



Vol. 14 No 1

Marzo de 2011

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DIRIGIDA A JÓVENES UNIVERSITARIOS CON RIESGO A DESARROLLAR SÍNDROME METABÓLICO¹

Ricardo Daniel González Quintero², Jorge Arturo Herrera Rueda³ y Norma Yolanda Rodríguez Soriano⁴

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Grupo Multidisciplinario de Investigación en Salud y Rendimiento Académico
(GMISARA)

Resumen

Existen variables conductuales como el locus de control y la motivación al cambio que favorecen cierto tipo de estilo y calidad de vida de los jóvenes universitarios de nuevo ingreso y a su vez controlan las conductas: de riesgo, protectoras y promotoras de la salud. En este estudio se emplearon los constructos del Modelo Transteórico de Prochaska y la percepción de control interno y externo de Rotter, para analizar las respuestas de 17 estudiantes a la invitación para incorporarse a un programa de intervención psicológica, una vez que fueron identificados e informados del riesgo a desarrollar síndrome metabólico. Sus respuestas fueron clasificadas de acuerdo con el Modelo Transteórico como contemplantes (32.35%) y en preparación (5.88%). El éxito de la intervención con las dos alumnas que aceptaron se refleja en el reporte de manejo adecuado del estrés, mejoramiento del

¹ Este trabajo se financió por PAPIME PE303507 y PE204707, PAPIIT IN226708, PAPCA 2008-2009 de la UNAM; Instituto de Ciencia y Tecnología-GDF PICDS08-69 y Sistema Nacional de Investigadores (JAHR, RDGQ). Contacto. Norma Yolanda Rodríguez Soriano. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, Carrera de Psicología. Benito Juárez 23, Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, 54090, México. Tel. (55) 55650703, e-mail: normayolanda@gmail.com

² Psicólogo Aplicado a la Salud. Contacto: josue1.5-9@hotmail.com

³ Psicólogo Aplicado a la Salud. Contacto: jahry12@hotmail.com

⁴ Profesora de psicología del Área Clínica. Contacto: rosny@servidor.unam.mx

auto-concepto, fortalecimiento de habilidades de afrontamiento, resolución de conflictos y toma de decisiones. En conclusión, se advierte la necesidad de profundizar en la investigación de variables psicológicas involucradas en la actitud hacia programas de prevención de las personas con riesgo detectado, lo que permitirá diseñar estrategias efectivas de intervención que faciliten la transición entre etapas, hacia el mantenimiento de conductas promotoras de salud.

Palabras Clave: Jóvenes, síndrome metabólico, percepción de control, etapas de cambio, programas promotores de salud.

Abstract

Locus of control and content to change are some variables which enhance a kind of quality and lifestyle among university freshman students, also these ones are in charge of health risk, protective and promotion health behaviors. The responses to an announcement to join a psychological intervention program from 17 students, who were identified with risk to develop metabolic syndrome, were analyzed according with the Transtheoretical Model and locus of control constructs which were explained by both theories, placed into the change stages and classified as contemplate (32.35%) and preparation (5.88%). The intervention conducted with the two students at preparation stage reflects by her own words an optimal stress manage, self-concept improvement, strengthening of the confrontation abilities, conflicts resolution and decision making. The results show that is important go deep-down on research by considering how the psychological variables reduce or enhance refusal attitudes over health-risk detected people, therefore this information based the foundations to design effective intervention strategies which provides a successful transition between stages toward the maintenance of health promotion behaviors.

Key Words: Youth, metabolic syndrome, locus of control, change stages, health promotion programs.

INTRODUCCIÓN

El estilo de vida se describe a partir de hábitos, actitudes, conductas, actividades y decisiones de una persona o de un grupo de personas, frente a las diversas circunstancias de su quehacer diario en un contexto (Tavera, 1994). Estas características se conforman a lo largo de la historia de vida del individuo, como proceso de aprendizaje ya sea por asimilación o imitación de prototipos conductuales tanto formales como informales que son susceptibles de

modificación. Es una tendencia natural que las personas representen estereotipos sociales que promueven los medios de difusión. Así pues, el estilo de vida en salud es definido por Meda, De Santos, Lara, Verdugo, Palomeras y Valadez (2008), como un modelo de conductas o acciones dirigidas al auto cuidado de la salud, así como algunos hábitos protectores de ella.

