

**Validación del contenido de un programa de intervención en salud generado por IA,
fundamentado en el modelo biopsicosocial y el modelo salutogénico**

Daniela Arévalo Suárez

Christian Bejarano Molano

Yoanna García Palencia

Andrea Paola Pinilla Almanza

María Alejandra Suárez Becerra

Especialización en Psicología Clínica

Fundación Universitaria Sanitas

Presentación de Tesis

Profesora: Nidia Yineth Preciado

MG. Psicóloga Clínica y de la Salud

Tabla de contenido**Tabla de contenido**

Introducción.....	3
Justificación	4
Planteamiento del problema.....	8
Objetivos.....	10
Marco teórico	11
Estado del Arte.....	28
Método de Investigación.....	36
Consideraciones éticas	44
Resultados	46
Discusión	63
Conclusiones	66
Recomendaciones	68
Referencias	69

Introducción

La salud de los estudiantes universitarios se ve afectada por desigualdades en el acceso a servicios complementarios en salud, hábitos de vida poco saludables y la falta de programas efectivos que respondan a sus necesidades reales. Esta población, en plena transición entre la adolescencia y la adultez, enfrenta múltiples presiones que impactan directamente su bienestar integral (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2025). En Colombia, estudios recientes evidencian que menos del 40 % de los universitarios mantiene estilos de vida saludables, a pesar de reconocer su importancia (Vargas Rodríguez et al., 2024). Esta brecha entre conocimiento y acción refleja la insuficiencia de estrategias que vayan más allá de brindar tratamiento y prevención de la enfermedad; así como del reconocimiento de los determinantes biopsicosociales de la salud.

Aunque los modelos biopsicosocial (Engel, 1977) y salutogénico (Antonovsky, 1996) ofrecen marcos teóricos sólidos para comprender y promover la salud desde una perspectiva integral, su aplicación en entornos digitales ha sido poco frecuente. Muchas iniciativas universitarias aún operan desde una lógica centrada en la prevención de riesgos, sin integrar de forma coherente los principios que sustentan un bienestar autónomo y sostenible (Duarte, 2015; Barilla, 2024).

En el contexto mundial actual, la Inteligencia Artificial (IA) representa una oportunidad estratégica para superar las limitaciones de los programas tradicionales. Su capacidad para ofrecer intervenciones personalizadas, empáticas, disponibles y adaptables al contexto del usuario la convierte en una herramienta prometedora para la promoción de la salud (Yousefi et al., 2025; Aggarwal et al., 2023). No obstante, en las universidades colombianas, su uso sigue siendo incipiente y fragmentado, con escasa articulación entre innovación tecnológica y fundamentos teóricos en psicología de la salud.

Por ello, surge la necesidad de validar un programa de intervención en salud asistido por IA, fundamentado explícitamente en los modelos biopsicosocial y salutogénico, que no solo informe, sino que acompañe a los estudiantes en la construcción significativa de su bienestar, calidad de vida y hábitos saludables, de manera accesible, ética y teóricamente rigurosa.

Justificación

La presente investigación surge de la necesidad urgente de cómo intervenir en el bienestar, la calidad de vida y los hábitos saludables de una población de estudiantes universitarios, a partir de un programa de intervención en salud creado por la IA; siendo esta población un grupo que enfrenta desafíos particulares derivados de la transición entre la adolescencia y la adultez; según la OPS (2025), cerca del 29,3% de las personas en América Latina no acceden a servicios de salud cuando lo requieren, debido a barreras financieras, organizativas o culturales; estas cifras reflejan inequidades estructurales que también se reproducen en los contextos educativos, donde las universidades constituyen entornos privilegiados para la promoción de la salud, pero aún presentan brechas significativas en el diseño e implementación de estrategias sostenibles y accesibles.

En el contexto colombiano, los estudios recientes de Vargas Rodríguez et al. (2024) muestran que solo el 38,7% de los estudiantes universitarios mantienen estilos de vida saludables, evidenciando una distancia crítica entre el conocimiento sobre el autocuidado y su práctica efectiva, en donde factores como la presión académica, los hábitos alimentarios inadecuados, el sedentarismo, consumo de alcohol y consumo de sustancias psicoactivas, configuran un panorama preocupante para la salud integral de los jóvenes.

A pesar de lo expuesto anteriormente, los programas que se han desarrollado en Colombia para el cuidado y fomento de la salud en población universitaria carecen de

replicabilidad real y actual, adicional carecen de la posibilidad de adaptación a las necesidades individuales de la población (Manubens, et al., 2024).

Para el programa de intervención mencionado anteriormente el enfoque se centra en el modelo biopsicosocial de Engel (1977) que permite comprender la salud como el resultado de la interacción dinámica entre los factores biológicos, psicológicos y sociales; y el modelo salutogénico de Antonovsky (1996) que orienta la acción hacia el fortalecimiento de los recursos internos que posibilitan el afrontamiento y el bienestar. Ambos enfoques resultan especialmente adecuados para abordar las necesidades del entorno universitario, al promover una visión integral y preventiva de la salud.

La incursión de la IA en el campo de la salud amplía las oportunidades para diseñar programas personalizados, interactivos y basados en evidencia. Según Yousefi et al. (2025), las intervenciones digitales apoyadas en IA han demostrado mejorar los hábitos saludables y el bienestar emocional mediante la retroalimentación en tiempo real y la personalización de los contenidos; sin embargo, en Colombia su aplicación en contextos universitarios se encuentra en una fase incipiente, limitada a proyectos piloto o complementarios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023). Esta brecha tecnológica y teórica justifica el desarrollo de un programa de intervención en salud generado por IA, adaptado al contexto académico y sustentado en los principios del modelo biopsicosocial y salutogénico.

Para dicho programa la selección del modelo de lenguaje es clave para el éxito de una intervención en salud con IA. La elección de Chat GPT como modelo de lenguaje subyacente se fundamenta en su desempeño validado, versatilidad y equilibrio entre rendimiento técnico y accesibilidad, especialmente en contextos relacionados con la salud. Según una revisión sistemática reciente que analizó 330 modelos de lenguaje grande (LLMs) en tareas clínicas, Chat GPT fue el modelo más ampliamente aplicado (71 % de las subtarefas evaluadas) y el de

mejor desempeño en más de la mitad de ellas, superando consistentemente a otros LLMs generales y especializados (Li, Fu & Python, 2025).

Esta superioridad no se limita a tareas diagnósticas o técnicas. Estudios han demostrado que Chat GPT alcanza niveles de precisión médica comparables e incluso superiores a los de expertos humanos en la entrega de consejería de salud general. En un análisis comparativo con médicos en Corea del Sur, Chat GPT mostró mayor proporción de respuestas con alta precisión médica y menor incidencia de errores graves, además de ofrecer mejora técnica y teórica continua; así como retroalimentación más completa y estructurada, con un estilo conversacional que mejora la comprensión empática del usuario (Jo et al., F2024).

Además, Chat GPT ha demostrado capacidad para razonamiento clínico complejo. En evaluaciones estandarizadas como el USMLE (United States Medical Licensing Examination), la versión más actualizada de Chat GPT para el momento, superó el umbral de aprobación, evidenciando comprensión profunda, razonamiento causal y capacidad de síntesis de información biomédica. Este LLM no requiere acceso a datos clínicos sensibles ni fine-tuning técnico complejo, a diferencia de modelos especializados como Med-PaLM o ClinicalBERT (Kung et al., 2023).

Lo anterior, hace ideal a esta IA para contextos no clínicos, como la promoción de la salud universitaria, donde el objetivo no es diagnosticar, sino psicoeducar, motivar, fortalecer recursos personales y acompañar en la construcción de hábitos saludables desde marcos teóricos sólidos (biopsicosocial y salutogénico). Su capacidad de personalización mediante prompt engineering permite alinear sus respuestas con principios éticos, empáticos y centrados en el bienestar, sin comprometer la privacidad ni la seguridad de los usuarios. Por estas razones, Chat GPT-5 (o su versión más reciente) representa la opción más robusta, ética

y funcional para el desarrollo de un programa de intervención en salud asistido por IA en el ámbito universitario.

En el caso puntual de Colombia, el país muestra avances significativos en la integración de la IA y Chatbots especializados al sector salud, principalmente en proyectos de monitoreo, diagnóstico automatizado y gestión de datos. No obstante, la mayoría de estos esfuerzos aún carecen de evaluaciones científicas publicadas que sustenten su impacto en la salud pública, lo cual resalta la necesidad de fortalecer los marcos regulatorios, la evidencia empírica y la infraestructura tecnológica que sustente su expansión a nivel nacional (Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, 2024; OPS, 2023).

Por lo tanto, la presente investigación es pertinente tanto en el plano científico como avance en la innovación y generación de nuevos aprendizajes, así como, en el impacto social y la transformación que se puede generar en la comunidad que se beneficie; en el primero, porque integra dos modelos teóricos consolidados con herramientas de IA generativa, contribuyendo al avance de la psicología de la Salud para el en el ámbito digital y de la educación superior; en el segundo, porque ofrece una respuesta práctica y moderna a una problemática creciente entre los universitarios como una comunidad vulnerable y de alto impacto en la sociedad actual, puntualmente en el deterioro del bienestar emocional y los estilos de vida no saludables. Además, el proyecto se alinea con las políticas nacionales de transformación digital del sector salud (MinTIC, 2025) y con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS 3: Salud y bienestar), al promover soluciones tecnológicas que potencien la salud y la calidad de vida de los jóvenes.

En síntesis, la investigación responde a una necesidad social verificable, a una oportunidad tecnológica emergente y a un vacío teórico-práctico identificado en la literatura,

lo que la hace necesaria, pertinente y de alto valor académico y comunitario para el fortalecimiento del bienestar universitario desde una perspectiva integral e innovadora.

Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025), la salud se define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Este concepto es considerado por la organización como una condición esencial para la promoción de la paz y la seguridad en los territorios, sustentada en la cooperación entre las personas y los gobiernos, cuyos esfuerzos conjuntos resultan fundamentales para alcanzar dicho estado. Este organismo advierte también que la desigualdad en el fomento de la salud constituye un riesgo común que afecta a numerosos países, y subraya la necesidad de garantizar una adecuada extensión de los beneficios médicos, psicológicos y afines a todas las poblaciones, con el fin de alcanzar niveles óptimos de salud universal (OMS, 2025).

En concordancia, la OPS (2025) enfatiza la importancia de garantizar el acceso universal a la salud, promoviendo un enfoque multisectorial que permita abordar los determinantes sociales asociados. Asimismo, subraya la necesidad de implementar políticas públicas coherentes con dicho propósito, reconociendo que la cobertura universal constituye un pilar fundamental para asegurar un acceso equitativo, oportuno y efectivo. No obstante, persisten desafíos significativos en la región de América, donde según datos de la OPS: en promedio, cerca de una tercera parte de las personas (29,3%) reportaron no haber buscado atención en salud cuando la necesitaron, debido a diversas barreras de acceso. Entre quienes no buscaron atención, el 17,2% señaló obstáculos organizativos, como largos tiempos de espera o requisitos administrativos complejos, el 15,1% reportó limitaciones financieras, el 8,4% la falta de disponibilidad de recursos (como personal médico o medicamentos), y el 5,4% mencionó dificultades geográficas. Además, el 8,0% atribuyó su decisión a barreras de

aceptabilidad, relacionadas con aspectos culturales, lingüísticos o experiencias negativas con el personal de salud. Estas barreras afectan con mayor intensidad a las personas en condiciones socioeconómicas más vulnerables, lo que evidencia una desigualdad persistente en el acceso equitativo a los servicios sanitarios (OPS, 2025).

Al respecto de la investigación en salud, en los últimos años se ha notado un incremento importante en el estudio de diversos factores alrededor de la población universitaria, esto debido a que esta etapa vital representa y se ve atravesada por un periodo de transición entre la adolescencia y la adultez. A lo largo de este tiempo, se evidencian transformaciones a nivel emocional, físico y del entorno, las cuales influyen de manera significativa en el desarrollo de nuevas percepciones y convicciones respecto a la salud, las cuales en ocasiones se traducen en acciones insanas (Faílde et al., 2019).

Por lo anterior se postula que, para llegar a la efectividad de una intervención en promoción de la salud, debe estar sólidamente anclada en marcos teóricos específicos, como el modelo biopsicosocial, el cual reconoce que la salud es el resultado de la interconexión entre elementos biológicos, psicológicos y sociales (Engel, 1977) abonando una mirada dinámica y multideterminada al constructo de la salud. De igual modo, debe incorporar el modelo salutogénico, centrado en el estudio de cómo se genera la salud y en potenciar los recursos que impulsan a las personas hacia el bienestar (Antonovsky, 1996), distanciando las acciones de la perspectiva unidimensional del antagonismo con la enfermedad, y considerando el potencial humano como una oportunidad de transformación, a pesar incluso de la presencia de alteraciones en la dimensión orgánica o mental.

Ahora bien, la complejidad de estos modelos ha generado una dificultad en su aplicación digital, debido a que los requerimientos no siempre se traducen de forma coherente en intervenciones automatizadas o estandarizadas. En muchos casos, los programas digitales

de promoción de la salud han simplificado estos marcos hasta reducirlos a listas de hábitos aislados, ignorando el entramado contextual que los sustenta; lo cual conlleva una pérdida tanto de coherencia teórica como de efectividad esperada. Por esta razón, la IA se presenta como el recurso clave para mitigar esta problemática, esto debido a que permite superar las restricciones tradicionales, facilitando la implementación de características cruciales como la personalización y subjetividad, la disponibilidad constante y la provisión de respuesta en tiempo real (Schmid & Kurpicz, 2022).

Es así como se hace evidente esta brecha entre la necesidad urgente y la disponibilidad de recursos eficaces y discretos para el desarrollo de un programa de intervención en salud para la promoción de la salud asistido por IA, enfocado desde la perspectiva del modelo salutogénico y diseñado para ofrecer una alternativa de intervención moderna y accesible a la población estudiada.

Dado lo anterior, la presente investigación tiene como principal interrogante el ¿Cómo se puede validar el contenido de un programa de intervención en salud generado por IA, para la promoción de la salud en jóvenes universitarios, fundamentado en los modelos biopsicosocial y salutogénico, a través de la revisión por jueces expertos?

Objetivos

Objetivo General

Validar el contenido de un programa de intervención generado por IA, que se fundamente en el modelo biopsicosocial y el modelo salutogénico, para la promoción de la salud en jóvenes, estudiantes de psicología de la Fundación Universitaria Sanitas.

Objetivos Específicos

- Establecer el diseño, contenido y la estructura del programa de intervención en salud, integrando los constructos teóricos de bienestar, calidad de vida y hábitos saludables desde los modelos biopsicosocial y salutogénico; a través del uso de la IA Generativa Chat GPT-5 (o su versión más reciente).
- Determinar los criterios de validación y el instrumento de evaluación para los jueces expertos, incluyendo las dimensiones de suficiencia, claridad, relevancia y coherencia teórica del contenido generado por la IA.

Marco teórico

Perspectiva de la Promoción de la salud

Históricamente, los modelos en salud han operado bajo un enfoque predominantemente biomédico, centrado en la detección, tratamiento y cura de enfermedades. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (2025) redefine el concepto de la salud no como la mera ausencia de afecciones, sino como un estado de completo bienestar físico, mental y social, lo que exige un giro paradigmático y pragmático hacia la promoción activa de la salud y la prevención integral. Este enfoque, reforzado por la OPS (2025), reconoce que el acceso equitativo a la salud debe contemplar un abordaje sistémico. En este contexto, la promoción de la salud deja de ser un complemento y se convierte en un eje central de las políticas públicas, orientado a potenciar la salud de la comunidad a través de herramientas modernas como la IA que permiten sistematizar, personalizar y combatir las barreras que limitan el acceso (Li, Fu & Python, 2025).

Asimismo, la reciente Ley 2460 de 2025 de Colombia reconoce a la salud mental como un derecho fundamental complementario a lo que se entendería como salud integral,

con un enfoque preventivo, comunitario. Busca fortalecer la atención en entornos educativos y clínicos, promover el autocuidado en los jóvenes, la prevención de problemas como el suicidio y el consumo de sustancias, y asegurar la asignación de presupuestos y la creación de una instancia directiva dentro del Ministerio de Salud. La ley modifica la Ley 1616 de 2013, enfatizando la atención a grupos poblacionales prioritarios como niños, niñas, adolescentes, jóvenes, personas con discapacidad y adultos mayores.

Este cambio se alinea con el desarrollo de la psicología de la salud y, en particular, con lo que Lomas et al. (2021) identifican como la “tercera ola” en esta disciplina: un movimiento que trasciende la focalización en el tratamiento de enfermedades, para abrazar una visión más compleja y contextualizada de la salud, orientado no solo a modificar conductas relacionadas con problemas de salud, sino a fortalecer los recursos personales y colectivos que permiten a las personas, especialmente en etapas críticas como la universitaria, construir estilos de vida saludables, enmarcadas en el auge de herramientas tecnológicas.

La implementación en programas de salud, tanto en el ámbito universitario como en otros contextos, se ha caracterizado por la prevención o el acompañamiento de enfermedades, más que a promover la salud, como señala Duarte (2015), muchas iniciativas en diferentes Instituciones de Educación Superior (IES) colombianas han operado desde una lógica medicalizada, centrada en riesgos como deficientes condiciones socioeconómicas, falta de accesibilidad a alimentos saludables, la presión académica y normas de género que moldean el bienestar y los hábitos de vida de los estudiantes.

Empero, la promoción de la salud en contextos universitarios no puede limitarse a campañas informativas o intervenciones fragmentadas; requiere un enfoque sistémico que articule de forma transversal el contexto de la comunidad académica. En este sentido, la implementación del modelo biopsicosocial se materializa en propuestas institucionales

concretas, como el *Modelo de Humanización Integral en Salud de la Universidad Nacional de Colombia*, que reconoce la salud como un proceso dinámico donde interactúan dimensiones biológicas, psicológicas y sociales, no solo en los pacientes, sino también en estudiantes y profesionales de la salud. Este modelo propone que la formación universitaria debe integrar una perspectiva humanista que fomente la empatía, la comunicación asertiva y el respeto por la dignidad, al tiempo que transforma los entornos formativos en espacios promotores de bienestar integral (Galván-Villamarín & Lara-Díaz, 2022).

La promoción de la salud universitaria requiere un enfoque que vaya más allá de la modificación conductual aislada y reconozca la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales; y los recursos de cada persona para optimizar su salud. Una revisión sistemática sobre la implementación del enfoque salutogénico, muestra que los adolescentes y adultos jóvenes con un mayor Sentido de Coherencia (SOC), entendido como la percepción de la vida como comprensible, manejable y significativa, adoptan con mayor frecuencia comportamientos saludables y eviten riesgos, incluso en entornos adversos (da Silva Domingues et al., 2022).

Esta convergencia entre evidencia empírica y necesidades contextuales permite considerar a la universidad no solo como un espacio de formación académica, sino como un entorno promotor de coherencia vital, fortaleciendo recursos propios de los estudiantes, previniendo dificultades de salud en la adultez. En este marco, dos modelos teóricos ofrecen fundamentos complementarios: el modelo biopsicosocial, que reconoce la interacción dinámica entre factores biológicos, psicológicos y sociales en la salud, y el modelo salutogénico, centrado en los recursos que generan y sostienen la salud. Diseñar intervenciones que integren ambos enfoques, y que a su vez aprovechen herramientas innovadoras como la inteligencia artificial, abre la posibilidad de acompañar a los estudiantes en la construcción autónoma, sostenible y significativa de su salud integral.

El Modelo Biopsicosocial

Este modelo propuesto por George Engel en 1977, representa un cambio de paradigma en la comprensión de la salud y la enfermedad al rechazar el reduccionismo del modelo biomédico tradicional (Engel, 1977). Este enfoque sostiene que los procesos de salud y enfermedad no pueden explicarse únicamente por factores biológicos, sino que emergen de la interacción compleja entre tres dimensiones: la biológica, la psicológica y la social. La dimensión biológica incluye aspectos genéticos, fisiológicos, anatómicos y bioquímicos, como predisposiciones hereditarias o respuestas inmunológicas. La dimensión psicológica abarca procesos cognitivos, emocionales y conductuales, tales como la autoestima, las creencias sobre la salud, las estrategias de afrontamiento y los patrones de comportamiento. Por su parte, la dimensión social comprende factores del entorno, como el apoyo familiar, las condiciones socioeconómicas, la cultura, las redes comunitarias y los determinantes sociales de la salud.

