el control de peso?

Objetivos

General

Evaluar las expectativas sobre la percepción de autoeficacia en personas para el control de peso.

Específicos

1. Caracterizar a la población con base a las variables sociodemográficas y antropométricas y bioquímicas.
2. Identificar las expectativas sobre la percepción de autoeficacia para el control de peso en adultos en las dimensiones; estilo de alimentación y externalidad (EAE), actividad física programada (AFP) y actividad física cotidiana (AFC).
3. Asociar las variables sociodemográficas con las expectativas sobre la percepción de autoeficacia.

Capítulo II

Marco Teórico

Percepción de autoeficacia

La percepción es biocultural porque, por un lado, depende de los estímulos físicos y sensaciones involucrados y, por otro lado, de la selección y organización de dichos estímulos y sensaciones. Una de las principales disciplinas que se ha encargado del estudio de la percepción ha sido la psicología y ha definido a la percepción como el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización (Vargas, L. 1994).

La percepción posee un nivel de existencia consciente, pero también otro inconsciente. Es consciente cuando el individuo se da cuenta de ciertos acontecimientos y repara tales eventos. Por otro lado, en el plano inconsciente se lleva a cabo los procesos de selección y organización de las sensaciones. Raich, (2000) menciona que la imagen corporal es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente.

La percepción de la figura corporal, la enfermedad del sobrepeso y los hábitos alimenticios está influenciada por diversos factores sociales y culturales como: la familia, que es considerada un factor decisivo para la creación de hábitos, conocimientos y costumbres alimentarias, psicológicos o emocionales, que influyen en la sobrealimentación o cambios metabólicos (Silvestri, 2005 citado por Matus, 2015), un ambiente obesogénico propiciado por las prácticas de los países industrializados que favorecen un balance energético positivo en las personas (Ortiz y Álvarez, 2009).

Tres factores que examinan diferentes áreas para ejercer el control de peso: estilo de alimentación y externalidad (EAE), actividad física programada (AFP) y actividad física cotidiana (AFC).

Estilo de alimentación y externalidad (EAE)

Las externalidades en los sistemas productivos, de acuerdo a Vázquez (2014), se definen como: decisiones de consumo, producción e inversión que toman los individuos, los hogares y las empresas y que afectan a terceros que no participan

directamente en esas transacciones. Cuando hay externalidades se desencadenan efectos indirectos que repercuten en las oportunidades de consumo y producción de terceros, pero el precio del producto no refleja esas externalidades. Cuando se produce una ventaja gratuita o una desventaja, un perjuicio sin compensación monetaria estamos hablando de una externalidad.

Actividad física programada (AFP)

La "actividad física" no debe confundirse con el "ejercicio". Este es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física. La actividad física abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas.

Aumentar el nivel de actividad física es una necesidad social, no solo individual. Por lo tanto, exige una perspectiva poblacional, multisectorial, multidisciplinaria, y culturalmente idónea. (OMS, 2020)

Actividad física cotidiana (AFC).

La evaluación de la actividad física (AF) en ambientes habituales no hospitalarios ha permitido estudiar y conocer su rol en la salud y la efectividad de algunos tratamientos¹. La AF puede definirse como "cualquier movimiento corporal producido por el sistema muscular esquelético y que origina un gasto calórico"^{2,3}, y la actividad física cotidiana (AFC) se considera como "todo el movimiento voluntario que de manera cotidiana realiza la musculatura esquelética". (Revista de Patología Respiratoria, 2012)

Según Muñoz, L. Monrreal, M. y Marco, M. La edad adulta es aquella persona que ha terminado de crecer y se encuentra en el periodo intermedio entre la adolescencia y la vejez, lo que socialmente se conoce como la mayoría de edad. La Organización Mundial de la Salud (2015). Ha definido cada una de las etapas del ciclo de vida de los seres humanos dando lugar a la adultez entre el periodo comprendido de 20 a 59 años. Psicológicamente es más difícil la conceptualización, en la medida

que el adulto determina madurez de personalidad y por tanto está haciendo mención a una persona responsable, cabal, con plena capacidad, seriedad y dominio personal.

En la actualidad la OMS (2012) define al sobrepeso como una acumulación anormal o excesiva de grasa que pueda causar un perjuicio para la salud. Por ello la importancia de los indicadores de sobrepeso que determinan el IMC y ICC.

De acuerdo con Barrera, Rodríguez, & Molina (2014) el exceso de peso corporal es un proceso gradual que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia, a partir de un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. El sobrepeso es un serio problema de salud pública en el mundo y su incidencia sigue en aumento siendo la alta ingesta de alimentos y la falta de actividad física los factores principales que la causan, en la actualidad México ocupa en segundo lugar de prevalencia mundial con sobrepeso en adultos. Existe una relación importante entre la autoeficacia y las conductas de la salud en personas con sobrepeso, el ejercicio es el predictor más fuerte de pérdida de peso a largo plazo además de ser una de las principales estrategias para mejorar el estado nutricional (Barrera et al, citado por Palacios et al en 2017).

De acuerdo al último informe de la organización para la cooperación y el desarrollo económicos (OCDE), se calcula que un 70% de la población mexicana presenta sobrepeso, lo que convierte a este fenómeno en una epidemia en nuestro país. Un Índice de Masa Corporal elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles como enfermedades cardiovasculares (principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares), que fueron la principal causa de muertes en el 2012, la diabetes, los trastornos del aparato locomotor en especial la osteoartritis una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy incapacitante y algunos canceres como de endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon (OMS, 2018).

Las conductas saludables para combatir el sobrepeso son plenamente conocidas, pero no han tenido el efecto deseado dado los indicadores epidemiológicos.

Específicamente el ejercicio, se considera una conducta saludable que funciona como un factor cardioprotector y antidiabético (Magkos et al, 2016). Sin embargo, gran parte de las personas con sobrepeso que ingresan a programas de ejercicio terminan desertando, con esto señalando que la voluntad no es suficiente para que un programa de ejercicio sea efectivo, es necesario complementarlo con apoyo psicológico (Johnson & Padwal, 2014). Es aquí donde cobra importancia retomar los factores cognitivos para favorecer la práctica del ejercicio como lo es la autoeficacia (AE) definida como la confianza que una persona posee para realizar cierta conducta con éxito. Los resultados de diferentes investigaciones han mostrado que a mayor AE, mayor es el apego al ejercicio (Olander et al, 2013).