El estilo de vida predispone una calidad de vida considerada en términos de la capacidad funcional del individuo, sus percepciones y síntomas; es decir, cómo la percepción del sujeto sobre su habilidad para funcionar adecuadamente en las actividades cotidianas (bienestar físico y psicológico, actividad social y ocio) deriva en una satisfacción general (Varela, Cáceres, Correa y Holguín, 2005). La calidad de vida se caracteriza fundamentalmente por juicios de connotación subjetiva que el individuo hace en relación con la satisfacción de sus necesidades e incluye además, indicadores objetivos de carácter biológico, conductual y social (Fernández, 1994).

Los juicios de connotación subjetiva que los individuos hacen en cuanto a conductas relacionadas con la salud poseen una carga especial de control, por eso es trascendental establecer y desarrollar modelos preventivos que expliquen dicho comportamiento desde la psicología y propicien la modificación de repertorios conductuales que atentan contra la salud, como es el caso de la influencia que un individuo percibe tener cuando se relaciona en su ámbito.

Rotter (1975), propuso el concepto *locus de control* en el contexto de la teoría del aprendizaje social. Según este autor, la percepción de control está basada en la contingencia perfecta entre el comportamiento y su resultado, es decir, considera que el reforzamiento actúa confirmando una expectativa generada en el individuo de que dicho reforzamiento seguirá a una conducta en situaciones expectantes, de tal manera que cuando el reforzamiento es percibido como *no contingente* de la conducta no incrementará la expectativa, como sí sucederá cuando es percibido *contingente*, porque el individuo identifica una relación entre su conducta y la consecuencia (Eisenberg, 1994).

Al diferenciar la percepción contingencial del reforzamiento, Rotter desarrolló los conceptos de *Control Interno* y *Control Externo*. De tal manera que

cuando el reforzador es percibido no contingente sobre la acción ejecutada, entonces, de manera cultural es valorado como resultado de la suerte, el destino o el poder de otros y se le conoce como *Control Externo*. Cuando el sujeto percibe que el evento es contingente con su conducta entonces se tiene la certeza de un *Control Interno* (Rotter, 1966).

La trascendencia de este constructo teórico reside en que la persona se anticipa a una situación de acuerdo con las expectativas que se ha formado dependiendo de su historia y experiencias de reforzamiento, lo cual afecta de diversas formas su comportamiento. Dichas expectativas provocarán diferencias selectivas en su conducta, ante situaciones que culturalmente se definen como determinadas por la suerte versus determinadas por su habilidad (Eisenberg, 1994).

Con respecto a la importancia del medio ambiente como factor que favorece la baja percepción de control de cada persona (*locus de control externo*), Martinko y Gardner (1982) aducen que las condiciones imperantes cuando la conducta se enfrenta a constantes fracasos y castigos ocasionará que las personas adopten una actitud crónica pasiva e inmune a cambios positivos, llamada *inutilidad aprendida*. Sin embargo, la percepción del control personal parece no depender únicamente de la contingencia entre el comportamiento del sujeto, el resultado y el ambiente; implica también un conjunto de diversos factores cognitivos, motivacionales e incluso existenciales.

Algunos estudios señalan que los adolescentes y jóvenes universitarios a nivel mundial son una población vulnerable debido a sus comportamientos de riesgo para la salud (Arroyo, Rocandio, Ansostegui, Pascual, Salces y Rebato, 2006; Reig, Cabrero, Ferrer y Richart, 2001; Safarino, 2006), pero su percepción de calidad de vida es alta. Su estilo de vida aunado a la percepción de control los convierte en una población renuente a modificar las conductas de riesgo que practican, lo que a futuro favorecerá el desarrollo de enfermedades crónicas como las que describen al síndrome metabólico, que es una entidad clínica caracterizada por la asociación de varias enfermedades vinculadas fisiopatológicamente mediante la resistencia a la insulina e hiperinsulinemia, cuya

expresión clínica puede cambiar con el tiempo según la magnitud de la resistencia a la insulina. En etapa inicial se identifica por una serie de trastornos metabólicos que no cumplen con los criterios para definir la presencia de enfermedad (algunos marcadores tempranos), pero se traducen en la expresión clínica anticipada de los componentes del síndrome metabólico (Aresh, 2001 citado en González 2002).

La manifestación del síndrome metabólico tiene una variación fenotípica, puede declararse inicialmente con hipertensión u obesidad, en otros casos como alteración de la regulación de la glucosa o de los lípidos u otros trastornos. La asociación de hipertrigliceridemia y perímetro de la cintura (con un punto de corte de 102 cm en el hombre y de 88 cm en la mujer) puede identificar a los individuos portadores de una tríada metabólica: aterogénica–hiperinsulinemia en ayuno, aumento de apolipoproteína B y alto número de moléculas de LDL; lo que está asociado con un marcado incremento en el riesgo de enfermedad coronaria (WHO, 1997; Lean, 1995; Lean, 1998; Han, 1995; Despres, 2001 y Lemieux, 2000).