La perspectiva biopsicosocial se fundamenta en la Teoría General de Sistemas de Bertalanffy, aplicando principios sistémicos al campo de la salud. Uno de sus pilares es el holismo, según el cual “el todo es mayor que la suma de sus partes”, lo que implica que la salud no puede reducirse a un solo nivel de análisis (Engel, 1977). Además, se reconocen tres principios sistémicos clave: interconexión (por ejemplo, el estrés social puede generar ansiedad y, a su vez, hipertensión), retroalimentación bidireccional (una enfermedad física puede causar depresión, que agrava la condición médica) y emergencia (la salud surge de la interacción dinámica entre los tres niveles, no de uno aislado).

Las implicaciones prácticas del modelo biopsicosocial son profundas: ha transformado la práctica clínica hacia enfoques más integrales, promoviendo la consideración de factores psicosociales en el diagnóstico y tratamiento, el trabajo interdisciplinario y la atención al contexto vital del paciente (Borrell-Carrió et al., 2004). En el ámbito de la

investigación en promoción de la salud universitaria, este modelo es fundamental porque permite comprender los hábitos saludables no como conductas aisladas, sino como expresiones de una red compleja de influencias biológicas, emocionales y sociales que deben abordarse de forma conjunta.

El Modelo Salutogénico

Este modelo es propuesto por Aaron Antonovsky en 1996, introduce un giro paradigmático al desplazar la pregunta central de la salud desde “¿qué causa la enfermedad?” hacia “¿qué genera y mantiene la salud?” (Antonovsky, 1996). El término salutogénesis proviene del latín *salus* (salud) y del griego *génesis* (origen), y se centra en identificar y fortalecer los recursos personales y sociales que permiten a las personas mantener el bienestar incluso en contextos adversos. Este enfoque reconoce que el estrés y las tensiones son parte inevitable de la vida, y que lo crucial no es evitarlos, sino desarrollar la capacidad para manejarlos eficazmente.

El concepto central del modelo es el Sentido de Coherencia (SOC), definido como una orientación global que refleja la confianza de una persona en que los estímulos internos y externos son estructurados, predecibles y significativos. El SOC se compone de tres dimensiones interrelacionadas: comprensibilidad (la percepción de que los eventos son ordenados y comprensibles), manejabilidad (la creencia de disponer de recursos para afrontar las demandas) y significatividad (la sensación de que la vida tiene sentido y merece esfuerzo) (Antonovsky, 1996). Complementariamente, el modelo incluye los Recursos Generales de Resistencia (RGR), que son factores biológicos, psicológicos y sociales, como el apoyo social, la autoestima, el conocimiento, la estabilidad cultural y los recursos materiales, que facilitan el afrontamiento efectivo del estrés.

Para la presente investigación, el modelo salutogénico es de gran relevancia porque orienta la intervención no hacia la corrección de déficits o riesgos, sino hacia el fortalecimiento de capacidades subjetivas. En el contexto universitario, donde los jóvenes enfrentan múltiples transiciones y presiones, promover un SOC fuerte puede potenciar su agencia y compromiso con su salud de forma integral. Este enfoque es guiado por temáticas ampliamente abordadas en la investigación de la promoción en salud como lo son Hábitos de Vida Saludable, Calidad de Vida y Bienestar; que serán conceptualizados a continuación.

Hábitos de Vida Saludable (HVS)

Los HVS comprenden conductas y prácticas relacionadas con la alimentación, la actividad física, el descanso y el autocuidado, las cuales influyen positivamente en la salud integral, el bienestar y la calidad de vida de los estudiantes universitarios (Vargas Rodríguez et al., 2024; Faílde Garrido et al., 2019). Estos hábitos no se limitan únicamente a la dimensión física, sino que también involucran aspectos mentales, emocionales y sociales, configurándose como prácticas sostenibles integradas en la vida cotidiana y relacionadas con la percepción integral del bienestar y la calidad de vida (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

Desde una perspectiva biopsicosocial, los HVS son el resultado de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales, rescatando la variabilidad de su práctica dependiendo del contexto (Engel, 1977), mientras que el enfoque salutogénico los entiende como una forma de expresión del Sentido de Coherencia (SOC), ya que reflejan la capacidad de la persona para comprender, manejar y encontrar sentido en su autocuidado, así como su constancia y permanencia (Antonovsky, 1996).

Calidad de Vida

Se refiere a la percepción subjetiva del individuo sobre su posición en la vida en relación con su contexto cultural y social según la OMS (1997). Este concepto fue ampliado por Urzúa y Caqueo (2012), quienes identifican dimensiones esenciales en la conformación de la calidad de vida como el bienestar físico, material, social, emocional y el desarrollo personal.

El modelo biopsicosocial ha transformado la manera en que se concibe la calidad de vida, al integrar los componentes biológicos, psicológicos y sociales como dimensiones interdependientes del bienestar humano (Engel, 1977; OMS, 2020). En este sentido, ofrece una visión integral del individuo, al reconocer que la salud y la calidad de vida no dependen únicamente del funcionamiento físico, sino también de factores emocionales, cognitivos y contextuales.

Asimismo, el modelo incorpora una perspectiva subjetiva, otorgando relevancia a la percepción personal del bienestar y a la evaluación que cada individuo realiza de su vida en función de sus metas, expectativas y valores. Desde esta perspectiva, la calidad de vida no puede comprenderse únicamente mediante indicadores objetivos, sino que también debe considerar la experiencia subjetiva y el significado que las personas atribuyen a su bienestar (Ryff & Keyes, 1995).

De igual forma, el modelo promueve una evaluación dinámica de la calidad de vida, entendida como un proceso cambiante influido por las condiciones biológicas, emocionales y sociales a lo largo del tiempo (OMS, 2020). Finalmente, fomenta un enfoque preventivo, orientado a la promoción del bienestar y la resiliencia, y no únicamente al tratamiento de la enfermedad, lo que amplía la mirada tradicional hacia una concepción de salud más humana y holística (Borrell-Carrió, Suchman y Epstein, 2004)

Bienestar

Desde el modelo biopsicosocial, el bienestar se concibe como una experiencia subjetiva que integra dimensiones biológicas, psicológicas y sociales, donde la salud mental y las relaciones sociales son componentes inseparables del equilibrio humano y no pueden entenderse sin considerar factores como la salud física, los procesos emocionales y cognitivos, y el contexto relacional en el que la persona está inmersa (Engel, 1977). Por otro lado, desde el modelo salutogénico, el bienestar es el resultado del fortalecimiento de los recursos personales e internos que permiten a la persona adaptarse a las exigencias de la vida cotidiana, transformando la adversidad en oportunidad de crecimiento personal (Antonovsky, 1996).

Esta convergencia teórica se ve enriquecida por los desarrollos recientes de la psicología positiva de tercera ola, que, como señalan Lomas et al. (2021), aboga por una comprensión más compleja, contextualizada y sistémica del bienestar. Lejos de limitarse a emociones positivas o logros individuales, el bienestar se entiende hoy como un proceso dinámico, influenciado por factores culturales, relacionales y existenciales, y profundamente anclado en la capacidad humana de construir significado, mantener vínculos y ejercer agencia en contextos cambiantes.

En conjunto, ambos modelos sostienen que los hábitos de vida saludables, como la alimentación balanceada, el ejercicio, el descanso y las relaciones sociales positivas, funcionan como recursos protectores que promueven el bienestar integral y la calidad de vida. Promover estos hábitos desde la psicología implica fortalecer el autoconocimiento, la responsabilidad personal y el compromiso comunitario con la salud (OMS, 2025).

Una vez establecidos los fundamentos teóricos del bienestar, la calidad de vida y los hábitos de vida saludables desde los modelos biopsicosocial y salutogénico, resulta pertinente

examinar cómo la IA ha evolucionado hasta convertirse en una herramienta potencialmente transformadora para la promoción de estos constructos en la población universitaria.

Comprender su trayectoria histórica permite no sólo contextualizar su aplicación actual, sino también justificar críticamente la elección de modelos específicos para el diseño de intervenciones en salud innovadoras, accesibles y teóricamente fundamentadas.

Inteligencia Artificial (IA)

La Inteligencia Artificial tiene sus cimientos en la propuesta de Turing (1950), quien introdujo la posibilidad teórica de que las máquinas procesan información de manera indistinguible al pensamiento humano. Sin embargo, su consolidación como disciplina científica ocurrió en la Conferencia de Dartmouth, donde se definió formalmente el campo como la tarea de construir máquinas capaces de simular aspectos de la inteligencia humana (McCarthy et al., 1955/2006). Esta etapa inicial sentó las bases de la IA como un esfuerzo interdisciplinario orientado a la resolución de problemas mediante la lógica computacional.

En su evolución, la IA transitó de sistemas basados en reglas rígidas y conocimiento experto diseñados para replicar la pericia humana en dominios específicos hacia el paradigma del conexionismo. Este cambio de enfoque, impulsado por el desarrollo de redes neuronales artificiales y el procesamiento paralelo distribuido, permitió que las máquinas dejaran de ser meras ejecutoras de instrucciones para convertirse en sistemas capaces de reconocer patrones (Feigenbaum, 1980). Este hito transformó la naturaleza de la IA, pasando de una simulación a un aprendizaje basado en la estructura de los datos.

En la actualidad, la IA se define principalmente a través del *Deep Learning* (aprendizaje profundo), un enfoque que utiliza redes neuronales multicapa para resolver problemas de alta complejidad, como el procesamiento de lenguaje natural y la visión

computacional (LeCun et al., 2015). Este avance ha permitido que la IA trascienda el análisis técnico para integrarse en aplicaciones de bienestar y salud, donde los modelos son capaces de generar contenido personalizado, analizar contextos emocionales y proponer intervenciones adaptativas. Así, la IA contemporánea se presenta como una herramienta autónoma y generativa que redefine la interacción entre la tecnología y el cuidado integral del ser humano.

IA Generativa, representa una de las transformaciones tecnológicas más relevantes de los últimos años, al centrarse no sólo en analizar datos, sino en crear contenido nuevo como: texto, imágenes, audio o video a partir del uso de patrones aprendidos en grandes volúmenes de información (Feuerriegel et al., 2024; Sengar et al., 2025).

Estos sistemas, han demostrado una interesante capacidad para comprender el contexto, seguir instrucciones detalladas brindadas por los usuarios y generar respuestas coherentes, cualidades esenciales para el diseño de programas educativos y de bienestar (IBM, 2024). A nivel técnico, los modelos generativos funcionan mediante arquitecturas como: “los transformers”, “las redes generativas antagónicas (GANs)” y los “modelos de difusión”, los cuales permiten crear información coherente y realista a partir de datos previos (Sengar et al., 2025). Entre los ejemplos más representativos se encuentran los modelos de lenguaje grande (LLM), como ChatGPT o Gemini, que pueden producir textos, reportes clínicos o materiales educativos basados en instrucciones humanas (McKinsey & Company, 2023).

La aplicación de los modelos de lenguaje grande, en el sector de la salud general se centra en la optimización de procesos y la mejora de la accesibilidad a información de bienestar (Águila, 2023). La IAG, en este contexto, actúa como un asistente de diseño de programas, capaz de integrar múltiples dimensiones teóricas sin incurrir en el riesgo de

diagnóstico o tratamiento clínico directo (De la Fuente & Armayones, 2025). Además, también se ha comenzado a utilizar para sintetizar información epidemiológica, apoyar procesos de diagnóstico médico, automatizar registros clínicos y producir material educativo en salud y prevención de enfermedades. Estos avances permiten mejorar la comunicación entre los servicios sanitarios y la comunidad, así como optimizar la gestión de información y la toma de decisiones (IBM, 2024) Por ejemplo, en América Latina, y particularmente en Colombia, su aplicación aún se encuentra en etapas iniciales, mayoritariamente en proyectos piloto o en uso complementario de apoyo a la atención médica.

Sin embargo, el potencial de la IA generativa para fortalecer la educación en salud, mejorar el acceso a la información sanitaria y ofrecer intervenciones personalizadas de promoción y prevención es reconocido por organismos internacionales como la OPS y la OMS. Sin embargo, a pesar de la proyección positiva, los autores argumentan que es necesario no tomar la decisión del uso de las IA tan arbitrariamente, sino tener muy en cuenta los aspectos importantes de regulación ética, privacidad de los datos sensibles de las personas y capacita constante de los profesionales de la salud, promoviendo así que siempre haya una supervisión sobre los resultados que arroja IA (He et al., 2023; Fareed et al., 2025).

Tabla Comparativa de IA

En el siguiente documento se presenta una tabla comparativa de las principales inteligencias artificiales actualmente utilizadas, incluyendo su descripción, ventajas, limitaciones; ésta fue elaborada con base en la documentación oficial de cada proveedor (OpenAI, 2023; Google, 2024; Microsoft, 2023; Anthropic, 2023; Meta, 2023; Midjourney Research Lab, 2023):

Tabla 1

Tabla comparativa de principales inteligencias artificiales en uso actual

A	Descripción / Uso Principal	Ventajas	Limitaciones	Referencia APA
ChatGPT (OpenAI)	Modelo de lenguaje generativo para redacción, programación y asistencia conversacional.	Alta precisión y comprensión contextual.	Puede generar información incorrecta (alucinaciones).	OpenAI. (2023). ChatGPT [Modelo de lenguaje]. OpenAI. https://openai.com
Google Gemini	IA multimodal integrada con herramientas de Google y acceso a Internet en tiempo real.	Acceso actualizado y capacidad multimodal.	Dependencia del ecosistema Google.	Google. (2024). Gemini AI [Asistente de IA]. Google AI Research.
Microsoft Copilot	Asistente de IA para productividad en Microsoft 365 (Word, Excel, PowerPoint).	Automatización de tareas y reacción de documentos.	Requiere suscripción a Microsoft 365.	Microsoft. (2023). Microsoft Copilot Asistente de IA]. Microsoft Corporation.
Midjourney	IA para generación de imágenes a partir de texto, utilizada en diseño y arte digital.	Alta calidad visual y estilo artístico.	Uso limitado a Discord, no genera texto preciso.	Midjourney Research Lab. (2023). Midjourney v5 [Modelo generador de imágenes].

DALL·E 3 (OpenAI)	Generador de imágenes integrado en ChatGPT con control semántico.	Fácil de usar y versátil en estilo visual.	Restricciones en contenido sensible.	OpenAI. (2023). DALL·E 3 [Modelo generativo]. OpenAI.
Claude (Anthropic)	Modelo de lenguaje centrado en seguridad y asistencia ética.	Mayor enfoque en respuestas seguras y responsables.	Menor disponibilidad global.	Anthropic. (2023). Claude [Modelo de IA]. Anthropic AI.
Meta AI (Llama)	Modelo de lenguaje de código abierto desarrollado por Meta.	Acceso abierto y personalizable.	Requiere conocimientos técnicos para implementación.	Meta. (2023). LLaMA [Modelo de lenguaje]. Meta AI Research.

Nota. Elaborada con base en la documentación oficial de cada proveedor (OpenAI, 2023; Google, 2024; Microsoft, 2023; Anthropic, 2023; Meta, 2023; Midjourney Research Lab, 2023). IA = inteligencia artificial.

IA aplicada en ámbitos de Salud

La IA se ha convertido en uno de los pilares tecnológicos más influyentes de la última década, y su impacto en el ámbito de la salud ha sido particularmente notable. Gracias a los avances en el aprendizaje automático, el procesamiento de lenguaje natural y la capacidad de análisis de grandes volúmenes de datos, la IA está transformando tanto la práctica clínica como los procesos de gestión y diagnóstico. Este progreso ha sido acompañado por un aumento sustancial en la inversión económica, la creación de marcos de investigación interdisciplinarios y la colaboración entre instituciones tecnológicas y de salud (He et al., 2023; Kastrup et al., 2024).

Los modelos de lenguaje generativo, como Chat GPT, representan un ejemplo emblemático de esta evolución. Aunque inicialmente fueron desarrollados para tareas de conversación y asistencia general, su capacidad para procesar y generar información coherente los ha posicionado como herramientas útiles en múltiples áreas del ámbito sanitario, incluyendo la educación médica, el acompañamiento terapéutico, la redacción de informes y la orientación en intervenciones psicológicas o médicas. No obstante, su potencial está acompañado de desafíos significativos que deben ser abordados con responsabilidad.

La literatura científica destaca que la IA no puede reemplazar la pericia clínica ni la responsabilidad profesional del personal sanitario. Más bien, debe ser entendida como una herramienta complementaria destinada a optimizar la toma de decisiones, aumentar la eficiencia y reducir la carga administrativa, siempre bajo la supervisión de expertos humanos (Nasarian et al., 2023). Un estudio reciente señala que la actitud de los profesionales hacia la IA es, en general, positiva, aunque persisten preocupaciones sobre la falta de explicabilidad de los algoritmos, los sesgos en los datos de entrenamiento y la escasa formación técnica disponible en el sector (Henzler, D. et al., 2025).

En este sentido, se hace indispensable implementar procesos de capacitación continua que permitan a los profesionales comprender el funcionamiento, las limitaciones y los riesgos de la IA. La alfabetización digital en salud debe incluir no solo habilidades técnicas, sino también competencias éticas y críticas, de modo que los usuarios puedan identificar cuándo y cómo es apropiado confiar en una sugerencia generada por una IA (Pressman et al., 2024).

Otro aspecto relevante es la necesidad de adaptar y contextualizar los modelos de IA a las realidades locales y a las características demográficas, culturales y lingüísticas de las poblaciones. La evidencia muestra que la precisión y utilidad de los modelos aumentan significativamente cuando se entrenan con datos representativos y se ajustan a las

necesidades del contexto (Fareed et al., 2025). Por el contrario, la falta de contextualización puede incrementar la variabilidad de las respuestas, limitar la aplicabilidad clínica y generar errores de interpretación.

Desde una perspectiva ética y regulatoria, la implementación de IA en salud requiere marcos normativos claros que establezcan criterios de responsabilidad, transparencia y rendición de cuentas. La regulación debe entenderse como un elemento que habilita el desarrollo seguro, no como un obstáculo al progreso tecnológico (Zhang et al., 2023; Tierney et al., 2025). Además, los modelos deben diseñarse conforme a principios de equidad y justicia, evitando reproducir o amplificar desigualdades existentes en el acceso o calidad de la atención médica.

Finalmente, la protección de los datos personales constituye uno de los mayores desafíos contemporáneos. La información clínica y psicológica es especialmente sensible, por lo que las aplicaciones de IA deben incorporar medidas sólidas de anonimización, cifrado y trazabilidad. Aunque plataformas como ChatGPT afirman proteger la privacidad de sus usuarios, los expertos subrayan que es necesaria una vigilancia continua, auditorías externas y protocolos institucionales que garanticen la confidencialidad (Momani, 2025).

En conclusión, el uso de la inteligencia artificial en salud representa una oportunidad sin precedentes para mejorar la precisión diagnóstica, optimizar recursos y personalizar la atención. No obstante, su aprovechamiento pleno depende de la conjunción de tres pilares esenciales: la formación y supervisión de los profesionales, la contextualización técnica de los modelos y la existencia de marcos éticos y regulatorios robustos. Solo bajo estas condiciones será posible integrar herramientas como ChatGPT en el campo de la salud de manera responsable, eficiente y humanamente significativa.

Inteligencia Artificial y Estilo de Vida Saludable

En los últimos años, la inteligencia artificial ha adquirido un papel relevante en el desarrollo de estrategias orientadas a la promoción de estilos de vida saludables y al bienestar personalizado. Su integración en aplicaciones móviles, dispositivos portátiles y plataformas digitales ha permitido recopilar y analizar grandes volúmenes de información relacionada con variables conductuales y de salud, favoreciendo procesos de monitoreo, prevención y autocuidado (Aggarwal et al., 2023; Yousefi et al., 2025).