El término autoeficacia se puede definir como los juicios que cada individuo hace sobre sus capacidades, con base en los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado (Bandura, 1997); o, como plantea Pajares (1996), las creencias que tiene la persona sobre sus capacidades para organizar y ejecutar los caminos para la acción requeridos en situaciones esperadas o basadas en niveles de rendimiento. Schunk y Zimmerman (1997), por su parte, la definen como las creencias que tiene la persona sobre sus capacidades para aprender o desempeñar comportamientos en niveles previamente definidos (Ornelas et al, citado por Blanco 2012).

El ser humano es capaz de actuar en su ambiente y por consecuencia transformarlo; las personas crean y desarrollan autopercepciones acerca de su capacidad, mismas que se convierten en los medios por los cuales siguen sus metas y toman sus decisiones (Asbún y Ferreira, 2003). Por lo tanto, la autoeficacia no es la conducta si no la confianza en uno mismo de ser capaz de realizar el comportamiento que se propone.

La autoeficacia también se ha señalado como predictora de éxito del tratamiento, la intención de comer alimentos bajos en caloría, como frutas y vegetales y como variable asociada al incremento de dietas ricas en fibra funciona como variable que favorece la adhesión a cambios en la ingesta alimentaria y como variable que debe intervenir para lograr mayor pérdida o regulación de peso corporal (Lugli, 2011).

Sobrepeso y obesidad

La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Una forma simple de medir la obesidad es el índice de masa corporal (IMC), esto es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros. Una persona con un IMC igual o superior a 30 es considerada obesa y con un IMC igual o superior a 25 es considerada con sobrepeso. El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. (OMS, 2020)

Los factores que determinan el sobrepeso y la obesidad en una persona

- a) Genéticos. La genética también puede cumplir un rol respecto a la eficiencia con que el cuerpo convierte los alimentos en energía y como quema calorías durante el ejercicio.
- b) Biológicos. La edad contribuye al aumento de peso, a mayor edad menos calorías necesitas, por eso se empieza a engordar con más facilidad con los años, el sexo las mujeres tienen un porcentaje de grasa corporal más elevado, debido a las distintas situaciones biológicas que presentan a lo largo de su vida.
- c) Conductuales. Si tienes un estilo de vida sedentario es más fácil de acumular calorías en el cuerpo lo que contribuye al aumento de peso, también una dieta poco saludable con muchas calorías como la comida rápida, bebidas altamente calóricas y con porciones demasiado grandes, pero con pocas frutas y vegetales contribuyen al aumento de peso.
- d) Sociales y económicos. La falta de conocimiento para cocinar alimentos saludables e incluso la falta de recurso económico ha sido un problema muy grande, además las personas con las que pasas tiempo pueden influir en tu peso, es más probable que seas obeso si tienes amigos o familiares que los son.
- e) Psicológicos. La depresión, la disminución de la autoestima, el aislamiento, personas con trastornos de la conducta son más propensas a deprimirse y caer en conductas adictivas como el consumo excesivo de alimentos ricos en calorías (Rodríguez, E. et al. 2011).

Los niveles de autoeficacia pueden aumentar o reducir la motivación. Así, por ejemplo, las personas con alta autoeficacia eligen desempeñar tareas más desafiantes, colocándose metas y objetivos más altos, (Bandura, 1997).

Técnica para la toma de talla

Concepto: es la altura que tiene un individuo en posición vertical desde el punto más alto de la cabeza hasta los talones en posición de "firmes", se mide en centímetros (cm).

Material: estadímetro portátil, cinta adhesiva y hoja de registro de antropometría.

Método: para la instalación del estadímetro localice una pared y un piso lo más liso posible, la pared y el piso deben formar un ángulo recto de 90°, una vez instalado el estadímetro informe al paciente de las actividades que se van a realizar, indique al usuario que se retire calzado, gorras, adornos y de preferencia que se suelte el cabello, coloque a la persona el estadímetro de espalda a la pared con la mirada al frente, verifique que los pies estén en posición correcta, asegúrese que la cabeza, espalda, pantorrilla, talones y glúteos estén en contacto con la pared y sus brazos caigan naturalmente a lo largo del cuerpo, trace una línea imaginaria (plano de Frankfort) que va del orificio del oído a la base de la órbita del ojo, esta línea debe ser paralela a la base del estadímetro y formar un ángulo recto con respecto a la pared, hacer la lectura de la talla y anotarlo en la hoja de antropometría.

Cuadro clínico

La experiencia clínica respecto al apego a los esquemas de prevención y tratamiento de la obesidad y sus complicaciones, apuntan a la necesidad de conjuntar todo tipo de estrategias apoyadas científicamente y sustentables para su prevención, tratamiento y control; incluyendo el uso de terapia cognitivo conductual para mejorar el estilo de vida de las personas; la prescripción profesionalizada de actividad física y planes de nutrición saludables; edulcorantes naturales y artificiales; fármacos antiobesidad autorizados y terapia farmacológica para las complicaciones.

Diagnostico

Actualmente se han buscado procedimientos antropométricos que estimen la cantidad de tejido adiposo en forma indirecta, aceptando el inconveniente que no pueden distinguir entre masa grasa y masa libre de grasa, compartimientos que cambian durante el crecimiento. El índice de masa corporal o índice de Quetelet se ha aceptado como un método indirecto para medir la cantidad de tejido adiposo en niños y adolescentes debido a que tiene una correlación satisfactoria con la grasa corporal evaluada mediante resonancia magnética nuclear, tomografía computada y absorciometría dual de rayos X, entre otros, pero sobre todo porque en el extremo superior de la distribución este índice tiene una exactitud aceptable por edad y por género.

El índice de masa corporal (IMC) ha sido aceptado como el recurso más simple en la práctica clínica para el diagnóstico de obesidad.

Técnica para la toma del peso:

Concepto: es la medida de la masa corporal expresada en kilogramos (kg).

Material: balanza para adulto portátil, electrónica o de plataforma con capacidad mínima de 150kg y precisión de 100gr.

Procedimiento: la medición se realizará con la menor ropa posible y sin zapatos, se pide al usuario que suba a la báscula colocando los pies paralelos en el centro, de frente al examinador, debe estar erguido y con la vista hacia el frente, sin moverse y que los brazos caigan naturalmente hacia los lados.

Si se emplea balanza de piso, se toma la lectura cuando el indicador de la báscula se encuentra completamente fijo, si se usa balanza de plataforma, cuando la aguja central se encuentre en medio de dos márgenes y sin moverse, en caso de que sea balanza electrónica se tomara la lectura del número que se encuentre parpadeando y se registra el peso en la hoja de antropometría. Se considera sobrepeso cuando el índice de masa corporal (IMC) es igual o mayor 25-25.9. Por ejemplo, una persona que pese 70 kilos y mida 1,65 metros tendrá un IMC de $70 / 1,65 \times 1,65 = 25,72$. Si el resultado está entre 18,5 y 24,9, el peso se considera normal. Entre 25 y 29,9 se considera sobrepeso y, a partir de 30, obesidad.