La investigación del síndrome metabólico en jóvenes latinoamericanos se inició debido a la alta incidencia de padecimientos precursores en esa población, en consecuencia se están impulsando criterios para diagnosticar, evaluar e intervenir integralmente (Bustos, Amigo, Arteaga, Acosta y Rona, 2003; De Aguiar, De Aguiar, Longo, Ferreira, Oliveira y Basile, 2009; Zimmet, Alberti, Kaufman, Tajima, Silink, Arslanian, Wong, Bennet, Shaw y Caprio, 2007; Caprio, S. 2006; Garcete, 2007; Pajuelo, Bernui, Nolberto, Peña y Zevillanos, 2007; Guerra, Aliaga, Rivas y Aguilera, 2009; Barrera, Pinilla, Cortés, Mora y Rodríguez, 2008; Pardo, Sánchez, González y González, 2008). Una conclusión que tienen en común algunos estudios realizados con jóvenes universitarios mexicanos (Rivera, Rascón y Remedios, 2008; Rodríguez, Ríos, Lozano y Álvarez, 2009) es preponderar la investigación multidisciplinaria básica y aplicada, para fundamentar iniciativas de evaluación e intervención que favorezcan conductas saludables (adecuado consumo calórico, actividad física habitual y concientización en el cuidado de la salud). Se espera que este esfuerzo redunde en una mejora de la calidad de vida de futuros profesionales.

Existen diversos modelos psicológicos que intentan dar sentido a los comportamientos relacionados con la salud y en consecuencia proponer tratamientos eficaces y eficientes dirigidos a desarrollar estilos de vida saludable en las personas. Uno de los modelos más empleados en la investigación, es el *Modelo Transteórico* de Prochaska y cols. (Prochaska, Redding y Evers, 2008), el cual explica que para llegar a la sustitución de conductas de riesgo por conductas promotoras de la salud, es necesario entender la transición como un proceso en donde la premisa es la *motivación al cambio* en las personas. Este esquema permite planear la intervención adecuada a las necesidades individuales, con base en una secuencia de etapas, procesos y principios abiertos al cambio; sin soslayar factores biológicos, sociales y psicológicos.

El *Modelo Transteórico* explica el cambio espontáneo o inducido en el comportamiento de los individuos según cuatro variables desde una dimensión temporal a partir de etapas, procesos, balance de decisión y auto-eficacia; que por separado interactúan entre sí para conseguir la conducta objetivo.

Identificar el estilo de vida y el locus de control de las personas que presentan conductas que ponen en riesgo su salud, permite ubicar la etapa en la que se encuentran. Situación que repercute en todos los ámbitos de acción para el adecuado diseño de intervención. Por lo tanto, la investigación y el tratamiento de enfermedades que potencialmente afectan la salud y por ende el rendimiento escolar de estudiantes de licenciatura, debe rescatar la participación de la conducta como factor determinante en un estilo de vida que facilita el origen de conductas que la ponen en riesgo y la promoción de conductas que la protejan. Asimismo, el trabajo del psicólogo estará centrado en su función como profesional dedicado a investigar el qué y cómo las variables psicológicas facilitan o dificultan la práctica de comportamientos instrumentales de riesgo, a fin de implementar programas exitosos de prevención de enfermedad y/o promoción de salud (Piña y Rivera, 2006).

El objetivo de este trabajo es describir el tipo de respuesta que reportó un grupo de estudiantes universitarios de áreas de la salud con indicadores de la triada metabólica detectados a partir de análisis de laboratorio y antropometría, a

la invitación para asistir a un programa que tenía como fin desarrollar estilos de vida saludable.

Método

Participantes

El grupo del estudio estuvo integrado por 34 estudiantes (6 hombres y 28 mujeres), con un intervalo de edad 17-26 años. El criterio de selección fue haber resultado con niveles que excedieran los rangos normales en al menos uno de tres analitos relacionados con el síndrome metabólico: Índice de masa corporal entre 33 y 40, triglicéridos con valor igual o mayor a 151 y glucosa en la sangre con nivel igual o superior a 127.