Desde esta perspectiva, diversas herramientas basadas en inteligencia artificial permiten realizar seguimiento a variables como la actividad física, el sueño, la alimentación y otros hábitos relacionados con el bienestar. Asimismo, la literatura reciente destaca que estas tecnologías pueden facilitar la adherencia a conductas saludables mediante recomendaciones personalizadas; no obstante, también se advierte la necesidad de considerar aspectos éticos relacionados con la privacidad, la autonomía y el riesgo de dependencia tecnológica (Fareed et al., 2025; Pressman et al., 2024).

Una de las nociones emergentes en el campo de la salud digital es la del fenotipo digital, entendido como el conjunto de datos generados a partir de las interacciones de las personas con dispositivos y plataformas tecnológicas. Como indican Fareed et al. (2025), el análisis de estos datos mediante herramientas de inteligencia artificial permite identificar patrones conductuales y variables relacionadas con la salud, favoreciendo procesos de monitoreo, prevención y personalización de intervenciones. De igual forma, se advierte importantes desafíos éticos relacionados con la privacidad, la protección de datos personales y el consentimiento informado en contextos de salud digital.

En esta misma línea, la inteligencia artificial aplicada a la promoción de la salud ha favorecido el desarrollo de estrategias de personalización orientadas a variables como la

alimentación, el ejercicio, el descanso y el manejo del estrés. Estas herramientas permiten generar recomendaciones adaptadas a las necesidades individuales de los usuarios, fortaleciendo procesos de adherencia, motivación y autocuidado (Yousefi et al., 2025). No obstante, la literatura advierte que la hiper personalización y el uso intensivo de datos personales requieren consideraciones éticas relacionadas con la privacidad, la autonomía y el riesgo de reducir la experiencia humana a indicadores cuantificables (Fareed et al., 2025; Pressman et al., 2024).

Por otro lado, el ámbito laboral también ha incorporado herramientas basadas en inteligencia artificial en programas orientados al bienestar y la salud ocupacional. Estas tecnologías permiten analizar información relacionada con hábitos, indicadores de salud y factores de riesgo, favoreciendo procesos de monitoreo, prevención y personalización de recomendaciones en tiempo real (Aggarwal et al., 2023; Yousefi et al., 2025). Diversos estudios señalan que este tipo de herramientas podría contribuir al fortalecimiento del bienestar físico y psicológico en contextos organizacionales; sin embargo, su implementación requiere consideraciones éticas relacionadas con la privacidad, la protección de datos y el uso responsable de la información recolectada (Fareed et al., 2025).

En síntesis, la evidencia revisada muestra que la IA representa un recurso prometedor para promover estilos de vida saludables y personalizar la atención al bienestar. No obstante, su aplicación exige equilibrar la eficiencia tecnológica con el respeto a la autonomía, la ética y la privacidad de los usuarios. De esta forma, el desafío actual no radica únicamente en desarrollar algoritmos más precisos, sino en garantizar un uso ético, responsable y humanizado de la inteligencia artificial al servicio de la salud.

Terapias contextuales

Ahora bien, con base en la evidencia empírica, las terapias de tercera ola, también conocidas como contextuales, proponen un modelo en el que la conducta (sea problemática o no) no se aísla, sino que se explica a través de su relación funcional con el entorno. Así, el origen y mantenimiento del comportamiento se descifran en función del contexto en el que ocurren (Ruiz, Diaz & Villalobos, 2012), se propone también que la aparición, mantenimiento y extinción de las conductas son propias del contexto en el que se dan.

Desde esta perspectiva, el enfoque de las terapias contextuales regresa a los postulados básicos de las teorías del aprendizaje. En su metodología, sobresale el análisis de la conducta verbal como una herramienta central, priorizando el estudio de cómo la interacción entre las reglas lingüísticas y las acciones humanas moldea la experiencia del individuo.

En síntesis es la estructura psicoterapéutica ideal para orientar los intercambios comunicativos con la IA en la construcción del programa, de este modo la interacción verbal con la inteligencia no se reduce a una entrega pasiva de directrices, sino que se convierte en un espacio reflexivo y personalizado donde el estudiante logre configurar la relación con la IA, promoviendo así un sentido de coherencia y un bienestar sostenible con las demandas de los modelos biopsicosocial y salutogénico.

Estado del Arte

Programas de intervención de la salud en el mundo

A continuación, se encontrará una revisión literaria que permite enmarcar lo que se ha investigado sobre programas de intervención en entornos universitarios donde sus objetivos apuntan al bienestar psicológico y emocional de los estudiantes.

La OMS, (2023) advierte que las construcciones sociales del género afectan la forma en que hombres y mujeres gestionan su salud mental y sus prácticas de autocuidado. Por lo que la adherencia a la dietas saludables emergió como el predictor más fuerte y constante de resiliencia, autoestima y menor malestar psicológico, destacando el papel de la alimentación equilibrada no solo como fuente de salud física, sino también como un determinante del equilibrio emocional y cognitivo (Cabrera, 2015).

Estos resultados se reflejan en la formación de profesionales de la salud, ámbito en el que los hábitos saludables y el bienestar psicológico también constituyen componentes esenciales del desarrollo profesional. Prestando atención en los programas de Ciencias de la Salud, la evidencia muestra una mayor conciencia sobre la importancia de la actividad física, la nutrición y el descanso como pilares del autocuidado (Galván-Villamarín & Lara-Díaz, 2022); no obstante, al igual que en el campo educativo, persisten desigualdades de género y presiones académicas que influyen en la adopción de estos comportamientos.

Dando continuidad al análisis investigativo se encontró el documento, Los resultados del II Congreso de Universidades Promotoras de la Salud, en el que 58 universidades españolas compartieron experiencias orientadas a consolidar una cultura institucional del bienestar. Los estudios incluidos revelan altos niveles de ansiedad y depresión en los estudiantes, uso problemático de dispositivos móviles, baja adherencia a la dieta mediterránea y riesgo en el consumo de alcohol y tabaco (Aguiló & Guzmán, 2023), lo que evidencia una vulnerabilidad psicosocial que exige intervenciones preventivas integradas (Aparicio, 2026).

En otro artículo se destacan iniciativas en la misma dirección: programas de actividad física, estrategias de bienestar emocional, proyectos de alimentación saludable y políticas de campus libres de humo (Muntaner-Mas, 2023; Ladoux Arroyo, 2023). Estas acciones se alinean con los principios de la Carta de Ottawa (OMS, 1986), que promueven la creación de

entornos saludables y la participación comunitaria; el congreso evidenció que las universidades españolas han construido un movimiento consolidado de promoción de la salud, que busca institucionalizar el bienestar como parte esencial de la vida académica y social (Gallardo, 2023); este enfoque promueve una visión de la salud sostenible, inclusiva y comprometida con el desarrollo humano integral de la comunidad estudiantil.

Programas de intervención de la salud en Colombia

En una investigación con 248 estudiantes universitarios de Tunja (18–29 años), Vargas Rodríguez et al. (2024) hallaron que solo el 38,7 % mantenía estilos de vida saludables, a pesar de reconocer su importancia. Predominaron prácticas de riesgo: alimentación hipercalórica, bajo consumo de frutas y verduras, escasa actividad física y consumo significativo de alcohol, tabaco y sustancias alucinógenas. Estos hallazgos evidencian una brecha entre el conocimiento y la acción, lo que representa un riesgo para la salud física y mental de los jóvenes. Las autoras concluyen que es urgente implementar programas institucionales de promoción de la salud que fomenten hábitos sostenibles para el fortalecimiento del bienestar estudiantil en contextos universitarios en el país.

Por su parte, Canova-Barrios (2017) evaluó los estilos de vida de 199 estudiantes de Enfermería en Santa Marta mediante el cuestionario FANTASTIC, encontrando un nivel general “bueno” (promedio de 93 puntos). No obstante, persisten debilidades en alimentación, actividad física, manejo del sueño, estrés y conducta sexual, a pesar de que la mayoría no fumaba y contaba con apoyo social. Las mujeres obtuvieron mejores puntajes en casi todas las dimensiones, excepto en asociatividad y actividad física, donde los hombres mostraron ligera ventaja. Aquí se subraya la necesidad de reforzar programas institucionales

que promuevan alimentación equilibrada, ejercicio regular y estrategias efectivas de afrontamiento del estrés, especialmente en estudiantes en el área de la salud.

Otra investigación analizó los determinantes biopsicosociales de los estilos de vida en tres instituciones rurales de Córdoba, desde la perspectiva de la educación física. El estudio identificó que factores económicos limitan el acceso a espacios y recursos para el autocuidado, mientras que la sobreexposición a redes sociales impacta negativamente el sueño, genera estrés, aislamiento y sedentarismo. Además, la disponibilidad de alimentos ultraprocesados en las instituciones escolares dificulta decisiones saludables. Los hallazgos refuerzan que la promoción de la salud debe integrar las dimensiones biológica, psicológica y social, y propone programas institucionales que involucren tanto a estudiantes como docentes para transformar colectivamente los entornos educativos en espacios promotores de bienestar integral (Barilla, 2024).

Un estudio de Vélez, Pico & Escobar (2024) en la Universidad de Caldas, evidenció que, aunque existen programas en áreas como actividad física, salud mental y alimentación, su diseño y ejecución prioriza la respuesta a necesidades específicas (como emergencias laborales a docentes y personal administrativo o apoyo económico a los estudiantes) más que el fortalecimiento integral del bienestar; Además, a diferencia del personal administrativo, los estudiantes reportan una menor satisfacción y accesibilidad a los programas.

Ahora bien, como se ha expresado anteriormente, las limitaciones de acceso y las dificultades en aplicación del enfoque biopsicosocial y al enfoque salutogénico, han llevado a que el estudio de la salud se maneje en cooperación con un entorno digital para extender su alcance. Durante la última década, se ha observado una expansión en las herramientas

digitales y aplicaciones dirigidas a la intervención, el diagnóstico y la prevención en el ámbito de la salud (Schmid & Kurpicz, 2022).

Programas de intervención en salud creados por IA

La IA ha emergido como una herramienta prometedora en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades crónicas, especialmente mediante intervenciones digitales centradas en modificar estilos de vida. Según una revisión reciente que analizó 22 estudios publicados entre 2019 y 2024 en países de la OCDE, las iniciativas con IA se han enfocado principalmente en hábitos como la alimentación saludable, cesar el consumo de tabaco, aumentar la actividad física y el mantenimiento del bienestar mental, utilizando mayoritariamente aplicaciones móviles y chatbots. Los resultados indican que estas herramientas generan impactos positivos tanto en conductas, por ejemplo, mayor adherencia a planes nutricionales o aumento en los niveles de actividad física, como en indicadores de salud, como reducción de la glucemia o la presión arterial, y en procesos subjetivos como la aceptación y el compromiso de las personas (Yousefi et al., 2025).

La anterior evidencia se refuerza con hallazgos de una revisión sistemática centrada específicamente en chatbots con IA, la cual concluye que estos son eficaces para promover cambios en comportamientos de salud, especialmente en cesación tabáquica, actividad física, alimentación y adherencia a tratamientos, gracias a funciones como el establecimiento de metas, el monitoreo en tiempo real y la retroalimentación personalizada; además, se valora positivamente a los chatbots, ofreciendo un espacio no estigmatizante para discutir temas sensibles, lo que facilita la autorreflexión y la autogestión del bienestar (Aggarwal et al., 2023).

Sin embargo, ambos estudios advierten que los efectos de estas intervenciones suelen ser de corto plazo y enfrentan limitaciones técnicas, baja personalización sostenida y la

necesidad de complementar la IA con apoyo humano, especialmente en contextos complejos como la salud mental o el manejo de enfermedades crónicas. A través de un análisis FODA, Yousefi et al. (2025) recomiendan que futuros desarrollos prioricen el diseño centrado en el usuario, la inclusión de múltiples actores (profesionales de salud, desarrolladores de software, comunidades, entre otros), la mejora de la calidad y diversidad de los datos, y la evaluación rigurosa de la sostenibilidad, equidad y costo-efectividad. Asimismo, Aggarwal et al. (2023) subrayan la necesidad de ensayos controlados aleatorizados y una descripción más transparente de los algoritmos utilizados. Estas conclusiones son particularmente relevantes para el diseño de programas innovadores que busquen integrar la IA no como reemplazo, sino como potenciador de estrategias psicológicas y sociales ya validadas en la promoción de la salud de forma integral.

Actualmente se puede ver el interés que han tenido diferentes instituciones globales en la creación de herramientas digitales que permitan fomentar e implementar IAs para intervenir en diferentes sectores de salud. Por ejemplo, La Organización de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) se posiciona como un actor clave en la promoción de la salud integral de niños, niñas y adolescentes a nivel global. Con presencia en más de 190 países, su labor se orienta a garantizar el acceso a derechos fundamentales (como educación, alimentación y atención en salud), así como fomentar entornos seguros que favorezcan el desarrollo humano desde una perspectiva multisectorial y comunitaria (UNICEF, s.f.). Esta labor abarca tanto la respuesta en contextos de emergencia como la implementación de estrategias preventivas y promocionales que reconocen la interdependencia entre las dimensiones física, mental y social del bienestar.

En este marco, UNICEF ha impulsado el uso de herramientas digitales para fortalecer la participación juvenil en temas de salud. Un ejemplo destacado es U-Report, una plataforma de alcance regional que utiliza chatbots y encuestas interactivas para brindar información

confiable sobre salud, nutrición, higiene y bienestar emocional, especialmente dirigida a adolescentes y jóvenes (UNICEF Ecuador, 2023). Esta iniciativa responde a una necesidad crítica: según datos de la organización, en 2021 uno de cada siete adolescentes en el mundo presentaba alguna condición de salud que afectaba su bienestar, con impactos especialmente marcados en salud mental, nutrición y acceso a servicios básicos. En América Latina y el Caribe, más de 16 millones de personas entre 10 y 19 años enfrentaban alteraciones que comprometían su desarrollo integral (UNICEF Colombia, 2024).

U-Report opera a través de plataformas ampliamente accesibles como WhatsApp y Facebook, lo que facilita su alcance masivo y garantiza el anonimato de los usuarios. Mediante conversaciones automatizadas y encuestas periódicas, los jóvenes no solo acceden a información oportuna, sino que también pueden expresar sus opiniones, identificar necesidades colectivas y participar activamente en la construcción de comunidades más informadas y saludables (UNICEF, 2021; UNICEF Ecuador, 2023). Esta estrategia ejemplifica cómo la tecnología, cuando se alinea con enfoques centrados en los derechos y en la participación, puede convertirse en un recurso poderoso para la promoción de la salud en poblaciones vulnerables y de difícil acceso.

Programas de intervención en salud creados con Inteligencia Artificial en Colombia

En Colombia, el desarrollo de programas de salud asistidos por Inteligencia Artificial (IA) se encuentra en una fase de expansión temprana. La mayoría de las iniciativas identificadas se encuentran en fase piloto o de implementación parcial, lo que evidencia un interés creciente, pero también la existencia de limitaciones estructurales y normativas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023). En la mayoría de los casos, la IA no actúa como herramienta de intervención primaria, sino como apoyo complementario en procesos de

diagnóstico, monitoreo, análisis predictivo y asistencia virtual a pacientes (MinTIC, 2023; OPS, 2023).

A pesar del potencial demostrado, persisten barreras significativas relacionadas con la infraestructura tecnológica, la disponibilidad de datos confiables, la privacidad de la información y la capacitación del personal especializado (Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, 2024; DNP, 2025). En este contexto, el país ha avanzado hacia la construcción de un marco legal que oriente el desarrollo ético, seguro y responsable de la IA. El Proyecto de Ley de Inteligencia Artificial de Colombia, actualmente en trámite en el Congreso, busca establecer directrices claras para el uso de esta tecnología, incluyendo su aplicación en el ámbito sanitario (Presidencia de la República de Colombia, 2025; Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, 2025; MinTIC, 2025).

Entre los principales programas implementados en el país se encuentra SaludTIC, una iniciativa desarrollada por el Ministerio TIC en colaboración con la Clínica Shaio, que emplea IA para el monitoreo remoto de pacientes en zonas rurales. Este proyecto integra dispositivos conectados que registran en tiempo real 13 indicadores de salud, permitiendo el seguimiento continuo desde centros de análisis clínico centralizado. No obstante, aún no se dispone de resultados publicados sobre su efectividad o alcance poblacional (Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, 2025).

Otro ejemplo destacado es el Sistema APM (Advanced Patient Monitoring), implementado en hospitales de ciudades como Medellín, Bogotá, Cali y Barranquilla. Este sistema utiliza inteligencia artificial para anticipar posibles caídas de presión arterial durante procedimientos quirúrgicos o en unidades de cuidado intensivo, emitiendo alertas tempranas al personal sanitario para facilitar la toma de decisiones clínicas (El Tiempo, 2025; Semana, 2024; Becton Dickinson, 2025). Aunque el impacto clínico preliminar es prometedor, aún no

se han publicado estudios de seguimiento longitudinal que evidencien su efecto en mortalidad o complicaciones específicas (El Colombiano, 2025).

Adicionalmente, el Ministerio TIC impulsa la iniciativa Transformación Digital para el Sector Salud, orientada a incorporar IA, big data, redes 5G y ecosistemas de innovación como parte de una estrategia de modernización del sistema sanitario nacional (MinTIC, 2023; OPS, 2023). Sin embargo, hasta el momento no existen reportes públicos de resultados medibles sobre mejoras clínicas directas.

Método de Investigación

Alcance y diseño

El presente estudio se enmarca en un enfoque cuantitativo, un alcance descriptivo, un método psicométrico y de acuerdo con el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación (2025) la investigación tiene un diseño tecnológico de innovación.

El alcance es descriptivo en tanto en la investigación se propone caracterizar de manera técnica y detallada las dimensiones de suficiencia, claridad, relevancia y coherencia teórica, del contenido generado. Según Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades y los perfiles de personas, grupos o cualquier otro fenómeno que se someta a análisis. En este caso, el fenómeno es el programa de intervención, y la descripción se logra a través de la recolección de datos cuantitativos derivados del juicio de expertos. La aplicación de índices de validez de contenido (como la V de Aiken) transforma las percepciones cualitativas de los jueces en métricas descriptivas que permiten establecer, con rigor estadístico, si el programa cumple con los estándares teóricos necesarios para su futura aplicación.

La pertinencia de esta investigación radica en la necesidad de establecer protocolos de validación científica para las nuevas herramientas tecnológicas aplicadas a la salud pública. En este sentido, el proyecto se justifica como una propuesta de innovación de proceso, ya que, de acuerdo con el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación (Minciencias, 2023), la introducción de mejoras significativas en la creación de servicios o métodos, en este caso, el diseño de intervenciones mediante modelos de lenguaje grande, constituye un avance fundamental para el desarrollo científico y tecnológico del país.

Asimismo, al fundamentarse en el modelo salutogénico y biopsicosocial, la tesis no solo cumple con un rigor teórico académico, sino que responde a las tipologías de proyectos que buscan el bienestar social y la promoción de la salud. De este modo, la investigación sienta las bases para que futuras intervenciones mediadas por IA cuenten con el respaldo de un proceso de validación por juicio de expertos, garantizando que la innovación sea, ante todo, segura y coherente con las necesidades de la población universitaria.

La Muestra

Está constituida por jueces expertos en las áreas de la salud y/o aplicación de tecnologías digitales en dicho campo. Dado que se trata de un estudio descriptivo con fines de validación de contenido la muestra se define a partir de un subgrupo intencional de expertos calificados, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Esta estrategia se justifica porque, como señalan Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (2008) y Hernández Sampieri et al., (2014), en juicios de expertos lo relevante es la calidad y pertinencia de los evaluadores, no su representatividad estadística.

La muestra es por conveniencia, de tipo no probabilística, conformada por 7 jueces expertos en las áreas aplicadas en salud como Medicina, Enfermería y Psicología o áreas afines, preferiblemente con posgrado en Área Clínica, Salud Pública y Salud Digital. Un número

impar es seleccionado para facilitar el consenso y minimizar ambigüedades en el análisis (Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez, 2008).