Técnica para toma de glucosa capilar

Concepto: Es la medición de la concentración de glucosa en la sangre.

Material: glucómetro, lancetas, algodón empapados con alcohol (torundas), guantes de látex, contenedor para material contaminado y hoja de registro.

Método: ponerse los guantes y use algodón empapado con alcohol para limpiar y desinfectar la parte lateral del dedo escogido, de preferencia la mano que menos use, asegúrese de las manos estén completamente secas antes de manipular la tira reactiva y muestre al paciente que el equipo que usará está completamente limpio y que las lancetas son nuevas, colocar la tira reactiva en el glucómetro, puncionar de preferencia la parte lateral externa del dedo, obtener una gota de sangre suficiente, ponga la gota de sangre colgante en el área de medición de la tira reactiva hasta que detecte la presencia de la muestra y retire el dedo, espere unos segundos para el resultado de la glucosa sanguínea y anótelos en su hoja de registro, deseche lancetas, tiras reactivas y algodón en un contenedor para material biológico contaminado. Lo recomendable es que la glucemia se mida al levantarse por la mañana y antes del desayuno y se considera normal si los niveles de glucosa que se sitúan entre los 70 y 100 mg/dl en ayunas y en menos a 140 mg/dl dos horas después de cada comida.

Tratamiento para el sobrepeso

Para mantener un peso saludable es importante lograr un equilibrio entre las calorías que se ingieren y las calorías que se queman mediante la actividad física y las funciones corporales. Para perder peso, una persona suele tener que reducir las calorías que ingiere y aumentar la actividad física.

Si los cambios en el estilo de vida no son suficientes, algunas personas que necesitan adelgazar pueden recurrir a los medicamentos y la cirugía. Se recomienda para una alimentación saludable las siguientes medidas:

- Ingiera más frutas, verduras, granos integrales y leche y productos lácteos descremados o semidescremados.
- Incluya en su dieta carnes magras, aves de corral, pescado, frijoles, huevos y frutos secos o semillas.

- Lleve una dieta con bajo contenido de grasas saturadas, grasas trans, colesterol, sal (sodio) y azúcar agregada.
- Beba más agua en vez de bebidas azucaradas.

La actividad física que necesita un adulto es:

Realizar suficiente actividad física es importante para ayudar a prevenir o reducir el sobrepeso, la obesidad y los problemas de salud relacionados.

- Para mantenerse sano, un adulto de 18 años o más necesita al menos 30 minutos de actividad física 5 o más días a la semana.
- Los niños y los adolescentes necesitan al menos 60 minutos de actividad diaria para cuidar su salud.

Capítulo III

Metodología

Material y métodos

De acuerdo a Grove (2019), es un estudio con enfoque cuantitativo con un diseño descriptivo, sin manipulación de variable, por la forma de medición será transversal.

Límites de tiempo y espacio

Se llevó acabo en el periodo comprendido entre agosto a septiembre del 2020 en las instalaciones del Centro de Salud periférico Clara Córdoba Morelia Michoacán.

Universo de estudio y muestra

El universo en que se encuentra los adultos que acuden a consulta al Centro de Salud Periférico Clara Córdoba de Morelia, Michoacán. El tipo de muestreo será no probabilístico elegido a conveniencia y que cumplan los criterios de inclusión. Y el tamaño será de al menos 50 personas con sobrepeso o más si cumplen con el criterio de inclusión.

Criterios de inclusión

Se incluirán personas de 20 a 59 años de edad, con IMC de 25 a 29.9 kg/m², o bien con IMC normal, pero con IC mayor a 80 cm en mujeres y mayor a 90 en hombres, que acepten participar, firmen el consentimiento informado y deseen acudir a las sesiones educativas.

Criterios de exclusión

Se excluirían a personas con obesidad, con comorbilidades, y que se nieguen a participar.

Criterios de eliminación

Se eliminarán las cédulas con más del 30% de ítems no contestados.

Procedimiento e instrumento para la colecta de datos

Todos los participantes deberán firmar un consentimiento informado previo a la toma de mediciones, la recolección de datos se realizará durante el periodo.

Para el levantamiento de información, los participantes que ayudaran para la recolecta de datos están capacitados en cuanto a las mediciones antropométricas con el fin de reducir al máximo el error y variabilidad entre las mediciones.

1.- Detectar a adultos con sobrepeso.

- 2.- Llevar a cabo la solicitud a participación en el estudio proporcionando información.
- 3.- Se firma el consentimiento informado.
- 4.- Realizar las mediciones de las variables antropométricas y bioquímicas.
- 5.- Aplicación del inventario autoeficacia.
- 6.- Se dará una sesión sobre conocimientos básicos de nutrición.

Variables y su definición

Las variables en este estudio, fueron percepción de autoeficacia y sobrepeso, obesidad. Las variables sociodemográficas, fueron edad, sexo, escolaridad, estado civil, peso, talla, índice de masa corporal, y ejercicio. Las variables se encuentran definidas en la operacionalización de variables (ver anexo XX)

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala
Peso	Es la medida de la masa corporal expresada en kilogramos	masa corporal medible	Kilogramos	Cuantitativa Dependiente
Talla	La estatura (o talla humana) designa la altura de un individuo. Generalmente se expresa en centímetros.	Medida en centímetros de la altura corporal.	Centímetros	Cuantitativa dependiente
ICC (índice cintura cadera)	(OMS) establece el valor máximo saludable del perímetro abdominal en 88 centímetros en la mujer, mientras que en el hombre el valor es de 102 centímetros.	Medida de perímetro abdominal en centímetros	Centímetros	Cuantitativa Dependiente
IMC	Es la relación que existe entre el peso y la talla. Sirve para identificar: Bajo Peso, Peso Normal, Sobrepeso y Obesidad.	medida de IMC en centímetros y kilogramos.	Centímetros y kilogramos	Cuantitativa Dependiente