Procedimiento

Fase de evaluación

De una población de 2807 alumnos inscritos al primer semestre de licenciatura en disciplinas relacionadas con la salud, se invitó a participar en un proyecto de investigación multidisciplinaria a 1200 alumnos; a los 972 que aceptaron se les solicitó consentimiento informado por escrito y se les citó en las instalaciones de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), para obtener información relacionada con indicadores de interés para el presente trabajo (datos generales, medidas antropométricas, una muestra de sangre y una muestra de orina). La evaluación se realizó durante la primera semana de clases del semestre 2008-1.

Fase de acopio y análisis de información.

Las muestras de sangre fueron obtenidas por medio de la técnica vacutainer y analizadas por un laboratorio de referencia internacional (CARPERMOR), que entregó el resultado de los 972 casos concentrados en archivo electrónico e igual número de reportes individuales en versión impresa. Medidas antropométricas y datos de identificación, fueron recopilados en formato de papel y vaciados a bases de Excel. Posteriormente, toda la información en versión digital, fue concentrada para análisis con el sistema SPSS.

Los reportes individuales en versión impresa fueron entregados personalmente a cada alumno por participantes médicos (docentes y pasantes de la carrera de Medicina de la FESI) que les explicaron el resultado de sus análisis, dieron tratamiento médico y canalizaron a consulta hospitalaria casos que así lo ameritaron.

Concentrados los datos, se identificó a 34 alumnos que por sus resultados en relación con marcadores de síndrome metabólico, requerían de evaluación y seguimiento psicológico para desarrollo de estrategias de afrontamiento, adherencia terapéutica y modificación de estilos de vida.

Fase de convocatoria para tratamiento psicológico

Una vez que se recuperaron los datos personales de los alumnos detectados, se implementó un primer acercamiento con invitación entregada simultáneamente mediante contacto personal en el aula destinada al grupo en el que se había registrado la inscripción del alumno y vía correo electrónico; así como en un segundo momento vía telefónica, para quienes no se localizó personalmente (en caso del contacto telefónico se sugirió revisar el buzón electrónico). El contenido de la invitación era información impresa del día y hora en la que tendría lugar una reunión grupal informativa que pretendía lograr cuatro objetivos:

1. Proporcionar resultados a nivel generacional de los análisis de laboratorio.
2. Dar a conocer objetivos y descripción de intervención psicológica.
3. Presentar a los psicólogos que estarían como responsables del tratamiento individual.
4. Definir horario, lugar y fecha de las sesiones subsecuentes.

Fase de categorización de las respuestas.

A partir de las características de cada una de las etapas de cambio propuestas por Prochaska y Cols. (2008), se definieron las siguientes categorías

mediante las cuales se clasificaron los reportes verbales de los alumnos convocados, dichos reportes fueron recuperados de los dos momentos de contacto y empatados con su asistencia e inasistencia a la reunión informativa (ver figura 2).

Etapa	Características	Respuesta	Asistencia
Pre-contemplación	Sujetos que no están suficientemente informados acerca de las consecuencias de su conducta, han intentado cambiar algunas veces y se frustraron con los resultados, evitan leer, hablar o pensar acerca de sus conductas de alto riesgo; además se caracterizan por ser resistentes, no-motivados o no listos para terapia.	<i>"Nos vemos el día de la reunión", "Ahí estaré gracias", "Sí, muchas gracias, yo llegó a la plática" y "...mmm... gracias".</i>	No asistieron
Contemplación	Individuos que están más al tanto de los pros y contras de su cambio conductual y les produce un profundo sentimiento de ambivalencia, manteniéndoles atascados en la contemplación por largos períodos de tiempo, además de que no están listos para incorporarse a programas tradicionales de acción inmediata.	<i>"sí me interesa pero tengo que ir a clínica y no puedo faltar", "no tengo tiempo de tomar la terapia" y "por el momento no puedo, estoy en departamentales"; "¿podiera ser en la tarde? Porque tengo clases toda la mañana" y "¿hay en otros horarios?"; "ya me di de baja" (temporal o definitiva).</i>	No asistieron
Preparación	Personas que planean cambiar su conducta durante los siguientes seis meses, han dado algunos pasos de cambio en el último año y son más accesibles a planes inmediatos de acción.	<i>"como caído del cielo" y "ahora que me dan mis resultados, quisiera que me apoyarán, hoy ya no tomo las pastillas que estaba tomando y me siento mal".</i>	Sí asistieron
Acción	Aquellos que han hecho cambios específicos en su estilo de vida en los últimos seis meses.	-----	-----
Mantenimiento	Personas que han logrado un cambio abiertamente en su estilo de vida y están	-----	-----

	trabajando en prevenir una recaída.		
Terminación	Sujetos con ninguna tentación y con 100% de auto eficacia, seguros de que ningún estado emocional les hará recaer en sus conductas de riesgo.	-----	-----

Fig.2: Categorización de acuerdo a las características de cada etapa.