Criterios de inclusión:

- Tener título profesional en Psicología, Medicina, Enfermería, o áreas afines relacionadas con la promoción, prevención o atención en salud y posgrado preferiblemente en áreas de Psicología Clínica, Salud Pública y Salud Digital.
- Contar con experiencia mínima de cinco (5) años en intervención clínica, promoción de la salud, docencia o investigación en bienestar integral en contextos educativos, comunitarios o institucionales de salud. La experiencia será verificada mediante hoja de vida, certificaciones laborales o publicaciones académicas.
- Manifestar disposición voluntaria para participar en la validación de contenido, completando el instrumento digital dentro del plazo establecido y otorgando su consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- No responder al instrumento de validación dentro del plazo establecido (10 días hábiles).
- Tener una percepción desfavorable sobre el uso de la IA en la intervención en el campo de la salud, con el fin de evitar sesgos e imparcialidad.

La elección del juicio de expertos como estrategia de validación de contenido se fundamenta en que, en psicología, constituye el procedimiento más empleado cuando la valoración empírica directa de un instrumento no es aún viable o su uso depende de la pertinencia conceptual de los ítems más que de su desempeño estadístico inicial. Tal como señalan Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (2008), el juicio de expertos permite “*estimar la validez de contenido cuando el instrumento debe ser evaluado en términos de relevancia,*

suficiencia, claridad y coherencia de los ítems antes de su aplicación empírica”. Asimismo, los autores subrayan que esta técnica es frecuentemente el primer, y en ocasiones el único, indicador disponible de validez de contenido en etapas tempranas de diseño de instrumentos o intervenciones, lo cual justifica su utilización.

Para la conformación del panel de expertos, se llevó a cabo un procedimiento estructurado en cuatro fases, integrando el acceso a redes profesionales especializadas de los investigadores y la técnica de muestreo por conveniencia, con el fin de ampliar la objetividad y diversidad del panel, se solicitó a los contactos iniciales la recomendación de otros colegas expertos que no tuvieran vínculo directo con el equipo investigador y que tuvieran la pericia necesaria en disciplinas de la salud relacionadas. Este paso permitió robustecer el panel de 7 jueces finales, garantizando un equilibrio entre la proximidad profesional para la gestión del dato y la independencia de criterio necesaria para la validación.

Se utiliza Chat GPT-5 (o su versión más reciente) como instrumento de investigación, seleccionado por su desempeño validado en tareas de salud, su capacidad para generar respuestas empáticas y psicoeducativas comparables a expertos humanos (Jo et al., 2024; Kung et al., 2023), y su equilibrio entre alto rendimiento, accesibilidad y bajo requerimiento técnico (Li, Fu & Python, 2025). A diferencia de modelos especializados, Chat GPT no necesita datos clínicos sensibles, lo que lo hace ideal para contextos no clínicos como la promoción de la salud universitaria.

Tabla 2

Cuadro comparativo de versiones de ChatGPT

Característica	GPT-3.5	GPT-4	GPT-4.1	GPT-4o	GPT-5
Año de lanzamiento	!022	!023	!024	!024	!025

Calidad general de respuestas	Buena	Muy buena	Excelente	Muy alta	Superior y más completa
Comprensión de contexto largo	Limitada	Mejor	Más mejorada	Muy mejorada	Muy mejorada con manejo extensivo de contexto
Manejo de instrucciones complejas	Básico	Bueno	Más preciso	Avanzado	Muy avanzado / confiable
Precisión en temas técnicos	Básica	Buena	Muy buena	Muy buena	Muy alta, sobre todo en modificación y análisis
Velocidad de respuesta	Rápida	Moderada	Similar	Rápida	Rápida y eficiente
Multimodal (texto + imagen + otros)	No	No	No	Sí (texto + imagen)	Avanzado (texto, imagen / más)
Tipos de uso ideales	Áreas simples	Explicaciones complejas	Respuestas profundas	Interacción avanzada	Áreas complejas, razonamiento experto, salud, código y multimodal

Capacidad de razonamiento	Básica	Moderada	Similar	Avanzada	Más coherente / precisa
Errores	Más probables	Menos	Aún menos	Bajos	Aún más bajos / mejor manejo de errores
Acceso en ChatGPT	Gratis / Base	Plus / Pro	Plus / Pro	Plus / Pro	Plus / Pro (+ variantes Pro y mini)

Nota. La información presentada corresponde a las características generales de cada versión según la documentación disponible al momento de la consulta. GPT = Generative Pre-trained Transformer. Cuadro generado por ChatGPT-5, (OpenAI, 2025) con el prompt “Genera un Cuadro Comparativo de Versiones de Chat GPT”.

El instrumento para la evaluación por jueces expertos es una rejilla de evaluación organizada en cuatro dimensiones teóricas:

(A) Suficiencia: Los ítems presentados evalúan de manera integral los diversos componentes de la promoción de la salud (hábitos, calidad de vida y bienestar) que constituyen la dimensión, agotando los recursos biopsicosociales y salutogénicos necesarios para la intervención.

(B) Claridad: La facilidad con la que el profesional puede comprender los enunciados. Esto implica evaluar la sintaxis, la semántica y la redacción de cada elemento del programa, asegurando que sean claros, precisos y no ambiguos.

(C) Relevancia: Las técnicas diseñadas y aplicadas en las actividades del programa constituyen una base fundamental para abordar la dimensión.

(D) Coherencia: Existe consistencia interna entre los contenidos teóricos y prácticos, proporcionando información consistente, sin contradicciones en la dimensión evaluada.

Cada ítem se valora mediante una escala Likert de 1 a 4, con dos ítems formulados positivamente y dos negativamente para controlar el sesgo de aquiescencia. El formato final incluirá una sección abierta para comentarios cualitativos, tal como recomiendan Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (2008), ya que “proporcionan información sobre aspectos que no se evaluaron en el juicio” y enriquecen la interpretación de los resultados cuantitativos.

Procedimiento

El desarrollo del presente estudio se llevará a cabo en dos fases:

Fase I: Diseño y construcción del programa

1. Estructura del programa: El programa generado consta de módulos temáticos, diseñados para ser autoguiados y adaptativos. Se busca crear un programa enfocado en seis semanas, de a una sesión por semana, estructura guiada en una aplicación realista en función a tiempo y disponibilidad de los estudiantes universitarios, por ello, cada módulo aborda uno de los tres constructos centrales (bienestar, calidad de vida, hábitos saludables) desde ambas perspectivas teóricas.

2. Revisión documental y diseño del prompt: Se elaboró un prompt estructurado que integró los constructos teóricos clave (bienestar, calidad de vida, hábitos de vida saludables), los principios del modelo biopsicosocial (Engel, 1977) y del modelo salutogénico (Antonovsky, 1996), así como las funciones esperadas del programa (establecimiento de metas,

retroalimentación, monitoreo de la intervención, psicoeducación en autocuidado, etc), actividades, recursos e instrumentos contenidos en los módulos.

3. Generación del programa mediante IA: Se utilizó Chat GPT-5 (versión más reciente, disponible en la fase de diseño), seleccionado por su versatilidad, rendimiento validado en tareas de salud y capacidad de personalización y respuestas empáticas mediante prompt engineering (Jo et al., 2024; Li, Fu & Python, 2025). El prompt fue ejecutado en la plataforma oficial de Open AI, y se documentó todo el proceso técnico (versión del modelo, parámetros de salida, etc), el cual se describe en el capítulo de resultados.

Fase 2: Validación por jueces expertos

4. Selección y reclutamiento de los jueces: Como se describió en la sección de muestra, se contacta a los 7 expertos mediante el reclutamiento por conveniencia. Luego, se hace una verificación de los criterios de inclusión para cada uno de los jueces y se envían los documentos necesarios para la validación: (1) Carta de invitación con los objetivos de la investigación; (2) Contenido de la intervención a evaluar, (3) Matriz de validación (instrumento de evaluación); y (4) Consentimiento informado.

5. Análisis de los resultados y ajustes: Para el análisis de la validez de contenido, se utilizará el Índice de Validez de Contenido (IVC) basado en el modelo de Lawshe (1975). Este procedimiento permite cuantificar el grado de consenso entre los jueces expertos respecto a la suficiencia, claridad, relevancia y coherencia de cada ítem. Siguiendo los criterios de este modelo, se considerarán como válidos y aceptables aquellos ítems que alcancen un valor de IVC mayor o igual a 1 (considerando un panel de 7 jueces).

Consideraciones éticas

En el marco de la especialización en Psicología Clínica, el presente estudio se rige por los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y responsabilidad profesional, de acuerdo con la Ley 1090 de 2006, que regula el ejercicio de la psicología en Colombia. En este sentido, se garantiza el consentimiento informado digital, la confidencialidad de la información y el derecho de los expertos a retirarse en cualquier momento (Artículos 10, 13 y 51). Asimismo, se observan los deberes del psicólogo frente a la integridad del conocimiento y la protección del bienestar, integrando las disposiciones de la reciente Ley 2564 de 2026 sobre salud mental en entornos digitales, asegurando un uso ético y seguro de herramientas tecnológicas en la investigación.

De acuerdo con los criterios de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, que sigue siendo el marco vigente para la clasificación del riesgo en investigación, este estudio se categoriza como una investigación sin riesgo. Esta clasificación se fundamenta en que el proceso se limita a la validación de contenido mediante el juicio de expertos, sin realizar intervenciones físicas o psicológicas dirigidas a sujetos humanos en esta fase. El proceso de recolección de datos emplea escalas de evaluación que no invaden la privacidad ni exponen aspectos sensibles de la conducta.

El estudio se acoge estrictamente al Artículo 15 de la Resolución 8430 de 1993, garantizando que los jueces expertos reciban una comunicación clara sobre la justificación, objetivos, procedimientos y su derecho inalienable a retirarse de la validación en cualquier etapa sin consecuencias. Este proceso de transparencia se formaliza mediante un formulario digital de consentimiento informado, diseñado para asegurar la trazabilidad, la comprensión y la voluntariedad de la participación.

En cuanto al tratamiento de la información, se aplican medidas rigurosas para garantizar la privacidad y el manejo responsable de los datos personales. Lo anterior se realiza en estricto cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 (Ley de Habeas Data) y el Decreto 1377 de 2013, observando además los estándares de actualización normativa de 2026 sobre el tratamiento de datos en plataformas digitales. Estas medidas aseguran que el uso de los juicios evaluativos sea estrictamente académico y profesional.

Desde la perspectiva internacional, la investigación se enmarca en la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013) y las Guías Éticas Internacionales del CIOMS (2016). En particular, se sigue la Guía 22 del CIOMS, que establece que toda herramienta basada en IA en salud debe contar con la supervisión de profesionales competentes para mitigar riesgos potenciales. En consecuencia, la validación por expertos no es solo un paso técnico, sino una garantía ética para asegurar que el programa de intervención generado sea seguro, coherente y congruente con los principios científicos y humanos de la psicología clínica contemporánea.

Uso Responsable de Inteligencia Artificial Generativa

En consonancia con las recomendaciones de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2020) y los marcos éticos de 2026 sobre la integridad académica, se declara que la presente investigación y la redacción del manuscrito contaron con el apoyo complementario de herramientas de la IA.. Este uso se limitó exclusivamente a procesos de: (a) estructuración lógica y síntesis de información, (b) revisión gramatical y ajuste de estilo narrativo, y (c) soporte técnico en la aplicación de fórmulas para el cálculo de la validez de contenido (IVC).

El equipo investigador asume la responsabilidad plena y directa sobre la veracidad, el análisis crítico y la interpretación de todos los hallazgos presentados. Se garantiza que en ningún momento se suministraron datos sensibles o identificables a los modelos de lenguaje,

manteniendo la confidencialidad de los participantes y el rigor ético que exige la psicología clínica. La intervención de la IA se reconoce, por tanto, como una herramienta de asistencia técnica que complementa, pero no sustituye, el juicio profesional y la autoría intelectual de los investigadores.

Resultados

El primer resultado de la investigación radica en la creación de la instrucción o prompt que se redacta y ajusta, debido a que la primera versión realizada no generaba una respuesta clara y completa por parte de la IA (Anexo 1) para que el modelo de LLM pueda generar el Programa de Intervención en Salud (Anexo 2), donde se integren los modelos teóricos biopsicosocial y salutogénico; así como los constructos calidad de vida, hábitos saludables y bienestar; y sus respectivas fichas técnicas de actividades (Anexo 3). Realizados los cambios, se estructura un versión final del prompt, presentado a continuación:

La generación del programa de intervención se realizará mediante el modelo ChatGPT-5 (o su versión más reciente) desarrollado por OpenAI, seleccionado por su capacidad de integración conceptual compleja, redacción técnica estructurada, respuestas empáticas al usuario y aplicabilidad en contextos educativos y de salud. El programa debe generarse en formato estructurado compatible con Word, con estructura formal académica, tabla de contenido y organización jerárquica clara.

Actúa como un Ph.D. en Psicología de la Salud, con experiencia en diseño, implementación y evaluación de intervenciones psicoeducativas basadas en evidencia, especialmente en contextos universitarios latinoamericanos y de manera específica en el contexto sociocultural colombiano. Tu tarea principal y obligatoria es

diseñar y redactar un programa completo de promoción de la salud, listo para evaluación académica por jueces expertos, entregando directamente el documento final completamente desarrollado sin explicar el proceso ni describir cómo lo hiciste.

La población objetivo son jóvenes universitarios en edades entre 18 a 25 años, pertenecientes a primer, segundo y tercer semestre del programa de psicología. El programa debe tener una duración total de 6 semanas, con intensidad de 1 o 2 sesiones por semana, modalidad autoguiada y adaptativa, y formato implementable en entorno digital.

El programa debe estar claramente basado e integrado en el Modelo biopsicosocial de George L. Engel y el Modelo salutogénico de Aaron Antonovsky. Explica ambos modelos con rigor académico, integra ambos modelos en el diseño del programa sin tratarlos por separado, y operacionaliza los constructos como factores biológicos, psicológicos y sociales, y sentido de coherencia (comprensibilidad, manejabilidad, significatividad).

El documento debe estar redactado en formato académico compatible con Word, con organización jerárquica clara que incluya: portada, tabla de contenido, introducción, justificación, marco teórico, objetivo general, objetivos específicos, metodología del programa, estructura del programa por módulos, estrategia de implementación digital, evaluación del programa, discusión y referencias bibliográficas.

El programa debe estar organizado en módulos semanales y cada módulo debe incluir explícitamente: título del módulo, objetivo específico, contenidos teóricos, actividades prácticas autoguiadas, estrategias pedagógicas, recursos digitales e indicadores de logro medibles. El documento debe tener coherencia teórica explícita, mostrar alineación lógica entre objetivos, contenidos y actividades, incluir

operacionalización clara de variables y constructos, ser viable en formato digital y mantener estilo académico formal con precisión terminológica, claridad conceptual y redacción estructurada.

Debes incluir tipo de evaluación, indicadores medibles e instrumentos sugeridos. Usa únicamente artículos científicos indexados, libros académicos reconocidos y organismos oficiales (OMS, OPS, etc.), sin inventar referencias, generar citas falsas ni usar fuentes no académicas como blogs o páginas informales. No incluyas explicaciones sobre cómo hiciste el trabajo, advertencias sobre IA, datos empíricos inventados ni lenguaje vago o general.

El marco teórico obligatorio debe responder cómo puede diseñarse un modelo integrador por módulos basado en el enfoque biopsicosocial propuesto en 1977, que incorpore de manera explícita variables biológicas (ritmos circadianos, sueño, nutrición y activación fisiológica), variables psicológicas (cognición, autorregulación, emociones y motivación) y variables sociales (apoyo percibido, cultura universitaria y redes interpersonales), permitiendo analizar e intervenir de forma integral en el bienestar psicológico y el rendimiento académico en población universitaria. Asimismo, debe explicar cómo operacionalizar estas variables dentro de un diseño de investigación, especificando posibles variables dependientes e independientes, instrumentos de medición, hipótesis y ejemplos de aplicación práctica en contextos como el manejo del estrés académico, insomnio, malos hábitos alimenticios, consumo de sustancias psicoactivas y demás factores que afectan el bienestar y la calidad de vida de los estudiantes.

Además, debe responder cómo puede diseñarse un modelo de intervención o análisis basado en el Modelo Salutogénico propuesto por Aaron Antonovsky (1996), cuyo eje

transversal sea el Sentido de Coherencia (SOC), compuesto por comprensibilidad, manejabilidad y significatividad, integrando de manera explícita el fortalecimiento de recursos personales y sociales como promotores de la salud dentro del contexto universitario. Debe fundamentar este modelo evitando su simplificación como pensamiento positivo, explicándolo en cambio como un marco estructural de afrontamiento basado en recursos y procesos de adaptación ante estresores, y mostrando la interacción dinámica entre sus componentes en lugar de presentarlos de forma aislada. También debe incorporar el concepto de alienación desde la psicología de la salud, incluyendo su definición conceptual, sus manifestaciones en el contexto universitario (alienación académica, social e institucional), y su relación con el bienestar psicológico y la calidad de vida.

Los constructos obligatorios a integrar deben responder cómo puede diseñarse un programa de intervención estructurado por módulos que articule conceptualmente el bienestar psicológico, la calidad de vida, los hábitos de vida saludables y el Sentido de Coherencia (SOC), integrando de manera coherente el Modelo Salutogénico de Aaron Antonovsky y el enfoque biopsicosocial. Debe garantizar que cada módulo integre simultáneamente ambos modelos teóricos, incorporando el SOC (comprensibilidad, manejabilidad y significatividad) como eje transversal, junto con la interacción dinámica de variables biológicas (ritmos circadianos, sueño, nutrición, activación fisiológica), psicológicas (cognición, autorregulación, emociones, motivación) y sociales (apoyo percibido, cultura universitaria, redes interpersonales), evitando su abordaje fragmentado. El programa debe explicar y operacionalizar la relación entre bienestar psicológico, calidad de vida y adopción de hábitos saludables como parte de un continuo dinámico de salud, fundamentado en el fortalecimiento de recursos personales y sociales, y no como un enfoque

reduccionista basado en el pensamiento positivo. Finalmente, debe identificar qué estrategias metodológicas y de intervención permitirían que esta articulación teórica se traduzca en módulos aplicables que favorezcan procesos de adaptación, afrontamiento, integración universitaria y reducción de factores de riesgo como la alienación, promoviendo así una mejora sostenible en la salud integral de la población objetivo.

La estructura por módulos obligatoria debe cumplir con los siguientes criterios: integración teórica obligatoria donde cada módulo integre simultáneamente el Modelo Salutogénico (SOC: comprensibilidad, manejabilidad y significatividad) y el Modelo Biopsicosocial con sus variables biológicas (ritmos circadianos, sueño, nutrición, activación fisiológica), psicológicas (cognición, autorregulación, emociones, motivación) y sociales (apoyo percibido, cultura universitaria, redes interpersonales). No debe presentar los componentes de forma aislada, sino en interacción dinámica entre los constructos bienestar, hábitos de vida saludables y calidad de vida, evitando simplificar el modelo como pensamiento positivo y fundamentándolo como un proceso de afrontamiento basado en recursos y adaptación ante estresores.

Para el Módulo 1: Bienestar, el foco principal será la promoción del bienestar psicológico mediante la clarificación del propósito de vida y su coherencia con los valores individuales, teniendo en cuenta las siguientes dimensiones operativas: bienestar emocional que incluye regulación afectiva, reconocimiento y validación emocional y manejo del estrés; bienestar cognitivo que comprende pensamiento flexible, capacidad de afrontamiento y reestructuración cognitiva básica; bienestar social que abarca calidad de relaciones interpersonales, apoyo social percibido y

comunicación asertiva; y bienestar funcional que incluye organización académica, manejo del tiempo y autoeficacia percibida. Debes incluir obligatoriamente los siguientes ítems: introducción psicoeducativa, fundamentación teórica específica (Modelo salutogénico y biopsicosocial), actividad práctica adaptativa autoguiada, sistema de establecimiento de metas SMART, algoritmo de retroalimentación empático, motivador y reforzador, indicadores de logro, monitoreo con indicador tipo Likert (1-4) donde 1 = No cumple, 2 = Cumple parcialmente, 3 = Cumple adecuadamente y 4 = Cumple totalmente, duración estimada por módulo, recursos necesarios y justificación final breve explicando cómo se aplicaron ambos modelos en este módulo.