Glicemia capilar	Es la medición de la concentración de glucosa en la sangre	Niveles de glicemia capilar	Mg/dl	Cuantitativa: discreta, continua o discontinua
Autoeficacia	es la confianza en la propia capacidad para lograr los resultados pretendidos.	Percepción de autoeficacia: Es el estado psicológico en el cual la persona evalúa su capacidad y habilidad de ejecutar determinada tarea.	estilo de alimentación y externalidad (EAE), actividad física programada (AFP) y actividad física cotidiana (AFC).	Cualitativa: Nominal: 1 al 4 siendo las siguientes posibles respuestas: 1. Totalmente en desacuerdo, 2.En desacuerdo, 3.De acuerdo 4.totalmente de acuerdo.
Percepción	Es un proceso activo-constrictivo en que el receptor, antes de procesar la nueva información y con los datos archivados en su conciencia, construye un esquema informativo anticipatorio, que le permite contestar el estímulo y aceptarlo o rechazarlo.	Es un proceso mental, cognitivo que nos permite formar conceptos, opiniones, impresiones, sentimientos acerca de un individuo.	Estado de conciencia (Glasgow)	15 puntos

Instrumento

Se aplicó el instrumento del inventario autoeficacia percibida para el control de peso (AP-CP) que tiene la función de explorar las expectativas de autoeficacia para el control del peso de acuerdo a la ingesta de alimentos y a la actividad física tanto en hombres como en mujeres.

Está conformado por 37 ítems redactados en afirmaciones que se refieren a posibles conductas del propio lector. Su medición es en niveles de autoeficacia y la contestación de cada ítem es por medio de una escala tipo Likert que va del 1 al 4 siendo las siguientes posibles respuestas: totalmente en desacuerdo, en desacuerdo,

de acuerdo y totalmente de acuerdo. Está dividido en tres factores que examinan diferentes áreas para ejercer el control de peso: estilo de alimentación y externalidad (EAE), actividad física programada (AFP) y actividad física cotidiana (AFC).

El coeficiente alfa de cronbach muestra adecuadas propiedades psicométricas para los tres factores: 0.856 para el factor estilo de alimentación y externalidad, 0.85 para el factor actividad física programada y 0.671 para el factor actividad física cotidiana, los hallazgos de este estudio muestran que el AP-CP es un instrumento confiable y validado para medir el nivel de autoeficacia para el control de peso.

El factor EAE está formado por 20 ítems que son basados en diferentes posibilidades de comportamiento de los sujetos para atender su alimentación en situaciones dentro y fuera de casa. La puntuación mínima para este factor es 20 y la máxima 80.

El factor AFP incluyo 9 ítems los cuales se refieren a la posibilidad de tener conductas rutinarias de ejercicio. La puntuación mínima para este seria 9 y la máxima 36.

El factor AFC consta de 8 ítems que examina la capacidad de los sujetos para preferir conductas de salud favorables que requieren esfuerzo físico sin llegar a ser ejercicios necesariamente. La puntuación mínima para este factor seria 8 y la máxima 32.

Para la medición del nivel de autoeficacia para el control del peso por factores se hace una sumatoria por ítem y se obtienen los cuartiles de las puntuaciones totales tomando en cuenta las puntuaciones mínimas y máximas de cada factor y se determina si el nivel resulta bajo, medio o alto para cada factor correspondiente. (Román et al. 2007).

Análisis estadístico

Se elaboró una base de datos para el procesamiento y ordenamiento de datos, con el paquete estadístico (SPSS) versión 23. Se utilizó la estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes, así como las medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión (rangos y desviación estándar) para cada variable categórica. También se utilizó medidas de estadística inferencial para la presentación de variables de estudio.

Recursos

El L.E Gonzalo Sotelo García es el responsable que elaboro y llevo a cabo este protocolo, de solicitar la autorización ante el Centro de Salud Periférico Clara Córdoba de Morelia, Michoacán donde selecciono la muestra, y aplico los instrumentos, realizo las intervenciones de enfermería, recolectó la colecta de datos, elaboro tablas y registros, realizo el análisis, el procesamiento de la información y los resultados de la investigación, con apoyo y asesoría de la M.E Ruth E. Pérez Guerrero.

Recursos financieros

Para llevar a cabo esta investigación se necesitó de recursos económicos para el pago de servicios como lo son: transporte, internet, libros, copias, impresiones entre otros.

Recursos materiales

Para esta investigación se utilizó: una computadora (portátil), proyector, glucómetro, balanza, cinta métrica, entre otros.

Recursos financieros requeridos para el protocolo de investigación

Material y/o equipo	Cantidad	Costo	Total
Hojas blancas	2	\$95	\$190
Impresiones		\$1500	\$150
Lápices	1 paquete	\$139	\$139
Lapiceros	2 paquetes	\$59	\$118
Sacapuntas	5	\$5	\$25
Copias		\$150	\$150
Tablas con clip	10	\$35	\$350
Baumanómetro y estetoscópio	3	Préstamo de la facultad	
Computadora	1	Propia	

Cinta métrica	2	Préstamo de la facultad
Bascula	2	Préstamo de la facultad
Total		\$1112

Elaborado por Sotelo (2020)

Plan de difusión

Se presentarán los resultados de percepción de autoeficacia para el control de peso en adultos, en la Revista Janaskakua.

Consideraciones éticas y legales

Esta investigación titulada “Percepción de autoeficacia para el control de peso en adultos” se apegará a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014).

En este proyecto predomina el respeto a la dignidad y la protección de sus derechos y bienestar (artículo 13), ajustándose a los principios científicos y éticos (artículo 14, fracción I).

La Declaración de Helsinki se aplicará por medio de normas, códigos, aclaraciones que perfilan los temas de ética biomédica. A nivel mundial, el fenómeno de la investigación en el área de la salud está en ascenso, con la aparición de nuevos protocolos de ensayos clínicos la sociedad se está viendo obligada a garantizar la seguridad de sus pacientes participantes, cumpliendo con las consideraciones legales, éticas y derechos fundamentales vigentes. De esta manera se asegura un cumplimiento de los principios éticos durante todo el desarrollo del estudio de investigación.

El principio básico es el respeto por el individuo (Artículo 8). El derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) (Artículos 20, 21 y 22) incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación. El deber del investigador es solamente hacia el paciente (Artículos 2, 3 y 10) o el voluntario

(Artículos 16 y 18), y mientras exista necesidad de llevar a cabo una investigación (Artículo 6), el bienestar del sujeto debe ser siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad (Artículo 5), y las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedente de las leyes y regulaciones (Artículo 9). El reconocimiento de la creciente vulnerabilidad de los individuos y los grupos necesita especial vigilancia (Artículo 8).

En este caso el consentimiento es muy importante (Artículo 25), Este proyecto contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o de su representante legal (artículo 14, fracción V). Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.