Cabe recordar que todos los alumnos convocados habían recibido el resultado de sus análisis de laboratorio seis meses antes por parte de personal médico del proyecto y sabían de la necesidad de cambios en su estilo de vida.

RESULTADOS

Los datos que se presentan corresponden a 34 alumnos a quienes se les detectó alteración en la salud relacionada con síndrome metabólico, mediante exámenes de laboratorio (química sanguínea, biometría hemática y examen general de orina) y antropometría.

Del total de alumnos se distinguieron inicialmente dos grupos: *No Contactados* y *Contactados*. En la categoría *No Contactados* se ubicó a 17 alumnos (50%) que no fueron localizados debido a la inconsistencia de sus datos (teléfono, domicilio, número de cuenta, etc.), a causa de omisión/sustitución por parte del alumno. A los restantes 17 alumnos (50%) se les ubicó en la categoría *Contactados* (ver figura 3).

CATEGORÍA	Etapa de cambio	Tipo de Respuesta	Núm. Alumnos	%	
NO CONTACTADOS	----	----	17	50%	
	Contemplación	Pre-contemplación	Omisión de justificación	11	32.35%
			Saturación académica	3	8.82%
			Baja de matrícula	1	2.94%
CONTACTADOS	Preparación	----	2	5.88%	
	Acción	----	----	----	
	Mantenimiento	----	----	----	
	Terminación	----	----	----	
	TOTALES			34	100%

Fig. 3: Muestra las divisiones del grupo de estudio de acuerdo al tipo de respuestas que cada alumno dio a la convocatoria, la categorización y sub-categorización en grupos de interés.

De acuerdo con el objetivo del presente trabajo, la descripción se enfocará exclusivamente al grupo de alumnos contactados 17 (100%), de quienes se hizo una segunda división en función de su respuesta a la convocatoria, misma que permite ubicarlos de acuerdo con el *Modelo Transteórico* (Prochaska y Cols., 2008) en diferentes etapas de cambio:

- 1) *Pre-contemplación*: Once alumnos (65%) que recibieron la invitación en cualquiera de los momentos de contacto y no asistieron a la junta informativa (ver figura 4).
- 2) *Contemplación*: Cuatro alumnos (23%) que al momento del contacto mencionaron que estaban interesados pero que no asistirían a la junta informativa, con tres sub-categorías de respuesta de declinación al servicio: Omisión de justificación, Justificación por saturación académica y Baja de matrícula (ver figura 4).

- 3) *Preparación*: Dos alumnos (12%) que fueron contactados, asistieron a la junta informativa y aceptaron recibir el tratamiento al establecer el compromiso de definir fecha y hora para asistir a tratamiento psicológico. Ambos fueron alumnas de la carrera de Biología.
- 4) *Acción*: Ningún alumno.
- 5) *Mantenimiento*: Ningún alumno.
- 6) *Terminación*: Ningún alumno.

ETAPA DE CAMBIO	TIPO DE DECLINACIÓN	NO. ALUMNOS	OPTOMETRÍA	ODONTOLOGÍA	PSICOLOGÍA	BIOLOGÍA	MEDICINA	ENFERMERÍA
Pre Contemplación	Omisión de justificación	11	2	--	2	1	4	2
Contemplación	Saturación académica	3	--	2	--	--	1	--
	Baja de Matricula	1	--	1	--	--	--	--
TOTAL		15	2	3	2	1	5	2

Fig. 4. Categorización de respuestas negativas por carrera

En la figura cuatro se observa la descripción de alumnos contactados que se ubicaron en fases de Precontemplación y Contemplación, por carrera. Hay que recordar que en ambos casos los alumnos rechazaron la atención psicológica sin explicación de motivos (precontemplación) ó aludiendo alguna justificación (contemplación). Es importante destacar que a pesar de tener conocimiento de su estado de salud, ninguno de estos alumnos (15 en total) reportó estar realizando actividad física, seguimiento médico o inicio de dieta supervisada por un profesional.