Para el Módulo 2: Calidad de Vida, el foco principal será la mejora de la calidad de vida a través de la adquisición de conocimientos en salud y una percepción organizada de las demandas académicas. Debes incluir los mismos ítems del módulo 1 y agregar recursos internos y externos, factores contextuales y sociales. Para la ejecución de este módulo se deben tener en cuenta las siguientes dimensiones operativas: dimensión física que incluye energía diaria, calidad de sueño y ausencia de síntomas persistentes; dimensión psicológica que comprende satisfacción con la vida, autoestima y sentido de logro; dimensión social que abarca integración universitaria, percepción de apoyo familiar y participación comunitaria; y dimensión académica que incluye motivación intrínseca, percepción de rendimiento y adaptación al entorno educativo. La dimensión académica reconoce que el bienestar estudiantil no depende únicamente de variables emocionales individuales, sino también de la relación del estudiante con sus metas, su autopercepción de eficacia y el entorno educativo. En términos biopsicosociales, integra demandas institucionales, cogniciones de autoevaluación, hábitos de afrontamiento y recursos de adaptación al

contexto universitario. En términos salutogénicos, busca fortalecer la comprensibilidad, manejabilidad y significatividad en la experiencia académica.

Para el Módulo 3: Hábitos Saludables, el foco principal será las conductas de autocuidado: sueño, alimentación y actividad física. Este módulo se orienta al fortalecimiento de conductas de autocuidado que impactan el bienestar subjetivo, la regulación emocional, la energía cotidiana y la percepción de calidad de vida. No se presenta como prescripción médica ni como control de riesgo desde un enfoque deficitario, sino como entrenamiento gradual en conductas adaptativas que amplían recursos de afrontamiento y promueven agencia personal. Para asegurar coherencia metodológica, el módulo conserva la misma secuencia de intervención usada en los módulos previos: objetivo de sesión, activación reflexiva, contenido psicoeducativo, ejercicio práctico, autorregistro, pregunta de transferencia a la vida diaria y retroalimentación motivacional. Esta continuidad facilita la apropiación del formato autoguiado y disminuye la carga cognitiva del usuario. Además de los contenidos temáticos, cada unidad del Módulo 3 debe incluir una identificación explícita de recursos internos como capacidad de organización, autoobservación, disciplina flexible, conciencia corporal, clarificación de metas y recursos externos como redes de apoyo, rutinas del entorno, recordatorios ambientales, pares de seguimiento, acceso a espacios o servicios. La autorregulación conductual se operacionaliza mediante metas breves, monitoreo de avances, ajuste de barreras y refuerzo de logros alcanzables. Las dimensiones operativas incluyen: higiene del sueño con regularidad horaria, reducción de exposición nocturna a pantallas y percepción de descanso reparador; actividad física con frecuencia semanal, tipo de actividad y relación con estado de ánimo; alimentación consciente con regularidad de comidas, reducción de ultraprocesados e hidratación adecuada; manejo del estrés con técnicas básicas de

respiración, pausas activas y organización del tiempo; y prevención de consumo de sustancias con conciencia de riesgo, autocontrol situacional y toma de decisiones informada.

Los constructos de los módulos deben integrarse bajo una secuencia circular y acumulativa: hábitos saludables fortalecen bienestar, mejora calidad de vida, refuerza adopción de hábitos adaptativos, reduce alienación y fortalece sentido de coherencia. Esta lógica evita un tratamiento fragmentado de las variables y muestra que los comportamientos de autocuidado son simultáneamente resultado y motor de recursos psicológicos y sociales. Desde el modelo biopsicosocial, la circularidad expresa influencia recíproca entre conducta, experiencia subjetiva y contexto. Desde el modelo salutogénico, expresa cómo la acumulación de experiencias manejables y significativas favorece una percepción más coherente de la vida cotidiana.

El programa deberá incorporar instrumentos psicométricos estandarizados que funcionen como referentes para la evaluación en tres momentos: inicial (pretest), de proceso y final (postest). Se emplearán los mismos instrumentos en las mediciones pre y post con el fin de garantizar la comparabilidad de los resultados y evaluar cambios atribuibles a la intervención.

Los instrumentos incluyen: Escala de Sentido de Coherencia (SOC-13 o SOC-29), WHOQOL-BREF (calidad de vida), Escalas de bienestar psicológico (Ryff versión abreviada), Escala de Alienación Académica (adaptaciones validadas) e Instrumento breve de hábitos saludables. Para cada instrumento se deberá especificar el constructo evaluado, el propósito dentro del programa de intervención, el momento de aplicación (inicial, proceso, final), la forma en que los resultados orientan ajustes personalizados en la intervención y el tipo de puntuación e interpretación de

resultados. Se deberá evitar la invención o atribución no verificable de procesos de validación psicométrica.

El programa integrará de manera transversal las siguientes funciones, garantizando su presencia a lo largo de todos los módulos de intervención: psicoeducación orientada al autocuidado, promoción del sentido de coherencia, desarrollo de habilidades de regulación emocional, fortalecimiento de la autodeterminación, formulación y seguimiento de metas bajo el modelo SMART, monitoreo continuo del progreso del participante e implementación de estrategias de refuerzo motivacional adaptativo.

El diseño e implementación del programa se regirá por los siguientes principios metodológicos: enfoque preventivo y promocional en salud, coherencia epistemológica y técnica entre los fundamentos teóricos y las estrategias de intervención, perspectiva ética centrada en el sujeto y no patologizante, adaptabilidad a modalidades autoguiadas o mediadas por tecnologías y organización bajo una estructura modular flexible que permita ajustes según necesidades individuales.

El programa deberá contemplar un sistema de evaluación integral que incluya evaluación inicial para establecimiento de línea base de los participantes, evaluación de proceso para seguimiento continuo y valoración de avances con ajustes oportunos, y evaluación final para medición de resultados y análisis de la efectividad de la intervención.

Tu tarea es diseñar una propuesta técnica estructurada bajo un formato jerárquico numerado, garantizando una coherencia lógica rigurosa entre los objetivos, los contenidos teóricos y las actividades propuestas. Es imperativo evitar afirmaciones

generales o superficiales; cada punto debe estar respaldado por una justificación conceptual sólida. En el desarrollo, debes explicitar analíticamente cómo cada componente del programa integra y refleja la interacción del Modelo Biopsicosocial (biología, psicología y entorno social) y el Modelo Salutogénico (sentido de coherencia y activos de salud), priorizando la creación de salud sobre el estudio de la patología. Mantén un tono técnico, académico y alineado con la evidencia científica actual.

Para el desarrollo de esta tarea, debes adherirte estrictamente a las siguientes restricciones de diseño: queda terminantemente prohibido formular diagnósticos clínicos o emplear lenguaje patologizante; el enfoque debe ser de promoción y no de intervención clínica. El programa no debe pivotar sobre la enfermedad, sino sobre los activos de salud. Asimismo, se exige rigor en el tratamiento del Modelo Salutogénico, evitando su simplificación como 'pensamiento positivo' y abordándolo desde la movilización de recursos generales de resistencia. Además, debes garantizar una coherencia conceptual absoluta en todo el documento, asegurando que la terminología técnica sea consistente de principio a fin.

Finalmente, el programa debe diseñarse bajo el estricto cumplimiento del marco normativo colombiano y los estándares internacionales de bioética. Debes integrar explícitamente que la propuesta se rige por la Ley 1090 de 2006 (Código Deontológico del Psicólogo en Colombia), la Resolución 8430 de 1993 (clasificando el diseño como investigación sin riesgo), la Ley 1581 de 2012 (tratamiento de datos personales) y los principios éticos de la Declaración de Helsinki. El documento debe garantizar y mencionar los siguientes protocolos: implementación de consentimiento informado digital, garantía de confidencialidad absoluta, declaración de uso

exclusivo académico de la información, reconocimiento de la supervisión humana obligatoria sobre el contenido generado por IA y una cláusula de advertencia sobre la no sustitución de atención clínica profesional.

Dados los resultados y las observaciones del equipo, basándose en el Marco Teórico, las últimas instrucciones fueron:

Por favor genera en cada módulo, alertas y orientaciones al profesional si un estudiante registra factores de riesgo en los temas tratados. Especifica cuántas veces se hará revisión del funcionamiento del programa. Elimina del objetivo general luego de los 3 constructos: "integración universitaria y reducción de experiencias de alienación". Corrige lo siguiente: El programa sigue incluyendo la evaluación por metas SMART, debes quitarla de todo el programa. Genera todos los recursos y ayudas del programa, corrige que en el anexo B (Diario digital) tiene un error en los dos últimos ítems del formato, pues abarca hasta los espacios de respuesta del estudiante. El autoreporte del módulo 1 - semana 2, no se especifica en esa semana, por lo cual estaría incorrecto según el tiempo planteado, también tiene un formato inadecuado, pues el primer ítem se sale de la casilla y no hay espacio para que la persona marque sus respuestas. No hay más descargables para la semana 2, por favor complétalos. El anexo D (cuestionario módulo 2 - semana 3) tiene un formato inadecuado, pues los ítems se salen de las casillas, corrígelo. El anexo F (Diario módulo 3 - semana 5) tiene un formato inadecuado, pues el ítem 3 se sale de la casilla. El anexo G (Plan autoguiado módulo 3 - semana 6) tiene un formato inadecuado, pues el ítem 4 se sale de la casilla. Además, en el PROMPT original no se hace mención de este recurso, sino de otro, corrígelo. El anexo H es útil para el psicólogo, pero no se especifica en el PROMPT amplía la idea de su pertinencia. El

anexo I está útil para el psicólogo, pero no se especifica en el PROMPT amplía la información sobre su necesidad ni pertinencia. Además, no tiene tabla para diligenciar el chequeo.

Respecto a los resultados del proceso de validación de contenido por juicio de expertos, evaluado mediante la Razón de Validez de Contenido (CVR) según el método de Lawshe (1975), evidencian un nivel de validez global adecuado para el instrumento, con un Índice de Validez de Contenido (CVI) de 0.807. En la dimensión de suficiencia, los ítems 2, 3, 4, 5 y 9 alcanzaron el punto de corte establecido (CVR = 1.0), mientras que los ítems 1, 7, y 8 (CVR = 0.714) y los ítems 6 y 10 (CVR = 0.429) no lo superaron, sugiriendo la necesidad de reformulación o eliminación. En la dimensión de claridad, los ítems 1, 2, 3, 4, 5 y 9 obtuvieron CVR = 1.0, en tanto que los ítems 6, 7 y 10 (CVR = 0.429) y el ítem 8 (CVR = 0.714) no alcanzaron el umbral mínimo. Respecto a la dimensión de relevancia, se observó un desempeño más favorable, con siete ítems (1, 2, 3, 4, 5, 7 y 9) que alcanzaron CVR = 1.0, siendo únicamente los ítems 6, 8 y 10 los que no superaron el punto de corte (CVR = 0.714). Finalmente, en la dimensión de coherencia, los ítems 2, 3, 4, 5 y 9 fueron validados con CVR = 1.0, mientras que los ítems 1 (CVR = 0.714) y los ítems 6, 7, 8 y 10 (CVR = 0.429) requieren revisión. En conjunto, los ítems que presentaron mayor consistencia entre jueces fueron los correspondientes al Marco Teórico del Programa (Modelo Biopsicosocial y Salutogénico); los constructos de Bienestar, Calidad de Vida, Hábitos Saludables y las Consideraciones Éticas del Programa, los cuales alcanzaron el máximo puntaje en todas las dimensiones evaluadas.

Tabla 3

Resultados de la validación de contenido por juicio de expertos: dimensión suficiencia

Nº	tem	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	re	CVR	¿Válid?	Decisión
1	Introducción y justificación del Programa	2	3	4	4	3	3	4	5	0.714	No	Reformula /Eliminar
2	Marco Teórico del Programa (Modelo Biopsicosocial y Salutogénico)	3	3	4	4	4	3	3	7	1.000	Si	Mantener
3	Constructo Bienestar	3	3	4	4	4	3	3	7	1.000	Si	Mantener
4	Constructo Calidad de vida	4	3	4	3	4	3	4	7	1.000	Si	Mantener
5	Constructo Hábitos saludables	4	3	4	4	4	4	4	7	1.000	Si	Mantener
6	Objetivos del Programa	2	2	3	3	4	3	3	5	0.429	No	Reformula /Eliminar
7	Metodología y Estructura del Programa	4	2	4	3	4	4	3	5	0.714	No	Reformula /Eliminar
8	Evaluación del Programa	4	3	4	3	3	2	4	5	0.714	No	Reformula /Eliminar
9	Consideraciones Éticas del Programa	4	4	4	4	3	4	4	7	1.000	Si	Mantener
10	Anexos del Programa	2	3	4	4	2	3	4	5	0.429	No	Reformula /Eliminar

Nota. Recodificación dicotómica: puntuaciones 3 y 4 = Acuerdo (1); puntuaciones 1 y 2 = Desacuerdo (0). Punto de corte $CVR \geq 1.0$ (Lawshe). J = juez experto; ne = número de jueces que otorgaron acuerdo; CVR = razón de validez de contenido.

Tabla 4

Resultados de la validación de contenido por juicio de expertos: dimensión claridad

Nº	tem	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	ne	CVR	¿Válid?	Decisión
1	Introducción y justificación del Programa	3	3	3	4	3	3	4	7	1.000	Sí	Mantener
2	Marco Teórico del Programa (Modelo Biopsicosocial y Salutogénico)	3	4	4	4	4	3	3	7	1.000	Sí	Mantener
3	Constructo Bienestar	3	3	3	4	4	3	3	7	1.000	Sí	Mantener
4	Constructo Calidad de Vida	3	3	4	4	4	4	4	7	1.000	Sí	Mantener
5	Constructo Hábitos saludables	3	3	4	4	4	3	4	7	1.000	Sí	Mantener
6	Objetivos del Programa	1	2	4	3	3	3	3	5	0.429	No	Reformular/ Eliminar
7	Metodología y Estructura del Programa	1	2	4	3	3	3	4	5	0.429	No	Reformular/ Eliminar

3	Evaluación del Programa	3	4	4	3	3	4	5	0.714	No	Reformula /Eliminar
4	Consideraciones Éticas del Programa	4	4	4	4	3	4	7	1.000	Si	Mantener
10	Anexos del Programa	2	4	4	3	3	4	5	0.429	No	Reformula /Eliminar

Nota. Recodificación dicotómica: puntuaciones 3 y 4 = Acuerdo (1); puntuaciones 1 y 2 = Desacuerdo (0). Punto de corte $CVR \geq 1.0$ (Lawshe). J = juez experto; ne = número de jueces que otorgaron acuerdo; CVR = razón de validez de contenido.

Tabla 5

Resultados de la validación de contenido por juicio de expertos: dimensión relevancia

Nº	tem	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	ne	CVR	¿Válid?	Decisión
1	Introducción y justificación del Programa	3	3	4	4	4	3	4	7	1.000	Si	Mantener
2	Marco Teórico del Programa (Modelo Biopsicosocial y Salutogénico)	4	4	4	4	4	3	4	7	1.000	Si	Mantener
3	Constructo Bienestar	4	4	4	4	4	3	4	7	1.000	Si	Mantener
4	Constructo Calidad de Vida	4	3	4	4	4	3	4	7	1.000	Si	Mantener

5	Constructo Hábitos Saludables	4	3	4	4	4	3	4	7	1.000	Si	Mantener
5	Objetivos del Programa	3	2	4	4	4	3	4	5	0.714	No	Reformula /Eliminar
7	Metodología y Estructura del Programa	3	3	4	4	4	4	4	7	1.000	Si	Mantener
3	Evaluación del Programa	3	3	4	4	4	2	4	5	0.714	No	Reformula /Eliminar
9	Consideraciones Éticas del Programa	4	4	4	4	3	4	7	1.000	Si	Mantener	
10	Anexos del Programa	2	3	4	4	3	3	4	5	0.714	No	Reformula /Eliminar

Nota. Recodificación dicotómica: puntuaciones 3 y 4 = Acuerdo (1); puntuaciones 1 y 2 = Desacuerdo (0). Punto de corte $CVR \geq 1.0$ (Lawshe). J = juez experto; ne = número de jueces que otorgaron acuerdo; CVR = razón de validez de contenido.

Tabla 6

Resultados de la validación de contenido por juicio de expertos: dimensión coherencia

Nº	tem	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	ne	CVR	¿Válid?	Decisión
1	Introducción y justificación del Programa	3	3	4	4	3	2	4	5	0.714	No	Reformula /Eliminar

2	Marco Teórico del Programa (Modelo Biopsicosocial y Salutogénico)	3	3	4	4	3	3	3	7	1.000	Si	Mantener
3	Constructo Bienestar	3	3	4	4	4	3	3	7	1.000	Si	Mantener
4	Constructo Calidad de Vida	3	3	4	4	4	3	4	7	1.000	Si	Mantener
5	Constructo Hábitos Saludables	3	3	4	4	4	3	4	7	1.000	Si	Mantener
6	Objetivos del Programa	2	2	4	4	4	3	3	5	0.429	No	Reformula /Eliminar
7	Metodología y Estructura del Programa	2	2	4	3	3	4	4	5	0.429	No	Reformula /Eliminar
8	Evaluación del Programa	2	2	4	4	3	3	4	5	0.429	No	Reformula /Eliminar
9	Consideraciones Éticas del Programa	3	3	4	4	4	3	4	7	1.000	Si	Mantener
10	Anexos del Programa	2	2	4	4	3	3	4	5	0.429	No	Reformula /Eliminar

Nota. Recodificación dicotómica: puntuaciones 3 y 4 = Acuerdo (1); puntuaciones 1 y 2 = Desacuerdo (0). Punto de corte $CVR \geq 1.0$ (Lawshe). J = juez experto; ne = número de jueces que otorgaron acuerdo; CVR = razón de validez de contenido.

Discusión

La validación por jueces expertos indican que el programa generado por IA presenta un Índice de Validez de Contenido (IVC) global adecuado (0.807). Este hallazgo refuerza que el diseño del prompt logró articular de manera coherente los principios del modelo biopsicosocial (Engel, 1977) y el enfoque salutogénico (Antonovsky, 1996), especialmente en los ítems relacionados con el Marco Teórico del Programa, el Bienestar, la Calidad de Vida, los Hábitos Saludables y las Consideraciones Éticas, consolidándose como un fundamento robusto para la generación de un programa de intervención en salud generado por IA. Sin embargo, dimensiones como suficiencia, claridad, coherencia, y en menor medida relevancia, presentaron los índices más bajos, concentrados en los ítems referidos a los objetivos, la metodología, la evaluación del programa y los anexos, lo que sugiere que estas secciones estructurales son las más vulnerables a la imprecisión instruccional en la generación automatizada de contenidos clínicos.

Así mismo, el modelo biopsicosocial de Engel (1977) resulta fundamental al enfatizar que "los procesos de salud emergen de la interacción dinámica entre factores biológicos, psicológicos y sociales", mientras que el enfoque salutogénico de Antonovsky (1996) orienta la intervención "hacia el fortalecimiento de capacidades subjetivas" en lugar de corregir déficits. Este enfoque se alinea con la "tercera ola" de la psicología de la salud (Lomas et al., 2021), que trasciende el tratamiento de enfermedades para fortalecer los recursos personales y colectivos que permiten construir estilos de vida saludables, especialmente en etapas críticas como la universitaria y en el marco del auge de herramientas tecnológicas. Este giro paradigmático responde a la propuesta por la OMS (2025), la cual exige un enfoque proactivo centrado en la promoción activa de la salud y la prevención integral, priorizando estrategias

que potencien los recursos personales, el autocuidado y el acceso mediante innovaciones como la inteligencia artificial (OPS, 2025; Li, Fu & Python, 2025).

La coherencia mencionada anteriormente, se vio respaldada por los comentarios cualitativos de los jueces, quienes destacaron la pertinencia de los constructos seleccionados para operacionalizar los módulos del programa: los hábitos saludables como eje conductual, asociados a la alimentación, la actividad física, el descanso y el autocuidado (Vargas Rodríguez et al., 2024; Faílde Garrido et al., 2019); la calidad de vida como dimensión subjetiva que recoge la percepción personal del bienestar en función de metas, expectativas y valores (Ryff & Keyes, 1995); y el bienestar como proceso dinámico anclado en la capacidad de construir significado, mantener vínculos y ejercer agencia en contextos cambiantes (Lomas et al., 2021). La articulación de estos tres constructos configura una estructura teórica integradora y robusta para sustentar una intervención en salud universitaria.