Esta investigación se realizará por profesionales de la salud (artículo 14, fracción VI). Adicionalmente, el protocolo contará con el dictamen favorable de los Comités de Investigación y de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería (artículo 14, fracción VII). También se respetará lo que establece el artículo 14, fracción VIII, que señala que se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.

De acuerdo a la clasificación de las investigaciones y para efecto del reglamento de la Ley General de Salud, este proyecto de investigación es considerado:

Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, medir talla, sacar su índice de masa corporal (IMC), índice de cintura cadera (ICC), se manipulara la información del sujeto.

Capítulo IV

RESULTADOS

Este estudio tuvo como objetivo analizar la percepción de autoeficacia para el control de peso en los adultos que acuden a consulta al Centro de Salud Periférico Clara Córdoba de Morelia, Michoacán.

A continuación, se muestran los resultados del estudio, iniciando con las variables sociodemográficas y posteriormente con las variables de estudio.

Para medir las variables percepción y autoeficacia para el control de peso en los adultos se aplicó el instrumento autoeficacia percibida para el control de peso (AP-CP) que tiene la función de explorar las expectativas de autoeficacia para el control del peso de acuerdo a la ingesta de alimentos y a la actividad física tanto en hombres como en mujeres. Utilizando una escala Likert de cuatro puntos (1: totalmente en desacuerdo 2: En desacuerdo, 3: De desacuerdo y 4: totalmente de acuerdo) se solicita a la entrevista que responda los 37 ítem que se agruparon equitativamente en tres factores: (1) Estilo de Alimentación y Externalidad (EAE), (2) Actividad Física Programada (AFP), (3) Actividad Física Cotidiana (AFC).

La escala de Likert es un instrumento psicométrico donde el encuestado debe indicar su acuerdo o desacuerdo sobre una afirmación, ítem o reactivo, lo que se realiza a través de una escala ordenada y unidimensional (Román et al. 2007).

Se midió la confiabilidad del instrumento autoeficacia percibida para el control de peso (AP-CP), encontrando un alfa de cronbach de 0.916, lo que nos indica que el instrumento es altamente confiable para medir la percepción de autoeficacia en adultos que iniciaran en un programa de control de peso.

El objetivo uno de la investigación fue caracterizar a la población con base a las variables sociodemográficas y antropométricas y bioquímicas.

Tabla 1 variables sociodemográficas antropométricas y bioquímicas

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Edad	21-30	17	34.0
	31-40	10	20.0
	41-50	14	28.0
	51-59	9	18.0
	Total	50	100%
Sexo	Femenino	34	68.0
	Masculino	16	32.0
	Total	50	100
Escolaridad	Ninguno	2	4.0
	Primaria	19	38.0
	Secundaria	18	36.0
	Preparatoria	8	16.0
	Licenciatura	2	4.0
	Otros	1	2.0
	Total	50	100
Estado civil	Soltero	11	22.0
	Casado	21	42.0
	Viudo	3	6.0
	Divorciado	3	6.0

Percepción de autoeficacia para el control de peso en adultos

Peso	Unión libre	12	24.0
	Total	50	100
	51-60	13	26.0
	61-70	30	60.0
	71-80	6	12.0
	Perdidos	1	2.0
Talla	Total	50	100
	1.48-1.56	12	24.0
	1.57-1.65	21	42.0
	1.66-1.72	17	34.0
	Total	50	100
IMC	Peso normal	24	48.0
	Sobrepeso	22	44.0
	Obesidad	4	8.0
	Total	50	100.0
Glicemia capilar	Normal	42	84.0
	Hiperglucémico	8	16.0
	Total	50	100.0

Como se puede observar en la tabla de variables sociodemográficas el 34% de las y los encuestados tienen entre 21-30 años de edad, siendo el 68% femeninas, en el nivel educativo el 38% solo cursaron hasta primaria, el 42% están casadas, un 60% peso entre 61-70 kg, y un 42% midió entre 1.57-1.65 de estatura, mientras que en su índice de masa corporal (IMC) un 48% obtuvo peso normal y un 44%,

presentaron sobrepeso siendo un 8% quienes presentaron obesidad, 84% de los encuestados presentaron glicemia normal.

Tabla 2

Variables sociodemográficas de personas con sobrepeso que acuden a consulta externa

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Dedicación	Ama de casa	15	30.0
	Empleado	21	42.0
	Comerciante	10	20.0
	Campesino	3	6.0
	Estudiante	1	2.0
	Total	50	100.0
Ejercicio semanalmente	30 minutos	24	48.0
	1 hora	21	42.0
	3 horas	5	10.0
	Total	50	100.0
Presenta alguna enfermedad	Si	19	38.0
	No	31	62.0
	Total	50	100.0
Le gusta hacer ejercicio	Si	43	86.0
	No	7	14.0
	Total	50	100.0

Percepción de autoeficacia para el control de peso en adultos

Ha realizado algún tipo de ejercicio	Si	44	88.0
	No	6	12.0
	Total	50	100.0
Tiene alguna molestia al realizar ejercicio	Si	12	24.0
	No	38	76.0
	Total	50	100.0
Presenta alguna dificultad para comer	Si	3	6.0
	No	47	94.0
	Total	50	100.0
Presenta alguna dificultad para caminar	Si	8	16.0
	No	42	84.0
	Total	50	100.0
Le gusto participar en esta encuesta	Si	49	98.0
	No	1	2.0

No	1	2.0
Total	50	100.0

Como se puede observar en la segunda tabla de variables sociodemográficas de personas con sobrepeso que acuden a consulta externa, el 42% son empleados, 48% realizan 30 min de ejercicio a la semana, 62% no presentan ninguna enfermedad, menciona un 86% que les gusta realizar ejercicio, y un 88% han realizado algún tipo de ejercicio, 76% tienen alguna molestia al realizar ejercicio, menciona un 94% que no tienen ninguna dificultad al comer, 84% no presenta ninguna dificultad para caminar, y al 98% de los encuestados les gusto participar en esta encuesta.

El objetivo dos fue identificar las expectativas sobre la percepción de autoeficacia para el control de peso en adultos en las dimensiones; estilo de alimentación y externalidad (EAE), actividad física programada (AFP) y actividad física cotidiana (AFC). Los resultados se muestran en las siguientes tablas:

Tabla 3 Estilos de Alimentación y Externalidad (EAE)

Variable	Frecuencia	Porcentaje
En desacuerdo	2	4.0
De acuerdo	18	36.0
Totalmente de acuerdo	30	60.0
Total	50	100.0

Como se puede observar en la tabla el 60% estuvo en totalmente de acuerdo en llevar una buena alimentación del apartado estilos de alimentación y externalidad,

siendo el 36% estuvo en de acuerdo con las actividades realizadas, mientras el 4% no llevan una alimentación adecuada y se mantuvo en desacuerdo.