CONCLUSIONES

Investigaciones con jóvenes dirigidas a conocer su grado de percepción de control en salud, sugieren que este grupo cuenta ya con el desarrollo psicológico y social para llevar a cabo comportamientos a partir del *Control Interno* (porque alcanzaron desarrollo integral) sin embargo incrementa su *Control Externo* (atribuido al *azar y otros con poder*), aún informados de las consecuencias de practicar conductas de

riesgo. Dicho fenómeno se presenta también entre poblaciones de sanos versus enfermos, estos últimos reportan niveles más altos de *Control Externo* (*azar y otros*) a diferencia de los sanos (Zdanowicz, Janne y Reynaert, 2003; Zdanowicz, Janne y Reynaert, 2004; Zdanowicz, Pascal y Reynaert, 2004). De tal forma que los alumnos con algún tipo de alteración en salud esperan más de los demás o del azar para que se modifique su condición y creen tener menor capacidad para enfrentar y superar esta condición de salud. El *Control Externo* característico de esta población facilita el desarrollo y mantenimiento de conductas de riesgo para la salud, situación que debilita la probabilidad de fortalecer su *Control Interno*; lo que conlleva a que se incremente el riesgo a desarrollar más fácilmente enfermedades crónico-degenerativas y en consecuencia deterioro de la salud.

Otro factor que interviene en esta baja percepción de *Control Interno* es la *inutilidad aprendida*, situación que viven los jóvenes después de uno o varios intentos infructuosos de modificar sus prácticas de riesgo (adoptar programas de ejercicio, someterse a una dieta, adherencia terapéutica, etc.), lo que deriva en una percepción de que los esfuerzos invertidos no valen la pena, que los resultados no fueron los deseados e inclusive que la valoración de pares o familiares es aversiva y por lo tanto es probable que desarrollen una actitud apática. Se puede interpretar que los estudiantes participantes están en una situación de *Control Interno* bajo debido a que sus respuestas declinantes no se relacionan exactamente con *Control Externo*, sin embargo al momento de la invitación y ya informados de su condición, dieron menor prioridad a participar activamente en el cuidado de su salud y evitaron asistir a la reunión o rechazaron el tratamiento con argumento de otras actividades, muestra de que la responsabilidad de su salud efectivamente ha dejado de recaer en sus padres pero tampoco ellos la asumen; el *locus de control* y la motivación al cambio pueden estar actuando de tal forma que los factores cognitivo-conductuales se desempeñen en lo individual o en conjunto, de la siguiente forma:

- a. Los universitarios no están adecuadamente informados y por tanto concientizados acerca de las consecuencias de mantener las conductas de riesgo.

- b. Son usuarios *resistentes al cambio* o *no-motivados*.
- c. Su percepción de *Control Interno* se ha debilitado a tal grado que se aproxima a la *inutilidad aprendida*.

En los tres casos la conducta se ajusta a las condiciones cognitivas y conductuales propuestas por Prochaska y Cols. (2008) en el *Modelo Transteórico*, lo que ubica sus respuestas como *pre-contemplantes* y *contemplantes* (ver figura 2).

Es relevante reflexionar que tres (8.82%) de los alumnos contactados declinaron la oferta del servicio psicológico atribuyéndolo a la *saturación académica*, muestra de que para ellos es posible acceder al servicio si se ofreciere en horarios diferentes a su turno escolar, para que pudiesen transitar de la etapa de *Contemplación* a la de *Preparación* y a su vez a la *Acción* y por tanto modificar su estilo de vida. Con acciones como ésta, el entorno se estaría ajustando para facilitar la transición de una etapa a otra.

De los resultados obtenidos se concluye que los alumnos cuentan con información insuficiente acerca de su estado de salud presente y consecuencias futuras, repercusiones de las conductas de riesgo que actualmente poseen y beneficios de contar con repertorios conductuales que favorezcan su estilo de vida; por lo que manifiestan un *Control Interno* limitado para iniciar un papel activo en su cuidado caracterizado por:

a) la falta de interés para asumir conductas protectoras de salud, primero en el plano personal, que cobra mayor importancia debido a la formación como profesionales promotores de la salud,

b) anteponer los resultados académicos al bienestar general y por tanto ubicarse en los niveles de pre-contemplación y contemplación de acuerdo con Prochaska, donde se pueden quedar indefinidamente si no se implementan convocatorias efectivas de motivación al cambio a través del estudio de estas variables.

La ausencia de alumnos en las etapas acción, terminación y mantenimiento del *Modelo Transteórico* muestra la nula motivación al cambio aún con conocimiento del riesgo, lo que a su vez impulsa la investigación para conocer cómo actúan los factores que reducen la probabilidad de acción para sobreponerse a la enfermedad.

Universitarios con indicadores de riesgo informados de su estado de salud y con necesidad de intervención médico-psicológica, declinaron el servicio. La idea que quizá media este tipo de elección es la creencia de que su cuerpo y estado de salud son un *recurso renovable* y por tanto deciden “gastarlo” sin considerar el impacto a futuro de sus conductas de riesgo en el presente.