Aunque los ítems: Marco Teórico, los Constructos y las Consideraciones Éticas, reflejan una sólida integración en el programa, los ítems Objetivos, Metodología y Anexos del Programa evidencian ambigüedades en su formulación y justificación. Esto puede estar relacionado con la rigurosidad de la construcción teórica en contraste con la metodología a implementar en el programa, puesto que la primera se especificó en la instrucción, mientras que la segunda se desarrolló arbitrariamente por Chat GPT. Además, los múltiples ajustes requeridos al prompt a lo largo del proceso de desarrollo ilustran esta tensión: la IA al carecer de entrenamiento específico en salud (Li, Fu & Python, 2025), interpreta las instrucciones desde patrones estadísticos generales y no desde una comprensión clínica estructurada, lo cual resulta insuficiente para la generación de programas de intervención en salud. Es así como el diseño de intervenciones digitales en salud requiere no solo dominio teórico de los

modelos conceptuales, sino también un plan metodológico estructurado, así como habilidades específicas para comunicar con claridad a los modelos de lenguaje de gran escala LLM.

Esta limitación subraya la necesidad de no concebir la IA como sustituto del juicio profesional, sino como herramienta complementaria que exige supervisión humana rigurosa y continua. Tal principio ético se encuentra explicitado en las Guías del CIOMS (2016), que establecen la responsabilidad de los investigadores y profesionales en el uso de tecnologías emergentes, especialmente cuando estas operan en contextos sensibles como la salud. Asimismo, persiste el riesgo inherente a los LLMs de generar alucinaciones (afirmaciones plausibles pero no verificables), fenómeno documentado por *Kung et al. (2023)* y que fue observado en reiteradas ocasiones durante el proceso de generación del programa, requiriendo correcciones sistemáticas mediante la reformulación del prompt.

Finalmente, los hallazgos del presente estudio abren una oportunidad estratégica para el campo de la salud digital: validar futuras versiones del programa con IAs especializadas en biomedicina, o replicar esta metodología con modelos entrenados en práctica clínica. Estos hallazgos también subrayan la necesidad de una colaboración interdisciplinaria rigurosa para optimizar el diseño de programas asistidos por IA. Tal como proponen Galván-Villamarín y Lara-Díaz (2022), la innovación en salud debe integrar psicología, ética, ciencia de datos y diseño centrado en el usuario. Los resultados refuerzan la importancia de involucrar a expertos en ingeniería de prompts durante la fase de diseño, ya que el prompt no es solo una instrucción, sino un componente crítico que determina directamente la validez del contenido final.

Conclusiones

1. El programa generado por IA alcanza validez de contenido adecuada (CVR global = 0.807), validando su estructura teórica y operativa para promover bienestar, calidad de

vida y hábitos saludables en estudiantes universitarios, pues los ítems con mayor consistencia reflejan una sólida integración de los modelos biopsicosocial y salutogénico, tal como se espera en intervenciones rigurosas en salud (Antonovsky, 1996; Engel, 1977).

2. La validación evidenció que el marco teórico del programa, sustentado en el modelo biopsicosocial (Engel, 1977) y el enfoque salutogénico (Antonovsky, 1996), obtuvo las puntuaciones de IVC más altas, confirmando su pertinencia conceptual. La coherencia reconocida por los jueces en los constructos de hábitos saludables (Vargas Rodríguez et al., 2024; Faílde Garrido et al., 2019), calidad de vida (Ryff & Keyes, 1995) y bienestar (Lomas et al., 2021) indica que estos activos en salud constituyen una base sólida para fortalecer la estructura del programa, en línea con la "tercera ola" de la psicología de la salud y su énfasis en el fortalecimiento de recursos personales y colectivos; en vía con lo establecido por la OMS (2025), sobre un enfoque proactivo centrado en la promoción activa de la salud y la prevención integral.
3. Los ítems con $IVC < 1.0$ (40%) requieren ajustes en su redacción y alineación teórica, especialmente en Suficiencia y Coherencia, lo que evidencia la complejidad de traducir marcos teóricos complejos a instrucciones para IA sin formación específica en ingeniería de prompts (Li, Fu & Python, 2025).
4. Los resultados del presente estudio confirman que la validación por jueces expertos mediante el IVC (Lawshe, 1975) es un mecanismo metodológicamente pertinente para evaluar la calidad de contenidos generados con IA, y debe ser considerado un paso obligatorio antes de cualquier implementación de programas de salud basados en inteligencia artificial.
5. ChatGPT, aunque versátil y accesible (Li, Fu & Python, 2025), no está entrenado específicamente en salud, lo que limita su capacidad para generar contenidos

clínicamente rigurosos sin supervisión experta constante, y lo hace susceptible a producir alucinaciones que comprometen la integridad del material generado (*Kung et al., 2023*).

6. Los resultados respaldan que la IA no puede reemplazar el juicio profesional, sino que debe concebirse como una herramienta complementaria que exige supervisión humana rigurosa, por lo que su uso debe regirse por principios éticos estrictos, alineados con la Resolución 8430 de 1993 (principio de no maleficencia y mínimo riesgo), la Ley 1090 de 2006 (responsabilidad profesional del psicólogo) y las Guías del CIOMS (2016) (autonomía, beneficencia y justicia), marcos que deben integrarse desde la fase de diseño y no como consideraciones posteriores
7. La actualización profesional en salud debe incorporar competencias digitales de forma sistemática: comprender el funcionamiento, diseño y validación de herramientas tecnológicas es hoy una condición necesaria para una práctica clínica responsable e innovadora (*Lomas et al., 2021*).
8. La colaboración interdisciplinaria entre psicólogos, ingenieros de prompts, expertos en ética y desarrolladores es esencial para superar las barreras actuales en la implementación de IA en salud, tal como lo proponen iniciativas orientadas a la humanización integral de los servicios (*Galván-Villamarín & Lara-Díaz, 2022*).

Recomendaciones

1. Ajustar el prompt con el apoyo de expertos en ingeniería de IA e incorporar la retroalimentación cualitativa proporcionada por los jueces evaluadores, manteniendo la teoría validada y mejorando la coherencia, la suficiencia y la claridad del contenido antes de cualquier fase de implementación. Este proceso debe seguir estándares metodológicos de validación de contenido (*Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez, 2008*)

y considerar una segunda ronda de evaluación por expertos que permita verificar los ajustes realizados.

2. Explorar la adaptación del programa a IAs especializadas en salud, como la plataforma institucional *Kia* de Keralty, Med-PaLM o ClinicalBERT (Kung et al., 2023) u otros modelos entrenados en literatura biomédica, que podrían ofrecer mayor precisión clínica y menor riesgo de alucinaciones, en línea con las políticas nacionales de transformación digital en salud (MinTIC, 2025) y con lo establecido por la Ley 2460 de 2025 sobre atención integral en salud mental con enfoque tecnológico. Esta exploración debe ir acompañada de protocolos institucionales de validación que garanticen la seguridad, la pertinencia clínica y la responsabilidad ética de los contenidos generados (CIOMS, 2016; Resolución 8430 de 1993).
3. Fomentar la formación interdisciplinaria en los programas de psicología clínica y de la salud, incluyendo módulos específicos sobre ética de la IA, diseño de prompts y evaluación de tecnologías digitales. La preparación de los futuros profesionales para integrar innovación tecnológica con rigor científico y responsabilidad ética no es optativa, sino una exigencia del contexto actual (Lomas et al., 2021; Galván-Villamarín & Lara-Díaz, 2022), en el que la IA se consolida como herramienta transversal en la práctica clínica, la investigación y la gestión de servicios de salud.

Referencias

- Aggarwal, A., Tam, C. C., Wu, D., Li, X., & Qiao, S. (2023). Artificial intelligence–based chatbots for promoting health behavioral changes: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e42357. <https://doi.org/10.2196/40789>
- Águila Ramírez, L. (2023). Artificial intelligence in psychological diagnosis and intervention. *LatIA*, 1, 26. <https://doi.org/10.62486/latia202326>
- Aguiló Pons, A., y Guzmán Córdoba, A. (2023). Estudio uso del teléfono móvil, estilo de vida y bienestar psicológico en estudiantes universitarios. En M. Corbí Santamaría, D. Ortega Sánchez, y A. Aguiló Pons (Coords.), *El contexto universitario como espacio promotor de hábitos saludables* (pp. 25-34). Universidad Burgos. <https://doi.org/10.36443/9788418465376>
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.).
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Aparicio, A. (2026). La salud mental y estrategias de autocuidado en estudiantes de medicina. *Alerta, Revista Científica del Instituto Nacional de Salud*, 9(1), 37–44. <https://doi.org/10.5377/alerta.v9i1.21557>
- Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

- Barilla, J. C. A. (2024). Experiencias biopsicosociales para fortalecer los estilos de vida saludable: análisis desde la educación física en tres instituciones rurales del municipio de Planeta Rica Córdoba Colombia. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(4), 4106-4125. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i4.12637
- Becton Dickinson. (2025, April 21). BD launches next-generation hemodynamic monitoring solution providing clinicians with AI-driven clinical decision support. <https://news.bd.com/2025-04-21-BD-Launches-Next-Generation-Hemodynamic-Monitoring-Solution-Providing-Clinicians-with-AI-Driven-Clinical-Decision-Support>
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 576–582. <https://doi.org/10.1370/afm.245>
- Cabrera, J. S. (2015). Estilos de vida saludables: un derecho fundamental en la vida del ser humano. *Revista latinoamericana de derechos humanos*, 26(2), 37–51. <https://doi.org/10.15359/rldh.26-2.2>
- Canova-Barrios, C. (2017). Estilo de vida de estudiantes universitarios de enfermería de Santa Marta, Colombia. *Revista Colombiana De Enfermería*, 14, 23–32. <https://doi.org/10.18270/rce.v14i12.2025>
- Congreso de la República de Colombia. (2006). Ley 1090 de 2006. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. *Diario Oficial No. 46.383*.
- Congreso de la República de Colombia. (2012). Ley 1581 de 2012. Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. *Diario Oficial No. 48.587*.

Congreso de la República de Colombia. (2013). Ley 1616 de 2013: Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 48.680.

Congreso de la República de Colombia. (2025). Ley 2460 de 2025: Por medio de la cual se modifica la Ley 1616 de 2013 y se dictan otras disposiciones en materia de prevención y atención de trastornos y/o enfermedades mentales, así como medidas para la promoción y cuidado de la salud mental. Diario Oficial No. 53.153.

Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). (2016). Guías éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. Organización Mundial de la Salud.

<https://cioms.ch/publications/product/guias-eticas-internacionales-para-la-investigacion-relacionada-con-la-salud-con-seres-humanos/>

da Silva Domingues, H., del-Pino-Casado, R., Palomino-Moral, P. Á., López Martínez, C., Moreno-Cámara, S., & Frías-Osuna, A. (2022). *Relationship between sense of coherence and health-related behaviours in adolescents and young adults: A systematic review*. *BMC Public Health*, 22, Article 477.
<https://doi.org/10.1186/s12889-022-12816-7>

Departamento Nacional de Planeación (DNP). (2025). Documento CONPES 4144: Política Nacional de Inteligencia Artificial. Gobierno de Colombia.
<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/4144.pdf>

De la Fuente, D., y Armayones, M. (2025). La IA en la práctica psicológica: ¿qué existe y cómo puede ayudar en psicología asistencial? *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers*, 46(1), 18-24. <https://doi.org/10.70478/pap.psicol.2025.46.03>

Duarte Cuervo, C. Y. (2015). Comprensión e implementación de la promoción de la salud en instituciones de educación superior en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 17(6), 899–911. <https://doi.org/10.15446/rsap.v17n6.44713>

El Colombiano. (2025, 10 de febrero). IA que salva vidas llega a hospitales de Colombia: así funciona el sistema APM en cirugías y UCI. <https://www.elcolombiano.com/tecnologia/ia-salva-vidas-llega-hospitales-colombia-como-funciona-sistema-apm-cirugias-uci-GB29395672>

El Tiempo. (2025, agosto 17). Colombia, primer país de Latinoamérica que tendrá sistema que usa inteligencia artificial para anticipar complicaciones médicas hasta 5 minutos antes. <https://www.eltiempo.com/salud/colombia-primer-pais-de-latinoamerica-que-tendra-sistemas-que-usa-inteligencia-artificial-para-anticipar-complicaciones-medicas-hasta-5-minutos-antes-3482213>

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

Escobar-Pérez, J., & Cuervo-Martínez, Á. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, 6, 27–36. https://www.researchgate.net/publication/302438451_Validez_de_contenido_y_juicio_de_expertos_Una_aproximacion_a_su_utilizacion

Faílde Garrido, J. M., Ruiz Soriano, L., Pérez Fernández, M. R., Lameiras Fernández, M., & Rodríguez Castro, Y. (2019). Evolution of quality of life and health-related behaviors among Spanish university students. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(1), e789–e801. <https://doi.org/10.1002/hpm.2692>

- Fareed, M., Fatima, M., Uddin, J., Ahmed, A., & Sattar, M. A. (2025). A systematic review of ethical considerations of large language models in healthcare and medicine. *Frontiers in Digital Health*, 7, 1653631. <https://doi.org/10.3389/fdgth.2025.1653631>
- Feuerriegel, S., Hartmann, J., Janiesch, C., & Zschech, P. (2024). Generative AI. *Business & Information Systems Engineering*, 66, 111–126. <https://doi.org/10.1007/s12599-023-00834-7>
- Feigenbaum, E. A. (1980). *Knowledge Engineering: The Applied Side of Artificial Intelligence* (No. STANCS80812). <https://stacks.stanford.edu/file/druid:cn981xh0967/cn981xh0967.pdf>
- Gallardo-López, J. A. (2023). Mesa “La promoción de la salud en la universidad desde la perspectiva de la gobernanza y la sostenibilidad”. En M. Corbí Santamaría, D. Ortega Sánchez, y A. Aguiló Pons (Coords.), *El contexto universitario como espacio promotor de hábitos saludables* (p. 21). Universidad de Burgos. <https://doi.org/10.36443/9788418465376>
- Galván-Villamarín, J. F., & Lara Díaz, M. F. (2022). Diseño e implementación del modelo de humanización integral en salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 70(3), 105–131. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8816427>
- He, K., Mao, R., Lin, Q., Ruan, Y., Lan, X., Feng, M., & Cambria, E. (2023). *A survey of large language models for healthcare: From data, technology, and applications to accountability and ethics*. *arXiv*. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2310.05694>
- Henzler, D., Schmidt, S., Koçar, A., Herdegen, S., Lindinger, G. L., Maris, M. T., Bak, M. A. R., Willems, D. L., Tan, H. L., Lauerer, M., Nagel, E., Hindricks, G., Dages, N., &

- Konopka, M. J. (2025). Healthcare professionals' perspectives on artificial intelligence in patient care: a systematic review of hindering and facilitating factors on different levels. *BMC health services research*, 25(1), 633.
<https://doi.org/10.1186/s12913-025-12664-2>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.^a ed.). McGraw-Hill Education
https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf
- IBM. (2024). What is generative AI? IBM Think.
<https://www.ibm.com/think/topics/generative-ai>
- Jo, E., Song, S., Kim, J.-H., Lim, S., Kim, J. H., Cha, J.-J., Kim, Y.-M., & Joo, H. J. (2024). Assessing GPT-4's performance in delivering medical advice: Comparative analysis with human experts. *JMIR Medical Education*, 10, e51282.
<https://doi.org/10.2196/51282>
- Kastrup, N., Holst-Kristensen, A. W., & Valentin, J. B. (2024). Landscape and challenges in economic evaluations of artificial intelligence in healthcare: A systematic review of methodology. *BMC Digital Health*, 2, Article 39.
<https://doi.org/10.1186/s44247-024-00088-7>
- Kung, T. H., Cheatham, M., Medenilla, A., Sillos, C., De Leon, L., Elepaño, C., Madriaga, M., Aggabao, R., Diaz-Candido, G., Maningo, J., & Tseng, V. (2023). Performance of ChatGPT on USMLE: Potential for AI-assisted medical education using large language models. *PLOS Digital Health*, 2(2), e0000198.
<https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000198>

- Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28(4), 563–575. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>
- Ladoux Arroyo, M. (2023). I Festival UMA Saludable: actividad de promoción de estilos de vida saludables en la comunidad universitaria. En M. Corbí Santamaría, D. Ortega Sánchez, y A. Aguiló Pons (Coords.), *El contexto universitario como espacio promotor de hábitos saludables* (p. 45). Universidad de Burgos. <https://doi.org/10.36443/9788418465376>
- LeCun, Y., Bengio, Y. y Hinton, G. Aprendizaje profundo. *Nature* 521 , 436–444 (2015). <https://doi.org/10.1038/nature14539>
- Li, H., Fu, J. F., & Python, A. (2025). Implementing Large Language Models in Health Care: Clinician-Focused Review With Interactive Guideline. *Journal of medical Internet research*, 27, e71916. <https://doi.org/10.2196/71916>
- Lomas, T., Waters, L., Williams, P., Oades, L. G., & Kern, M. L. (2021). Third wave positive psychology: Broadening towards complexity. *The Journal of Positive Psychology*, 16(5), 660–674. <https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1805501>
- McKinsey & Company. (2023, 19 de enero). What is generative AI? McKinsey Explainers. <https://www.mckinsey.com/featured-insights/mckinsey-explainers/what-is-generative-ai>
- Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación. (2025). Documento de tipologías de proyectos de carácter científico, tecnológico o de innovación (Versión 8). https://minciencias.gov.co/sites/default/files/upload/paginas/tipologia_de_proyectos_version_8.pdf

Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación. (2025, 7 de mayo). MinCiencias lidera el proyecto de ley que busca regular el desarrollo ético, seguro y responsable de la inteligencia artificial en Colombia. Portal de Inteligencia Artificial de Colombia. <https://inteligenciaartificial.minciencias.gov.co/minciencias-lidera-el-proyecto-de-ley-que-busca-regular-el-desarrollo-etico-seguro-y-responsable-de-la-inteligencia-artificial-en-colombia/>

Ministerio de Salud. (1993). Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Diario Oficial No. 41.148. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>

Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (MinTIC). (2025, 25 de marzo). Colombia elige una inteligencia artificial centrada en la vida, los derechos y el interés público con radicación del proyecto de ley de IA. <https://www.mintic.gov.co/portal/inicio/Sala-de-prensa/Noticias/401055:Colombia-elige-una-inteligencia-artificial-centrada-en-la-vida-los-derechos-y-el-interes-publico-con-radicacion-del-proyecto-de-ley-de-IA>

Momani, F. (2025). The implications of artificial intelligence on health data privacy and confidentiality. arXiv. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2501.01639>

Muntaner-Mas, A. (2023). Mesa "Campus Espacios sin Humo" (I). En M. Corbí Santamaría, D. Ortega Sánchez, y A. Aguiló Pons (Coords.), El contexto universitario como espacio promotor de hábitos saludables (p. 29). Universidad de Burgos. <https://doi.org/10.36443/9788418465376>

Nasarian, E., Alizadehsani, R., Acharya, U. R., & Tsui, K.-L. (2023). Designing interpretable

ML systems to enhance trust in healthcare: A systematic review to propose a responsible clinician–AI collaboration framework [Preprint]. Research Square.

<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3626164/v2>

Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud.

OMS. 559-568.<https://www.who.int/publications/i/item/WH-1987>

Organización Mundial de la Salud. (1997). WHOQOL: Measuring quality of life. World

Health Organization. <https://www.who.int/tools/whoqol>

Organización Mundial de la Salud. (2025). World health statistics 2025. World Health

Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110496>

Organización Panamericana de la Salud. (2023). Toolkit de transformación digital:

Herramientas para apoyar la transformación digital del sector salud en las Américas.

OPS. <https://www.paho.org/sites/default/files/2023-11/dt-toolkit-rev-10-dic-20230.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2025). Promoción de la salud y bienestar en las

Américas.<https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>

Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones & Ministerio de Ciencia,

Tecnología e Innovación. (2025, 19 de marzo). MinTIC y MinCiencias socializaron

borrador de proyecto de ley para el desarrollo de la inteligencia artificial. Presidencia de la República de Colombia.