Tabla 4 Actividad Física Programada (AFP)

Variable	Frecuencia	Porcentaje
En desacuerdo	5	10.0
De acuerdo	28	56.0
Totalmente de acuerdo	17	34.0
Total	50	100.0

En la tabla anterior se muestra que el 56% lleva una vida activa y estuvo de acuerdo en el apartado actividades físicas programadas, siendo el 34% que estuvo totalmente de acuerdo, mientras que el 10% no realiza estas actividades de ejercicio físico y se mantuvo en desacuerdo.

Tabla 5 Actividad Física Cotidiana (AFC)

Variable	Frecuencia	Porcentaje
En desacuerdo	2	4.0
De acuerdo	23	46.0
Totalmente de acuerdo	25	50.0
Total	50	100.0

Se obtuvo que el 50% de los encuestados realizan las actividades cotidianas y estuvo totalmente de acuerdo en el apartado de Actividad Física Cotidiana (AFC), siendo el 46% quienes estuvieron de acuerdo, mientras que el 4% no realiza estas actividades y muestra estar en desacuerdo.

El objetivo 3 de la investigación fue asociar las variables sociodemográficas con las expectativas sobre la percepción de autoeficacia.

Tabla 6 índice cintura cadera (ICC)-Estilo de Alimentación y Externalidad (EAE)

		Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado Pearson	de	71.148	42	.003
Razón verosimilitud	de	43.581	42	.404
Asociación lineal por lineal		.533	1	.465
N de casos válidos		50		

La asociación estadística entre estilo de alimentación y externalidad de las personas que acuden al centro de salud clara córdoba con la variable sociodemográfica índice cintura cadera nos indica que existe una asociación estadísticamente significativa, con un resultado de ($P=.003$) lo que significa que los adultos que tienen datos significativos en estilos de alimentación y externalidad repercutirá en un aumento de índice de cintura cadera.

Tabla 7 Glicemia Capilar-Estilo de Alimentación y Externalidad (EAE)

		Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado Pearson	de	74.392	50	.014
Razón verosimilitud	de	46.975	50	.595
Asociación lineal por lineal		.750	1	.387
N de casos válidos		50		

En el anterior análisis estadístico del estilo de alimentación y externalidad de las personas que acuden a centro de salud clara córdoba con la variable sociodemográfica glicemia capilar nos indica que existe una asociación estadísticamente significativa, con resultado de ($P=.014$) lo que significa que los adultos que tienen datos significativos en estilo de alimentación y externalidad repercutirá en un aumento en Glicemia capilar.

Discusión

En este apartado se muestra la discusión de los resultados obtenidos. Se inicia con las variables sociodemográficas.

El objetivo 1 de la investigación fue caracterizar a la población con base a las variables sociodemográficas y antropométricas y bioquímicas. Como se puede observar en la tabla de variables sociodemográficas se encontró que tres de cada diez encuestados tienen entre 21-30 años de edad, de cada diez de la población encuestada siete son mujeres, resultados similares reporta (INEGI,2014) en la encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT) que en la población de estudio la mayor parte son femeninas. En el nivel educativo cuatro de cada diez encuestados solo cursaron hasta primaria, y la misma cantidad de la población están casados, siendo seis de cada diez encuestados pesaron entre 61-70 kg, en la talla cuatro de cada diez midió entre 1.57-1.65 de estatura, mientras que en su índice de masa corporal (IMC) se observó que cinco de cada diez personas mantuvo peso normal. (ENSANUT) Reporto que en México hay siete de cada diez adultos tienen sobrepeso a diferencia de este estudio que presentaron sobrepeso 4 de cada 10 de la población. Siendo una menor parte quien presento obesidad lo cual fue una de cada diez personas, y ocho de cada 10 personas presentaron glicemia normal.

Respecto a la segunda tabla de variables sociodemográficas de personas con sobrepeso que acuden a consulta externa se obtuvo que cuatro de cada diez de la población de estudio son empleados, un cinco de cada diez personas realizan 30 min de ejercicio a la semana, no presentan ninguna enfermedad seis de cada diez encuestados, mencionan que nueve de cada diez les gusta realizar ejercicio, y ocho de cada diez personas han realizado algún tipo de ejercicio, se analizó que ocho de cada diez participantes tienen alguna molestia al realizar ejercicio, mencionan 9 de cada diez que no tienen ninguna dificultad al comer, no presenta ninguna dificultad para caminar ocho de cada diez , y a todos los participantes encuestados les gusto participar en esta encuesta.

El objetivo 2 fue Identificar las expectativas sobre la percepción de autoeficacia para el control de peso en adultos en las dimensiones; estilo de alimentación y externalidad (EAE), actividad física programada (AFP) y actividad física cotidiana (AFC). Los resultados se muestran en la siguiente descripción. Se encontró que seis de cada diez de los adultos estuvo en totalmente de acuerdo en llevar una buena alimentación del apartado estilos de alimentación y externalidad, respecto a las actividades físicas programadas se muestra que seis de cada diez adultos llevan a cabo una vida activa y estuvo de acuerdo y tres que estuvo totalmente de acuerdo en realizar actividades físicas programadas, Se obtuvo que cinco de cada diez de los encuestados realizan las actividades físicas cotidianas y estuvo totalmente de acuerdo en realizar las actividades.

El objetivo 3 de la investigación fue asociar las variables sociodemográficas con las expectativas sobre la percepción de autoeficacia. El análisis estadístico del estilo de alimentación y externalidad de las personas que acuden al Centro de Salud Clara Córdoba con la variable sociodemográfica índice cintura cadera nos indica que existe una asociación estadísticamente significativa, con un resultado de ($P=.003$) lo que significa que los adultos que tienen datos significativos en estilos de alimentación y externalidad repercutirá en una modificación de índice de cintura cadera que es similar al estudio de investigación por Silva, C., Fernández, y Rodríguez, N. (2019) que realizaron un estudio con la finalidad de explorar la relación entre depresión, ansiedad y autoeficacia para bajar de peso encontrando un valor estadísticamente significativo en el nivel de autoeficacia para el control de peso del grupo con obesidad ante los grupos de peso normal y sobrepeso con valor ($P=.003$) en el factor actividad física programada.