Cabe señalar que las dos alumnas que asistieron al tratamiento lo concluyeron satisfactoriamente y manifestaron manejo adecuado del estrés, mejoramiento del auto-concepto, fortalecimiento de habilidades de afrontamiento, resolución de conflictos y toma de decisiones; lo cual permitió que el estilo de vida de las alumnas se modificara y ellas reportaran satisfacción de la intervención y *Control Interno* fortalecido. Hubo seguimiento por parte del equipo de trabajo y se verificó el mantenimiento del bienestar de las participantes.

Por tanto si no hay una propuesta basada en investigación de variables psicológicas participantes, se continuará observando un impacto deficiente de convocatorias promotoras de estilos de vida protectores de la salud, lo que repercutirá en la inadecuada e incongruente formación de estudiantes como futuros promotores de la salud. De tal forma que conocer, experimentar y valorar los beneficios de modificar el estilo de vida, permitirá que los universitarios transiten entre etapas; es decir, una vez ubicados en alguna etapa de cambio es necesario realizar el ajuste de los elementos componentes en la estructura del mensaje para persuadir al cambio conductual de protección a la salud a través de modificar las valoraciones cognitivas de control, concientización y sensibilización. Es pertinente emplear los diferentes constructos del *Modelo Transteórico* para alentar a la transición de etapas y hacer especial énfasis en favorecer el *Control*

Interno para que los elementos en conjunto actúen como motivadores al cambio al enfatizar los beneficios para modificar el estilo de vida.

Dentro de la planificación de este tipo de programas es importante considerar la estructura académico-administrativa de la Facultad, con el objeto de no competir con los horarios de clases, prácticas profesionales y servicio social así como respetar la estructura curricular y brindarles atención en tiempo, espacio y forma. A su vez, es pertinente realizar investigación de estrategias efectivas de comunicación masiva para mejorar el uso e impacto de los recursos con el fin de contactar, sensibilizar y consolidar el *Control Interno* de los alumnos para que incorporen en programas que promuevan estilos de vida saludable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aresh, J.A. (2001) The Metabolic Syndrome and Vascular Disease. Diabetes and Cardiovascular Disease. En González, C.A. (2002) Consenso mexicano sobre el tratamiento Integral del Síndrome Metabólico. **Revista Mexicana de Cardiología**, **13**, 4-30.
- Arroyo I., M.; Rocandio P., A.M.; Ansostegui A., L.; Pascual A., E.; Salces B., I. y Rebato O., E. (2006) Calidad de dieta, sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios. **Nutrición Hospitalaria**, **21**, 673-679.
- Barrera, M., Pinilla, A., Cortés, E., Mora, G. y Rodríguez, M. (2008) Síndrome metabólico: una mirada interdisciplinaria. **Revista Colombiana de Cardiología**, **15** (3) 111-126.
- Bustos, P., Amigo, H., Arteaga, A., Acosta, A. y Rona, R. (2003) Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en adultos jóvenes. **Rev. Med. Chile**, **131**, 973-980.
- Caprio, S. (2006) Obesidad y síndrome metabólico en los jóvenes. **Diabetes Voice**, **51**, 37-39.
- De Aguiar, J., De Aguiar M., Longo, G., Ferreira, R. , Oliveira, S. y Basile, F. (2009) Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) I

Congreso Español de Sociología de la Alimentación, Gijón. Recuperado del Portal Estilo de Vida Saludable www.saude.br.

Despres, J. (2001) Treatment of Obesity: need to focus on high risk abdominally obese patients. **BMJ**, **322**, 716-720.

Eisenberg, A. (1994) Influencia de la familia de origen en la orientación al logro y el locus de control. *Tesis de Maestría en Psicología inédita*. UNAM. México DF, México.

Fernández, R. (1994) *Evaluación conductual hoy: Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Garcete, L. (2007) Prácticas alimentarias en la infancia y adolescencia Un desafío del mundo globalizado (Asunción). **Pediatría**, **34**, 1, 7-8.

Góngora, E. y Reyes, I. (2000) El enfrentamiento a los problemas y el locus de control. **La Psicología social en México**, **8**, 165-172.

Guerra, S., Aliaga, C., Rivas, O. y Aguilera, W. (2009) Síndrome Metabólico y Factores de Riesgo asociados al Consumo de Alimentos en Adolescentes de Caracas, 2007 – 2008. **Rev. Soc. Med. Quir. Hosp. Emerg. Perez de Leon**, **40**, 1, 37-46.