[https://www.mintic.gov.co/portal/inicio/Sala-de-prensa/Noticias/400094:MinTIC-y-M](https://www.mintic.gov.co/portal/inicio/Sala-de-prensa/Noticias/400094:MinTIC-y-MinCiencias-socializaron-borrador-de-proyecto-de-ley-para-el-desarrollo-de-la-inteligencia-artificial-en-el-pais)

[inCiencias-socializaron-borrador-de-proyecto-de-ley-para-el-desarrollo-de-la-inteligencia-artificial-en-el-pais](https://www.mintic.gov.co/portal/inicio/Sala-de-prensa/Noticias/400094:MinTIC-y-MinCiencias-socializaron-borrador-de-proyecto-de-ley-para-el-desarrollo-de-la-inteligencia-artificial-en-el-pais)

- Newell, A., & Simon, H. A. (1961). Computer simulation of human thinking. *Science*, 134(3495), 2011–2017. <https://doi.org/10.1126/science.134.3495.2011>
- Pressman, S. M., Borna, S., Gomez-Cabello, C. A., Haider, S. A., Haider, C., & Forte, A. J. (2024). AI and Ethics: A Systematic Review of the Ethical Considerations of Large Language Model Use in Surgery Research. *Healthcare*, 12(8), 825. <https://doi.org/10.3390/healthcare12080825>
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Schmid, A. M., & Kurpicz-Briki, M. (2022). The digital transformation of mental health care and psychotherapy: A market and research maturity analysis . In T. Bürkle, P. Castor, & J. Holm (Eds.), *Healthcare of the Future 2022* (pp. 165–170). IOS Press.. <https://ebooks.iospress.nl/doi/10.3233/SHTI220322>
- Semana. (2024, 10 de diciembre). Así será la Unidad Clínica de Inteligencia Artificial con la que LaCardio busca transformar la salud en Colombia. *Semana*. <https://www.semana.com/foros-semana/articulo/asi-sera-la-unidad-clinica-de-inteligencia-artificial-con-la-que-lacardio-busca-transformar-la-salud-en-colombia/202447/>
- Sengar, S. S., Hasan, A. B., Kumar, S., & Carroll, F. (2025). Generative artificial intelligence: a systematic review and applications. *Multimedia Tools and Applications*, 84(21), 23661–23700. <https://doi.org/10.1007/s11042-024-20016-1>

McCarthy, J., Minsky, M. L., Rochester, N., & Shannon, C. E. (2006). A proposal for the Dartmouth summer research project on artificial intelligence, August 31, 1955. *AI Magazine*, 27(4), 12–14.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1609/aimag.v27i4.1904>

Manubens, R. T., Buongiorno, E., & Gómez Penedo, J. M. (2024). Personalización en psicoterapia: estado actual y desafíos para su implementación en Latinoamérica. *Revista de Psicoterapia*, 35(127), 17–24. <https://doi.org/10.5944/rdp.v35i127.39808>

Tierney, A. A., Reed, M. E., Liu, V., & Grant, R. W. (2025). Health equity in the era of large language models. *American Journal of Managed Care*, 31(3), 112–117.

<https://doi.org/10.37765/ajmc.2025.89695>

Turing, A. M. (1950). Computing machinery and intelligence. *Mind*, 59(236), 433–460.

<https://doi.org/10.1093/mind/LIX.236.433>

UNICEF. (s.f.). Salud. <https://www.unicef.org/es/salud>

UNICEF. (2021). Chatbot con consejos e información sobre salud mental está disponible a través de U-Report.

<https://www.unicef.org/ecuador/historias/chatbot-con-consejos-e-informaci%C3%B3n-sobre-salud-mental-est%C3%A1-disponible-trav%C3%A9s-de-u-report>

UNICEF Colombia. (2024). “De salud mental sí hablamos”: UNICEF Colombia propone abrir una conversación sobre la salud mental de niños, niñas y adolescentes

[Comunicado de prensa].

<https://www.unicef.org/colombia/comunicados-prensa/de-salud-mental-s%C3%AD-hablamos-unicef-colombia-propone-abrir-una-conversaci%C3%B3n-sobre>

UNICEF Ecuador. (2023). U-Report chatbot de salud mental.

<https://www.unicef.org/ecuador/u-report-chatbot-de-salud-mental>

Urzúa, A., Caqueo, A (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>

Valencia Sinisterra, D., Barrientos, K. J., & Llanes Villota, M. A. (2023). Beneficios y retos de la inteligencia artificial en el sistema de salud colombiano. *LatIA*, 1, Article 25.

<https://doi.org/10.62486/latia202325>

Vargas Rodríguez, L. J., Hernández Becerra, Á. C., Escobar Villarreal, L. D., Alemán

Gualdrón, J. S., Ortiz Báez, N., & Acosta Pérez, C. A. (2024). Caracterización de los hábitos y estilos de vida saludables en estudiantes universitarios de Tunja. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 33(2). 124–130.

<https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.01217372.1418>

Vélez, C., Pico, M., Escobar, M. (2024). Promoción de la salud en el contexto de vida universitaria: satisfacción y oportunidades de mejora. *Hacia la Promoción de la Salud*, 29(3):29-42.

<https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/10456>

Yousefi, F., Naye, F., Ouellet, S., Yameogo, A.-R., Sasseville, M., Bergeron, F., Ozkan, M.,

Cousineau, M., Amil, S., Rhéaume, C., & Gagnon, M.-P. (2025). Artificial intelligence in health promotion and disease reduction: Rapid review. *Journal of Medical Internet Research*, 27, e70381. <https://doi.org/10.2196/70381>

Zhang, X., Chen, L., Wang, H., & Wang, J. (2023). Ethics and governance of trustworthy medical artificial intelligence. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 23(1), 7.<https://doi.org/10.1186/s12911-023-02103-9>

Anexo 1. Primer Borrador Prompt

PROMPT PARA GENERACIÓN DE PROGRAMA

La generación del programa de intervención se realiza mediante el modelo Chat GPT-5 (o su versión más reciente) desarrollado por OpenAI, seleccionado por su capacidad de integración conceptual compleja, redacción técnica estructurada, respuestas empáticas al usuario y aplicabilidad en contextos educativos y de salud.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

El programa debe generarse en formato estructurado compatible con word, con estructura formal académica, tabla de contenido y organización jerárquica.

ROL PROFESIONAL DEL MODELO

Actúa como un Ph.D. en Psicología de la Salud, con experiencia en diseño, implementación y evaluación de intervenciones psicoeducativas basadas en evidencia, especialmente en contextos universitarios latinoamericanos y, de manera específica, en el contexto sociocultural colombiano.

TAREA PRINCIPAL Y OBLIGATORIA

Debes diseñar y redactar un programa completo de promoción de la salud, listo para evaluación académica por jueces expertos.

- No expliques cómo hacerlo.
- No describas el proceso.
- Entrega directamente el documento final completamente desarrollado.

POBLACIÓN OBJETIVO

Jóvenes universitarios en edades entre 18 a 25 años, pertenecientes a primer, segundo y tercer semestre del programa de psicología.

CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA

Duración total: 6 semanas

Intensidad: 1 o 2 sesiones por semana

Modalidad: Autoguiado y adaptativo

Formato: Implementable en entorno digital

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA (OBLIGATORIA Y EXPLÍCITA)

El programa debe estar claramente basado e integrado en el Modelo biopsicosocial de George L. Engel y el Modelo salutogénico de Aaron Antonovsky

Instrucciones específicas:

Explica ambos modelos con rigor académico, integra ambos modelos en el diseño del programa (no tratarlos por separado), operacionaliza los constructos, por ejemplo:

Factores biológicos, psicológicos y sociales, sentido de coherencia (comprensibilidad, manejabilidad, significatividad).

ESTRUCTURA DEL DOCUMENTO (OBLIGATORIA)

El documento debe estar redactado en formato académico compatible con Word, con organización jerárquica clara:

1. Portada
2. Tabla de contenido
3. Introducción
4. Justificación
5. Marco teórico
6. Objetivo general
7. Objetivos específicos
8. Metodología del programa
9. Estructura del programa por módulos
10. Estrategia de implementación digital
11. Evaluación del programa
12. Discusión
13. Referencias bibliográficas

DESARROLLO DE LOS MÓDULOS (OBLIGATORIO)

El programa debe estar organizado en módulos semanales y cada módulo debe incluir explícitamente:

1. Título del módulo
2. Objetivo específico
3. Contenidos teóricos
4. Actividades prácticas (autoguiadas)
5. Estrategias pedagógicas
6. Recursos digitales
7. Indicadores de logro (medibles)

CRITERIOS DE CALIDAD (DEBEN CUMPLIRSE TODOS)

El documento debe:

1. Tener coherencia teórica explícita
2. Mostrar alineación lógica entre objetivos, contenidos y actividades
3. Incluir operacionalización clara de variables y constructos
4. Ser viable en formato digital
5. Mantener estilo académico formal, con:
6. Precisión terminológica
7. Claridad conceptual
8. Redacción estructurada

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA (OBLIGATORIO)

Debes incluir:

1. Tipo de evaluación
2. Indicadores medibles
3. Instrumentos sugeridos

REFERENCIAS Y EVIDENCIA

Usa únicamente:

1. Artículos científicos indexados
2. Libros académicos reconocidos
3. Organismos oficiales (OMS, OPS, etc.)
4. No inventes referencias
5. No generes citas falsas
6. No uses fuentes no académicas (blogs, páginas informales)

RESTRICCIONES FINALES

1. No incluyas explicaciones sobre cómo hiciste el trabajo
2. No incluyas advertencias sobre IA
3. No inventes datos empíricos
4. No uses lenguaje vago o general

3. OBJETIVO DE LA TAREA:

3.1. Diseñar el contenido técnico completo de un programa de promoción de la salud para Jóvenes Universitarios (18–25 años, en 1er, 2do y 3er semestre de psicología), estructurado en módulos temáticos autoguiados y adaptativos; con una

intensidad de 1 o 2 sesiones por semana y una duración total de 6 semanas. El programa debe estar fundamentado explícitamente en el modelo biopsicosocial de Engel y el modelo salutogénico de Antonovsky.

3.2. El programa será sometido a validación por jueces expertos, por lo que debe presentar:

- 3.2.1. Coherencia teórica explícita
- 3.2.2. Articulación lógica entre objetivos, contenidos y actividades
- 3.2.3. Operacionalización clara de constructos
- 3.2.4. Viabilidad de implementación digital
- 3.2.5. No inventar evidencia empírica específica.
- 3.2.6. Debe contar con citas y referencias bibliográficas comprobables.

4. MARCO TEÓRICO OBLIGATORIO

El marco teórico obligatorio debe responder cómo puede diseñarse un modelo integrador por módulos basado en el enfoque biopsicosocial propuesto en 1977, que incorpore de manera explícita variables biológicas (ritmos circadianos, sueño, nutrición y activación fisiológica), variables psicológicas (cognición, autorregulación, emociones y motivación) y variables sociales (apoyo percibido, cultura universitaria y redes interpersonales), permitiendo analizar e intervenir de forma integral en el bienestar psicológico y el rendimiento académico en población universitaria. Asimismo, debe explicar cómo operacionalizar estas variables dentro de un diseño de investigación, especificando posibles variables dependientes e independientes, instrumentos de medición, hipótesis y ejemplos de aplicación práctica en contextos como el manejo del estrés académico, insomnio, malos hábitos alimenticios, consumo de sustancias psicoactivas y demás factores que afectan el bienestar y la calidad de vida de los estudiantes.

Además, debe responder cómo puede diseñarse un modelo de intervención o análisis basado en el Modelo Salutogénico propuesto por Aaron Antonovsky (1996), cuyo eje transversal sea el Sentido de Coherencia (SOC) —compuesto por comprensibilidad, manejabilidad y significatividad—, integrando de manera explícita el fortalecimiento de recursos personales y sociales como promotores de la salud dentro del contexto universitario. Debe fundamentar este modelo evitando su simplificación como pensamiento positivo, explicándolo en cambio como un marco estructural de afrontamiento basado en recursos y procesos de adaptación ante estresores, y mostrando la interacción dinámica entre sus componentes en lugar de presentarlos de forma aislada. También debe incorporar el concepto de alienación desde la psicología de la salud, incluyendo su definición conceptual, sus manifestaciones en el contexto universitario (alienación académica, social e institucional), y su relación con el bienestar.

5. CONSTRUCTOS OBLIGATORIOS A INTEGRAR

Los constructos obligatorios a integrar deben responder cómo puede diseñarse un programa de intervención estructurado por módulos que articule conceptualmente el bienestar, calidad de vida, hábitos de vida saludables y el Sentido de Coherencia (SOC), integrando de manera coherente el Modelo Salutogénico de Aaron Antonovsky y el enfoque biopsicosocial. Debe garantizar que cada módulo integre simultáneamente ambos modelos teóricos, incorporando el SOC (comprensibilidad, manejabilidad y significatividad) como eje transversal, junto con la interacción dinámica de variables biológicas (ritmos circadianos, sueño, nutrición, activación fisiológica), psicológicas (cognición, autorregulación, emociones, motivación) y sociales (apoyo percibido, cultura universitaria, redes interpersonales), evitando su abordaje fragmentado. El programa debe explicar y operacionalizar la relación entre bienestar psicológico, calidad de vida y adopción de hábitos saludables como parte de un continuo dinámico de salud, fundamentado en el fortalecimiento de recursos personales y sociales, y no como un enfoque reduccionista basado en el pensamiento positivo. Finalmente, debe identificar qué estrategias metodológicas y de intervención permitirían que esta articulación teórica se traduzca en módulos aplicables que favorezcan procesos de adaptación, afrontamiento, integración universitaria y reducción de factores de riesgo como la alienación, promoviendo así una mejora sostenible en la salud integral de la población objetivo.

6. ESTRUCTURA POR MÓDULOS OBLIGATORIA

La estructura por módulos obligatoria debe cumplir con los siguientes criterios: integración teórica obligatoria donde cada módulo integre simultáneamente el Modelo Salutogénico (SOC: comprensibilidad, manejabilidad y significatividad) y el Modelo Biopsicosocial con sus variables biológicas (ritmos circadianos, sueño, nutrición, activación fisiológica), psicológicas (cognición, autorregulación, emociones, motivación) y sociales (apoyo percibido, cultura universitaria, redes interpersonales). No debe presentar los componentes de forma aislada, sino en interacción dinámica entre los constructos bienestar, hábitos de vida saludables y calidad de vida, evitando simplificar el modelo como pensamiento positivo y fundamentándolo como un proceso de afrontamiento basado en recursos y adaptación ante estresores.

7. MÓDULO 1: BIENESTAR

FOCO: Promoción del bienestar psicológico, Mediante la clarificación del propósito de vida y su coherencia con los valores individuales, teniendo en cuenta las siguientes dimensiones operativas:

7.1. Bienestar emocional

- ***Regulación afectiva***

Se refiere a la capacidad de identificar, comprender y modular las emociones en respuesta a las demandas cotidianas. El programa debe incluir ejercicios de identificación de emociones, estrategias de autorregulación emocional, y reconocimiento de patrones emocionales que afectan el bienestar diario. Las actividades deben favorecer la expresión adecuada de emociones, la tolerancia al malestar y la adaptación a situaciones emocionalmente desafiantes.

- ***Reconocimiento y validación emocional***

Incluye la capacidad de identificar y validar las propias emociones sin juicio, así como reconocer la validez de las emociones en el contexto de la vida diaria. Las actividades deben promover la autoconciencia emocional, la reducción de la rumiación negativa y la aceptación de emociones difíciles como parte natural de la experiencia humana.

- ***Manejo del estrés***

Se define como la capacidad de afrontar efectivamente las demandas percibidas como desafiantes. Las actividades deben incluir identificación de fuentes de estrés, diferenciación entre estrés agudo y crónico, y desarrollo de estrategias adaptativas de afrontamiento. El enfoque debe ser preventivo y de fortalecimiento de recursos, no solo reactiva a la presencia de estrés.

7.2. Bienestar cognitivo

- ***Pensamiento flexible***

Se refiere a la capacidad de considerar múltiples perspectivas, adaptar el pensamiento a nuevas informaciones y evitar rigideces cognitivas. Las actividades deben promover la consideración de alternativas, el reconocimiento de sesgos cognitivos y la flexibilidad en la resolución de problemas.

- ***Capacidad de afrontamiento***

Incluye la habilidad para abordar situaciones desafiantes mediante estrategias efectivas. Las actividades deben fomentar la planificación, la evaluación de opciones y el uso de recursos internos y externos para enfrentar dificultades.

- ***Reestructuración cognitiva básica***

Se enfoca en la modificación de pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas que afectan el bienestar. Las actividades deben incluir identificación de pensamientos negativos, evaluación de evidencia y desarrollo de perspectivas más balanceadas y realistas.

7.3. Bienestar social

- ***Calidad de relaciones interpersonales***

Se refiere a la satisfacción y calidad de las interacciones sociales. Las actividades deben promover la comunicación asertiva, la empatía, la construcción de relaciones significativas y el reconocimiento de patrones relacionales que favorecen el bienestar.

- ***Apoyo social percibido***

Incluye la valoración subjetiva de disponibilidad emocional, instrumental y comunicativa del sistema social. Las actividades deben fomentar la identificación de fuentes de apoyo, la solicitud asertiva de ayuda y el reconocimiento de redes de apoyo no familiares cuando sean pertinentes.

- ***Comunicación asertiva***

Se define como la capacidad de expresar necesidades, deseos y opiniones de manera clara y respetuosa. Las actividades deben incluir prácticas de comunicación efectiva, escucha activa y manejo de conflictos.

7.4. Bienestar funcional

- ***Organización académica***

Incluye la capacidad de planificar, priorizar y gestionar tareas académicas de manera efectiva. Las actividades deben promover estrategias de gestión del tiempo, manejo de la carga académica y utilización de recursos institucionales.

- ***Manejo del tiempo***

Se refiere a la habilidad de distribuir el tiempo de manera equilibrada entre responsabilidades académicas, descanso y actividades personales. Las actividades deben incluir técnicas de priorización, segmentación de tareas y evaluación de hábitos temporales.

- ***Autoeficacia percibida***

Incluye la creencia en la capacidad propia para lograr metas y superar desafíos. Las actividades deben fomentar la identificación de logros previos, el establecimiento de metas realistas y el reconocimiento de recursos internos para el afrontamiento.

Incluir obligatoriamente los siguientes items:

- Introducción psicoeducativa, fundamentación teórica específica (Modelo salutogénico y biopsicosocial), actividad práctica adaptativa autoguiada, sistema de establecimiento de metas SMART.
- Algoritmo de retroalimentación el cual debe ser empático, motivador y reforzador
- Indicadores de logro.
- Monitoreo: Indicador tipo Likert (1- 4) por ejemplo:

1 = No cumple

2 = Cumple parcialmente

3 = Cumple adecuadamente

4 = Cumple totalmente

- Duración estimada por módulo.
- Recursos necesarios.
- Justificación final breve explicando cómo se aplicaron ambos modelos en este módulo.

8. MÓDULO 2: CALIDAD DE VIDA

FOCO: Mejora de la calidad de vida a través de la adquisición de conocimientos en salud y una percepción organizada de las demandas académicas. Incluir mismos ítems del módulo 1. Agregar: Recursos internos y externos, factores contextuales y sociales. Para la ejecución del presente módulo se deben tener en cuenta las siguientes dimensiones operativas:

8.1. Dimensión física

- ***Energía Diaria***

Se refiere a la percepción subjetiva de energía y vitalidad durante el día. Las actividades deben incluir autoobservación de patrones de energía, identificación de factores que afectan la energía y estrategias para optimizarla.

- ***Calidad de Sueño***

Se define como la valoración subjetiva del descanso nocturno y su impacto en el bienestar diario. Las actividades deben promover hábitos de higiene del sueño, identificación de factores que afectan la calidad del sueño y estrategias para mejorarla.

- ***Ausencia de síntomas persistentes***

Incluye la valoración de la presencia o ausencia de síntomas físicos que afectan la calidad de vida. Las actividades deben fomentar la identificación de síntomas, su impacto en la vida diaria y estrategias para su manejo.