En el análisis estadístico del estilo de alimentación y externalidad de las personas que acuden a centro de salud clara córdoba con la variable sociodemográfica glicemia capilar nos indica que existe una asociación estadísticamente significativa, con resultado de ($P=.014$) lo que significa que los adultos que tienen datos significativos en estilo de alimentación y externalidad repercutirá en un aumento en Glicemia capilar.

Conclusiones

El objetivo de este estudio fue evaluar las expectativas sobre la percepción de autoeficacia en personas para el control de peso. En esta investigación se cuestionaron a 50 adultos que acudieron al Centro de Salud Clara Córdoba del Municipio de Morelia, Michoacán.

La mayoría de los adultos tienen entre 21-30 años de edad, son más mujeres que hombres, la mayor parte pesaron entre 61-70kg, la mitad de la población estudiada mantuvo un peso normal, mientras cuatro de cada diez adultos encuestados obtuvieron sobrepeso y una de diez personas presento obesidad.

Con respecto a la dimensión: Estilo de Alimentación y Externalidad (EAE), Actividad Física Programada (AFP), Actividad Física Cotidiana (AFC), nos indica que la mitad de la población estudiada lleva una vida de buena de alimentación y ejercicio físico para mantener su peso en los rangos normales ya que es de suma importancia para una buena vida saludable, mientras poco menos de la mitad de la población tuvieron sobrepeso y estuvieron dispuestos para mejor lo siguiente: Estilo de Alimentación y Externalidad (EAE), Actividad Física Programada (AFP), Actividad Física Cotidiana (AFC, el cual es un parámetro importante que nos permite predecir el grado de apego y éxito en caso de participar en un programa de control de peso.

Sugerencias

A partir de los resultados obtenidos en esta investigación, se sugiere lo siguiente:

1. Promover la buena alimentación con respecto al plato del bien comer para reducir las cifras con personas con sobrepeso y obesidad mediante pláticas sobre la buena alimentación.
2. Realizar grupos de apoyo para brindar sesiones de ejercicios físicos por lo menos dos veces por semana durante una hora para población para evitar el sedentarismo y así mismo tener un peso adecuado de estas.
3. Apoyo psicológico a las personas con sobrepeso y obesidad ya que es muy importante para ellos y ellas la motivación para regular su peso.
4. Promover mediante carteles la importancia de tener un peso adecuado ya que al no tenerlo conlleva a otras enfermedades que pueden poner en riesgo la vida de la población.
5. Darle más importancia a la promoción para la salud.

Bibliografía

Aguilar, L., Magallanes, A., Martínez, J., Negrete, A., & García, M. (2017). Autoeficacia para Control de Peso en Estudiantes Universitarios del Área de la Salud. *PSIENCIA*, 9, pp.1-14. DOI: 10.5872/psiencia/9.1.21.

<https://www.redalyc.org/pdf/3331/333152921001.pdf>

Campos, S., & Pérez, J. (2017). Autoeficacia y conflicto decisional frente a la disminución del peso corporal en mujeres. *Revista chilena de nutrición*, 34, pp. 1-17.

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182007000300004

Campos, Y., Aguelles, V., Vázquez, F., & Ortiz, M. (2014, agosto). Autorregulan, Autoeficacia y Orientación Nutricional para la Disminución del Exceso de Peso. *Clínica Psicológica*, XXIII, pp. 163-170.

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182007000300004

Fernández, T., Medina, S., Herrera, I., Rueda, S., & Fernández, A. (2011, agosto). Construcción y Validación de una Escala de Autoeficacia para la Actividad Física. *Scielo*, 85, pp. 5-8.

<https://www.redalyc.org/pdf/170/17019926009.pdf>

Gómez, G., Platas, S., & Pineda, G. (2019, enero). Programa de Autoeficacia hacia Hábitos Saludables para la Prevención de Obesidad en Escolares

Mexicanos. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6, pp. 44-50.

<file:///C:/Users/PC1/Downloads/Dialnet->

[ProgramaDeAutoeficaciaHaciaHabitosSaludablesParaLa-6749056%20\(1\).pdf](#)

Gonzalez, L., Giraldo, N., Estrada, A., Muños, A., Mesa, E., & Herrera, C. (2007, marzo). La adherencia al tratamiento nutricional y la composición corporal: Un estudio trasversal en pacientes con obesidad o sobrepeso. *Revista Chilena de Nutrición*, 34, pp. 1-22.

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182007000100005

Gonzalez, M., & Lugli, Z. (2012, octubre-diciembre). Control Personal de la Conducta y Adhesión Terapéutica en Balón Intragastrico Bioenterics. *Gen*, 66, pp. 250-259.

http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0016-35032012000400007&script=sci_abstract

Guzmán, R., Gómez, G., García, M., & Del Castillo, A. (2011, julio-diciembre). Análisis Factorial Confirmatorio del Inventario de Autoeficacia Percibida para el Control de Peso en Población Mexicana. *Psicología Iberoamericana*, 19, pp.78-88.

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

Herrera, I., Medina, S., Fernández, T., Rueda, S., & Cantero, F. (2012, noviembre).

Bases para el Desarrollo de la Autoeficacia en Programas para la Promoción de la Actividad Física. *Apuntes de Psicología*, 31, pp. 109-116.

<file:///C:/Users/PC1/Downloads/304-617-1-SM.pdf>

Lafuente, M. (2011). Tratamiento cognitivo conductual de la obesidad. *Trastornos de la Conducta alimentaria*, 14, pp. 1490-1504.

http://www.tcasevilla.com/archivos/tratamiento_cognitivo_conductual_de_la_obesidad.pdf

Lugli, Z. (2017, septiembre 25). Control de la Conducta en Personas con Diferentes Índices de Masa Corporal. *Pensamiento Psicológico*, 16, pp.83-94.

<http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v16n1/v16n1a07.pdf>

Lugli, Z., (2011, octubre 25). Autoeficacia y Locus de Control: Variables Predictoras de Autorregulación del Peso en Personas Obesas. *Pensamiento psicológico*, 9, pp. 43- 55. <https://www.redalyc.org/pdf/801/80122596004.pdf>

Martínez, M., García, I., & Estrada, B. (2016, junio). Adherencia al tratamiento nutricional: Intervención basada en entrevista motivacional y terapia breve centrada en soluciones. *Scielo*, 7, pp. 1-7.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232016000100032&script=sci_abstract

Palacios, J., Ramírez, V., Anaya, M., Hernández, H., & Martínez, R. (2017, marzo).