Han, T.S. (1995) Circumference Action levels in the Identification of cardiovascular risk factors: prevalence study in a random sample. **BMJ**, **311**, 1401-1405.

Lean, M. (1995) Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. **BMJ**, **311**, 158-161.

Lean, M. (1998) Impairment of Health and Quality of Life in People with Large waist Circumference. **Lancet**, **311**, 853-856.

Lefourt, H.M. (1984) Research with the locus of control construct (vol. 3): Extensions and imitations. Orlando, USA: Academic Press.

Lemieux, I. (2000) Hipertriglycerinemic Waist. A marker of the atherogenic metabolic triad. **Circulation**, **102**, 179-184.

Martinko, M.J. y Gardner, W.I. (1982) Learned helplessness: An alternative explanation for performance deficits. **Academy of Management Review**, **7**, 195-204.

Meda, L., De Santos, A.F., Lara, G. B., Verdugo, L., Palomeras, C.A. y Valadez, S. (2008) Evaluación de la percepción de calidad de vida y el estilo de vida en estudiantes desde el contexto de Universidades Promotoras de la Salud. **Revista de Educación y Desarrollo**, **8**, 5-16.

- Nehemia, F., Giora, K. y Yechiela, R. (1992) Controlling the uncontrollable: Effects of stress on illusory receptions of controllability. ***Journal of Personality and Social Psychology***, **63**, 923-931.
- Pajuelo, J., Bernui, I., Nolberto, V., Peña, A. y Zevillanos, L. (2007) Síndrome metabólico en adolescentes con sobrepeso y obesidad. ***Anales de la Facultad de Medicina***, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, **68**, 2, 143-149.
- Pardo, M., Sánchez, R., González, M. y González, A. (2008) Valoración a medio plazo de la intervención en fase i de prevención y rehabilitación cardíaca en pacientes isquémicos obesos. ***Enfermería en Cardiología***, **44**, 2, 46-54.
- Piña, J. y Rivera, B. (2006) Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. ***Universitas Psychological***, **5**, 669-680 [online].
- Prochaska, J.O.; Redding, C.O. y Evers, K.E. (2008) The transtheoretical model and stages of change. En K. Glanz, B.K. Rimer, K. Viswanath (Eds.). ***Health Behavior and Health Education. Theory, research and practice*** (pp. 97-122). San Francisco California, EE.UU: Jossey-Bass
- Reig, F.A., Cabrero, G.I., Ferrer, C.R. y Richart, M.M. (2001) La calidad de vida y el estado de salud de estudiantes universitarios. Alicante 1ª ed. Publicaciones de la Universidad de Alicante.
- Rivera, I.B., Rascón, P.R. y Remedios, O.M. (2008) Predictores de comportamientos de prevención relacionados con la diabetes tipo 2 en Estudiantes Universitarios Mexicanos. ***Psicología y Salud***, **18**, 91-97.
- Rodríguez, N.Y., Ríos, M.R., Lozano, L.R. y Álvarez, M.A. (2009) Percepción De Jóvenes Universitarios Respecto A Su Salud: Conductas Y Contexto De Riesgo. ***Enseñanza e Investigación en Psicología***, **14**, 245-260.
- Rotter, J. (1966) Generalized expectancies for internal versus external control reinforcement. ***Psychological Monographs: General and Applied***, **80**, 1-26.
- Rotter, J. (1975) Some problems and misconceptions related to the construct of internal and external control reinforcement. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology***, **43**, 56-67.
- Safarino, E.P. (2006) Health Psychology. ***Biopsycosocial interactions***. United States of America: Wiley 5ta ed.

Tavera, J. (1994) Estilos de Vida, factores de riesgo y enfermedades crónicas no transmisibles. Promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.

Valera, A., Avirrallaga, Q., Cáceres de R., D.E., Correa, S. y Holguín, P. (2005) Efectos benéficos de la modificación del estilo de vida en la presión arterial y la calidad de vida en pacientes con hipertensión. **Acta Colombiana de Psicología**, **14**, 69-85.

WHO (1997) Consultation on Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Geneva: *World health Organization*. pp. 3-22.

Zimmet, P., Alberti, G., Kaufman, F., Tajima, N., Silink, M., Arslanian, S., Wong, G., Bennet, P., Shaw, J. y Caprio, S. (2007) El síndrome metabólico en niños y adolescentes: el consenso de la FID. **Diabetes Voice**, **52**, 4, 29-32.