Evaluación Psicométrica de una Escala de Autoeficacia de la Conducta

Alimentaria. *Scielo*, 44, p.5

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182017000100013

Romani, Y., Díaz, B., Cárdenas, M., & Lugli, Z. (2007, abril-mayo). Construcción y validación del inventario autoeficacia percibida para el control de peso.

Scielo, 18, pp.1-5.

<https://www.uv.mx/msp/files/2014/04/Universalud-16-optimizado.pdf>

Silva, C., Fernández, N., & Rodríguez, N. (2019, enero-junio). Depresión, Ansiedad y Autoeficacia para Bajar de Peso en Mujeres en Tratamiento Nutricional.

Psicología y Salud, 29, pp. 41-49.

<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2567>

Anexos 1

Anexo 1 Cedula de colecta de datos

(Sotelo)

Favor de llenar los espacios requeridos con una "X" (si necesita apoyo o tiene alguna duda, favor de solicitarlo con el encuestador).

1.-Edad ()_____ **Sexo:** masculino () femenino ()

2.-Escolaridad: 1. Ninguno () 2. Primaria () 3. Secundaria ()
4. Preparatoria () 5. Licenciatura () 6. Otro ()

3.- Estado civil:

1. soltero (a) () 2. casado () 3. viudo () 4. divorciado () 5. unión libre ()

4. 1. Peso _____ 2. Talla. _____ 3. IMC _____ peso normal()
sobrepeso(), obesidad() 4. Glicemia capilar _____ normal()
hipoglucémico() hipoglucémico() 5. Índice cintura cadera _____

5. cuál es su dedicación

1. ama de casa() 2. Empleado() 3. Comerciante() 4. Campesino()
5. Estudiante()

6. cuanto tiempo le dedica al ejercicio semanalmente

1. 30 minutos() 2. 1 hora() 3. 3 horas() 4. 6 horas 5. Otras especifique _____

7.- Presenta alguna enfermedad: 1. Si () 2. NO ()

3. No sé () Cual:

8.- Le gusta hacer ejercicio: 1. si () 2. no ()

9. Ha realizado algún tipo ejercicio: 1. si ()
2. no() Cuál:

10.- Tiene alguna molestia al realizar ejercicio: 1. Si () 2. No ()

11.- Presenta dificultad para comer: 1.Si () 2.No ()

12.- Presenta dificultad para caminar: 1.Si () 2.No ()

13.- Le gusto participar en esta en esta encuesta: 1.Si () 2.NO ()

Anexo 2 Inventario autoeficacia percibida para el control de peso (AP-CP)

Se aplicará el instrumento del inventario autoeficacia percibida para el control de peso (AP-CP) que tiene la función de explorar las expectativas de autoeficacia para el control del peso de acuerdo a la ingesta de alimentos y a la actividad física.

Su medición es en niveles de autoeficacia y la respuesta a cada ítem es por medio la escala tipo Likert que va del 1 al 4 siendo las siguientes posibles respuestas: (1) totalmente en desacuerdo, (2) en desacuerdo, (3) de acuerdo y (4) totalmente de acuerdo.

Folio _____ Edad _____
Fecha _____

	Ítems	1.Totalmente en desacuerdo	2.En desacuerdo	3.De acuerdo	4.totalmente de acuerdo
1	Evitar comer chucherías entre comidas				
2	Pensar que tienes la fuerza de voluntad de dejar de comer golosinas				
3	Evitar los dulces a pesar de su sabor				
4	Evitar comer alimentos chatarras (perro caliente, hamburguesas, granjero)				
5	Eliminar de tu dieta los dulces y golosinas				
6	Prescindir del chocolate u otras golosinas que comes regularmente si te sientes presionado(a)				
7	Realizar meriendas bajas en calorías				
8	Evitar comer comidas chatarras cuando almuerzas o cenas fuera de casa				
9	Estar en una panadería y comprar un yogur en vez de una pizza				
10	Insistir con la compra de alimentos bajos en calorías				
11	Evitar comer fuera de los horarios de comida				
12	Creer que puedes comer vegetales frente a personas que están ingiriendo comida chatarra				
13	Pensar que realizando las tres comidas diarias bajas en grasas contribuyentes a controlar tu peso				
14	Rechazar invitaciones a comer alimentos ricos en grasas				
15	Evitar picar de lo que haya en la nevera o en la despensa si te sientes muy nerviosa(o)				

Percepción de autoeficacia para el control de peso en adultos

16	Al comer en grupo reducir la cantidad de alimentos que consumes				
17	Creer que respetando los horarios de comida contribuyes a controlar tu peso				
18	Evitar dejar de cenar si te sientes bajo de presión				
19	Evitar ver la televisión o leer mientras comes				
20	Comer despacio si te sientes nerviosa(o)				
21	Poner más esfuerzo en realizar las sesiones de abdominales o pesas				
22	Realizar sesiones en casa de abdominales o pesas				
23	Realizar tu rutina de ejercicios a pesar de que no tengas ganas de hacerla				
24	Realizar algún tipo de ejercicio de forma constante				
25	Aumentar paulatinamente el tiempo de duración de tu rutina de ejercicios				
26	Colocar un mayor empeño en cumplir el tiempo establecido para las sesiones de trote				
27	Cumplir con el tiempo estimulado en tu rutina de ejercicios a pesar de que sientes que no puedes				
28	Realizar deporte a pesar de que no cuentes con disponibilidad económica inmediata				
29	Trotar de manera regular				
30	A pesar de que estés cansado(a) usar las escaleras y no el ascensor				
31	Quédate un poco lejos de tu sitio de destino con la finalidad de caminar mas				
32	Usar las escaleras y no el ascensor que este parado en el piso en que te encuentras				
33	Seguir caminado y no utilizar algún tipo de transporte				
34	Poner más esfuerzo de tu parte para subir y bajar escaleras				
35	Subir y bajar escaleras de peldaños comunes en lugar de utilizar las mecánicas				
36	Caminar rápido a pesar de que no te guste				
37	Caminar rápido a pesar de que sientas que no tienes el rendimiento físico para realizarlo				

Anexo 2 Consentimiento informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por el Pasante de la Lic. En enfermería: Gonzalo Sotelo García de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. La meta de este estudio es: la percepción de autoeficacia para el control de peso en adultos.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 5 minutos de su tiempo. La información que brindará quedará solamente para fines educativos y de investigación.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Desde ya le agradezco su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Gonzalo Sotelo García. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es poder observar la importancia de enfermería en los equipos de respuesta rápida en el campo clínico.

De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Gonzalo Sotelo García al número telefónico personal 4591113964 o al correo electrónico gonzayeri150815@uotlook.com.

Nombre del Participante

Firma del Participante