8.2. Dimensión Psicológica

- ***Satisfacción con la vida***

Se refiere a la valoración subjetiva global de la vida. Las actividades deben incluir reflexión sobre aspectos satisfactorios, identificación de fuentes de satisfacción y estrategias para aumentarla.

- ***Autoestima***

Incluye la valoración subjetiva de uno mismo y su capacidad para afrontar desafíos. Las actividades deben promover el reconocimiento de fortalezas personales, la reducción de autocríticas y el desarrollo de autoaceptación.

- ***Sentido de logro***

Se define como la percepción de progreso y logros en la vida. Las actividades deben incluir identificación de logros, establecimiento de metas y reconocimiento de avances.

8.2. Dimensión Social

- ***Integración Universitaria***

Se refiere a la sensación de pertenencia y conexión con la comunidad universitaria. Las actividades deben promover la participación en actividades universitarias, el establecimiento de redes sociales y el reconocimiento de oportunidades de integración.

- ***Percepción de apoyo familiar***

Se aborda como la valoración subjetiva de disponibilidad emocional, instrumental y comunicativa del sistema familiar o de figuras significativas. Su inclusión responde al componente social del modelo biopsicosocial y al reconocimiento salutogénico de los vínculos de apoyo como recurso protector. Las actividades deben promover identificación de fuentes de apoyo, lectura realista de expectativas, solicitud asertiva de ayuda y reconocimiento de apoyos no familiares cuando sean más pertinentes.

- ***Participación comunitaria***

Hace referencia al involucramiento activo en espacios colectivos que favorecen pertenencia, reciprocidad y acceso a recursos. Conceptualmente, esta dimensión amplía la manejabilidad al conectar al estudiante con redes, servicios, pares y escenarios de participación.

Operativamente, puede trabajarse mediante mapeo de redes, identificación de oportunidades de participación, retos breves de conexión comunitaria y reflexión sobre barreras de acceso.

8.3. Dimensión académica

Esta dimensión reconoce que el bienestar estudiantil no depende únicamente de variables emocionales individuales, sino también de la relación del estudiante con sus metas, su autopercepción de eficacia y el entorno educativo. En términos biopsicosociales, integra demandas institucionales, cogniciones de autoevaluación, hábitos de afrontamiento y recursos de adaptación al contexto universitario. En términos salutogénicos, busca fortalecer comprensibilidad, manejabilidad y significatividad en la experiencia académica.

- **Motivación intrínseca**

Se entiende como la disposición a involucrarse en actividades académicas por interés, aprendizaje, crecimiento y congruencia con metas personales. El programa debe incluir ejercicios de conexión entre valores personales y trayectoria académica, reconocimiento de logros, resignificación del esfuerzo y exploración del sentido personal del estudio.

- **Percepción de rendimiento**

Corresponde a la valoración que la persona realiza sobre su desempeño y progreso, diferenciándola de indicadores estrictamente cuantitativos. Se recomienda incorporar autorregistros de metas, revisión de avances, análisis de obstáculos y criterios de autoevaluación realistas para evitar lecturas globales rígidas del desempeño.

- **Adaptación al entorno educativo**

Incluye ajuste a normas, ritmos, demandas, vínculos y recursos del contexto universitario. Las actividades deben favorecer planeación, uso de apoyos institucionales, estrategias de comunicación con docentes y pares, y reconocimiento de ajustes concretos que incrementen la sensación de control y pertenencia.

9. MÓDULO 3: HÁBITOS SALUDABLES

FOCO: Conductas de autocuidado: sueño, alimentación y actividad física

El Módulo 3 se orienta al fortalecimiento de conductas de autocuidado que impactan el bienestar subjetivo, la regulación emocional, la energía cotidiana y la percepción de calidad de vida. No se presenta como prescripción médica ni como control de riesgo desde un enfoque deficitario, sino como entrenamiento gradual en conductas adaptativas que amplían recursos de afrontamiento y promueven agencia personal.

- **Inclusión de los mismos ítems de módulo 1 y 2**

Para asegurar coherencia metodológica, el módulo conserva la misma secuencia de intervención usada en los módulos previos: objetivo de sesión, activación reflexiva, contenido psicoeducativo, ejercicio práctico, autorregistro, pregunta de transferencia a la vida diaria y retroalimentación motivacional. Esta continuidad facilita la apropiación del formato autoguiado y disminuye la carga cognitiva del usuario.

- **Agregar: recursos internos y externos, autorregulación conductual**

Además de los contenidos temáticos, cada unidad del Módulo 3 debe incluir una identificación explícita de recursos internos -por ejemplo, capacidad de organización, autoobservación, disciplina flexible, conciencia corporal, clarificación de metas- y recursos externos -redes de apoyo, rutinas del entorno, recordatorios ambientales, pares de seguimiento, acceso a espacios o servicios-. La autorregulación conductual se operacionaliza mediante metas breves, monitoreo de avances, ajuste de barreras y refuerzo de logros alcanzables. Incluir las siguientes dimensiones operativas:

9.1. Higiene del sueño

- ***Regularidad horaria***

Busca favorecer consistencia en horas de acostarse y levantarse, no desde la rigidez, sino desde la construcción de un ritmo compatible con la vida académica. Se sugiere usar autorregistro simple, identificación de interferencias y establecimiento de una micro-meta de regularidad.

- ***Reducción de exposición nocturna a pantallas***

Se incorpora como conducta de protección del descanso y de disminución de activación cognitiva previa al sueño. El énfasis no debe ser moralizante, sino orientado a reconocer hábitos, disparadores y alternativas realistas de desconexión gradual.

- ***Percepción de descanso reparador***

Permite al estudiante valorar su experiencia subjetiva de recuperación, energía y descanso funcional. Orienta ajustes personalizados cuando se evidencie descanso poco reparador pese a intentos de cambio conductual.

9.2. Actividad física

- ***Frecuencia semanal***

Se trabaja como indicador práctico de consistencia, privilegiando metas progresivas y viables. La frecuencia se usa para seguimiento conductual y no para etiquetar adecuación o inadecuación individual.

- ***Tipo de actividad***

La intervención reconoce diversidad de formas de movimiento: caminata, baile, ejercicio guiado, bicicleta, pausas activas, movilidad funcional u otras alternativas significativas para la persona. Esta flexibilidad aumenta adherencia y sentido personal.

- ***Relación con estado de ánimo***

Se promueve observación de cambios percibidos en energía, tensión, concentración y disposición emocional luego de la actividad. Esta conexión favorece significatividad y refuerzo intrínseco de la conducta.

9.3. Alimentación consciente

- ***Regularidad de comidas***

Se orienta a revisar patrones de omisión, desorganización o alimentación reactiva frente a horarios académicos exigentes. El enfoque es educativo y de autocuidado, no normativo ni centrado en peso corporal.

- ***Reducción de ultraprocesados***

Se plantea como una decisión informada de autocuidado y no como prohibición. El estudiante identifica contextos de consumo, barreras para alternativas más nutritivas y pequeños cambios de sustitución posibles.

- ***Hidratación adecuada***

Se trabaja como hábito básico vinculado con autorregulación fisiológica, atención y bienestar general. Puede apoyarse con recordatorios ambientales y autoobservación de señales corporales.

9.4. Manejo del estrés

- ***Técnicas básicas de respiración***

Se incluyen como herramienta breve de regulación fisiológica y focalización atencional. Las instrucciones deben ser simples, seguras y realizables en contextos cotidianos, sin presentarlas como tratamiento clínico.

- ***Pausas activas***

Se incorporan como microintervenciones que combinan movimiento, corte atencional y recuperación funcional durante jornadas prolongadas de estudio o trabajo.

- ***Organización del tiempo***

Se aborda como habilidad protectora que incrementa manejabilidad. Incluye priorización, segmentación de tareas, definición de tiempos realistas y evaluación de distractores.

9.5. Prevención de consumo de sustancias

- ***Conciencia de riesgo***

Se orienta a reconocer contextos, presiones, motivaciones y consecuencias potenciales, desde una lógica de decisión informada y autocuidado, sin estigmatización.

- ***Autocontrol situacional***

Implica anticipación de escenarios de presión o vulnerabilidad contextual y diseño de respuestas conductuales previamente pensadas, tales como límites, retiro de la situación o apoyo de pares.

- ***Toma de decisiones informada***

Fortalece la capacidad de analizar alternativas, consecuencias y congruencia con metas personales y académicas.

Lógica circular de integración de constructos

Los constructos del módulo deben integrarse bajo una secuencia circular y acumulativa: hábitos saludables -> fortalecen bienestar -> mejora calidad de vida -> refuerza adopción de hábitos adaptativos -> reduce alienación -> fortalece sentido de coherencia. Esta lógica evita un tratamiento fragmentado de las variables y muestra que los comportamientos de autocuidado son simultáneamente resultado y motor de recursos psicológicos y sociales. Desde el modelo biopsicosocial, la circularidad expresa influencia recíproca entre conducta, experiencia subjetiva y contexto. Desde el modelo salutogénico, expresa cómo la acumulación de experiencias manejables y significativas favorece una percepción más coherente de la vida cotidiana.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

El programa deberá incorporar instrumentos psicométricos estandarizados que funcionen como referentes para la evaluación en tres momentos: inicial (pretest), de proceso y final (postest). Se emplearán los mismos instrumentos en las mediciones pre y post con el fin de garantizar la comparabilidad de los resultados y evaluar cambios atribuibles a la intervención.

1.1. Escala de Sentido de Coherencia (SOC-13 o SOC-29)

1.2. WHOQOL-BREF (calidad de vida)

1.3. Escalas de bienestar psicológico (Ryff versión abreviada)

1.4. Escala de Alienación Académica (adaptaciones validadas)

1.5. Instrumento breve de hábitos saludables

1.5.1. **Para cada instrumento se deberá especificar:**

1.5.1.1. 10.5.1.1. El constructo evaluado.

1.5.1.2. El propósito dentro del programa de intervención.

1.5.1.3. El momento de aplicación (inicial, proceso, final).

1.5.1.4. La forma en que los resultados orientan ajustes personalizados en la intervención.

1.5.1.5. El tipo de puntuación e interpretación de resultados.

1.5.1.6. 10.5.1.2. Se deberá evitar la invención o atribución no verificable de procesos de validación psicométrica.

FUNCIONES TRANSVERSALES DEL PROGRAMA

El programa integrará de manera transversal las siguientes funciones, garantizando su presencia a lo largo de todos los módulos de intervención:

- 1.6. 11.1. Psicoeducación orientada al autocuidado.
- 1.7. 11.2. Promoción del sentido de coherencia.
- 1.8. 11.3. Desarrollo de habilidades de regulación emocional.
- 1.9. 11.4. Fortalecimiento de la autodeterminación.
- 1.10. 11.5. Formulación y seguimiento de metas bajo el modelo SMART.
- 1.11. 11.6. Monitoreo continuo del progreso del participante.
- 1.12. 11.7. Implementación de estrategias de refuerzo motivacional adaptativo.

PRINCIPIOS METODOLÓGICOS

El diseño e implementación del programa se regirá por los siguientes principios metodológicos:

- 1.13. 12.1. Enfoque preventivo y promocional en salud.
- 1.14. 12.2. Coherencia epistemológica y técnica entre los fundamentos teóricos y las estrategias de intervención.
- 1.15. 12.3. Perspectiva ética, centrada en el sujeto y no patologizante.
- 1.16. 12.4. Adaptabilidad a modalidades autoguiadas o mediadas por tecnologías.
- 1.17. 12.5. Organización bajo una estructura modular flexible que permita ajustes según necesidades individuales.

SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

El programa deberá contemplar un sistema de evaluación integral que incluya:

- 1.18. 13.1. Evaluación inicial: establecimiento de línea base de los participantes.
- 1.19. 13.2. Evaluación de proceso: seguimiento continuo para valorar avances y realizar ajustes oportunos.
- 1.20. 13.3. Evaluación final: medición de resultados y análisis de la efectividad de la intervención.

INDICACIÓN FINAL AL MODELO

Tu tarea es diseñar una propuesta técnica estructurada bajo un formato jerárquico numerado, garantizando una coherencia lógica rigurosa entre los objetivos, los contenidos teóricos y las actividades propuestas. Es imperativo evitar afirmaciones generales o superficiales; cada punto debe estar respaldado por una justificación conceptual sólida. En el desarrollo, debes

explicitar analíticamente cómo cada componente del programa integra y refleja la interacción del Modelo Biopsicosocial (biología, psicología y entorno social) y el Modelo Salutogénico (sentido de coherencia y activos de salud), priorizando la creación de salud sobre el estudio de la patología. Mantén un tono técnico, académico y alineado con la evidencia científica actual.

10. RESTRICCIONES IMPORTANTES

Para el desarrollo de esta tarea, debes adherirte estrictamente a las siguientes restricciones de diseño:

1. Queda terminantemente prohibido formular diagnósticos clínicos o emplear lenguaje patologizante; el enfoque debe ser de promoción y no de intervención clínica.
2. El programa no debe pivotar sobre la enfermedad, sino sobre los activos de salud.
3. Asimismo, se exige rigor en el tratamiento del Modelo Salutogénico, evitando su simplificación como 'pensamiento positivo' y abordándolo desde la movilización de recursos generales de resistencia.

Finalmente, debes garantizar una coherencia conceptual absoluta en todo el documento, asegurando que la terminología técnica sea consistente de principio a fin.

Consideraciones Éticas

Finalmente, el programa debe diseñarse bajo el estricto cumplimiento del marco normativo colombiano y los estándares internacionales de bioética. Debes integrar explícitamente que la propuesta se rige por la Ley 1090 de 2006 (Código Deontológico del Psicólogo en Colombia), la Resolución 8430 de 1993 (clasificando el diseño como investigación sin riesgo), la Ley 1581 de 2012 (tratamiento de datos personales) y los principios éticos de la Declaración de Helsinki. El documento debe garantizar y mencionar los siguientes protocolos:

- 1) Implementación de consentimiento informado digital;
- 2) Garantía de confidencialidad absoluta;
- 3) Declaración de uso exclusivo académico de la información;
- 4) Reconocimiento de la supervisión humana obligatoria sobre el contenido generado por IA

5) Una cláusula de advertencia sobre la no sustitución de atención clínica profesional.

Programa Integrado de Promoción de la Salud para Estudiantes Universitarios de Psicología

Propuesta técnica modular, autoguiada y adaptativa para implementación digital en población universitaria joven (18-25 años)

Fundamentación central: Modelo biopsicosocial y modelo salutogénico

Población objetivo: estudiantes de 1.º, 2.º y 3.º semestre del programa de Psicología

Duración: 6 semanas | modalidad digital autoguiada y adaptativa

Uso previsto: evaluación académica por jueces expertos y pilotaje universitario

Documento técnico-académico

Bogotá, Colombia - 2026

Tabla de contenido

- 1. Introducción (1)
- 2. Justificación
- 3. Marco teórico integrador
 - 3.1. Articulación del modelo biopsicosocial y del modelo salutogénico (2)
 - 3.2. Bienestar psicológico, calidad de vida, hábitos saludables y alienación (3, 4, 5)
 - 3.3. Operacionalización de constructos y lógica de investigación
- 4. Objetivo general (6)
- 5. Objetivos específicos
- 6. Metodología del programa (7)
- 7. Estructura del programa por módulos
- 8. Estrategia de implementación digital
- 9. Evaluación del programa (8)
- 10. Consideraciones éticas y normativas (9)
- 11. Discusión
- 12. Referencias
- 13. Anexos (10)

1. Introducción

La transición a la vida universitaria constituye un periodo de reorganización de hábitos, identidades, metas académicas y redes de apoyo. En estudiantes de primeros semestres, esta transición suele coexistir con aumento de demandas de autorregulación, cambios en sueño y alimentación, mayor exposición a estrés académico y necesidad de adaptación a una cultura institucional nueva. Desde la Psicología de la Salud, estos fenómenos no se explican adecuadamente por modelos unidimensionales, porque el bienestar y la calidad de vida emergen de la interacción entre procesos biológicos, cognitivo-emocionales y relacionales, mediados por significados, recursos y contexto social (Engel, 1977; Antonovsky, 1996).

El presente documento desarrolla un programa completo de promoción de la salud para estudiantes universitarios de Psicología entre 18 y 25 años, pertenecientes a primer, segundo y tercer semestre, diseñado para seis semanas en modalidad digital autoguiada y adaptativa. El programa se organiza en tres módulos articulados -bienestar, calidad de vida y hábitos saludables- bajo una secuencia circular y acumulativa: el fortalecimiento de hábitos saludables incrementa recursos biológicos y de autorregulación; estos recursos apoyan el bienestar psicológico; el bienestar mejora la percepción de calidad de vida y la integración académica; dicha mejoría favorece la adherencia a conductas saludables, disminuye la alienación y robustece el sentido de coherencia (SOC).

La propuesta está formulada para uso académico y de promoción de la salud, no para diagnóstico ni tratamiento clínico. Se rige por criterios de no patologización, lenguaje centrado en recursos, adaptabilidad pedagógica y evaluación estructurada mediante instrumentos estandarizados aplicados en tres momentos: pretest, seguimiento de proceso y postest.

2. Justificación

La literatura contemporánea en estudiantes universitarios muestra vínculos consistentes entre calidad del sueño, estrés percibido, desempeño académico, dieta, actividad física y bienestar psicológico. Revisiones sistemáticas indican que el estrés y el sueño se relacionan de manera bidireccional en población estudiantil, mientras que una mejor calidad de dieta se asocia con mejores indicadores de salud mental y bienestar; además, la actividad física regular se mantiene como recomendación central de salud pública para población adulta joven (Gardani et al., 2022; Solomou et al., 2023; World Health Organization [WHO], 2020, 2024).

En el contexto universitario latinoamericano y colombiano, estas relaciones deben leerse junto con factores sociales y culturales: trayectorias educativas heterogéneas, presión por rendimiento, precariedad económica, carga de desplazamiento, nuevas formas de vinculación digital, experiencias de pertenencia institucional y apoyos familiares variables. Por ello, un programa promocional eficaz requiere integrar recursos de autocuidado, comprensión de demandas académicas, autorregulación, pertenencia y uso de redes de apoyo, evitando tanto el reduccionismo biomédico como la trivialización del bienestar como mero optimismo.

La pertinencia de esta propuesta radica en cinco razones: (a) focaliza una etapa evolutiva de alta plasticidad conductual; (b) prioriza activos de salud y prevención temprana; (c) es viable en formato digital autoguiado con seguimiento estructurado; (d) ofrece una arquitectura compatible con evaluación pre-post y ajustes personalizados; y (e) articula teoría, intervención y medición con potencial de escalamiento institucional.

3. Marco teórico integrador

3.1. Articulación del modelo biopsicosocial y del modelo salutogénico

El modelo biopsicosocial formulado por Engel (1977) cuestionó la suficiencia del paradigma biomédico para comprender salud y enfermedad, proponiendo que los fenómenos sanitarios solo pueden explicarse si se analizan de forma simultánea niveles biológicos, psicológicos y sociales. Su valor para programas universitarios de promoción de la salud radica en que permite comprender el rendimiento académico y el bienestar como resultados de procesos recíprocos: los ritmos circadianos y el sueño influyen en la atención y la regulación emocional; las cogniciones y emociones modulan la conducta y la activación fisiológica; y el apoyo social, las normas del entorno y la cultura institucional moldean tanto hábitos como significado de la experiencia universitaria.

El modelo salutogénico de Antonovsky desplaza la pregunta desde "¿qué causa la enfermedad?" hacia "¿qué genera y sostiene la salud?". Su eje es el Sentido de Coherencia (SOC), definido como una orientación global mediante la cual la persona percibe que los estímulos de su vida son comprensibles, que dispone de recursos para manejarlos y que vale la pena implicarse en ellos por su significatividad (Antonovsky, 1987, 1996). El SOC no equivale a pensamiento positivo. Es una disposición estructural de afrontamiento basada en recursos generales de resistencia -internos y externos- y en la posibilidad de traducir caos, demanda y ambigüedad en experiencias abordables y con sentido.

La integración de ambos modelos en esta propuesta no es aditiva sino sinérgica. El componente biopsicosocial aporta la arquitectura multinivel de variables; el enfoque salutogénico aporta la lógica organizadora de recursos, adaptación y producción de salud. El Sentido de Coherencia opera como mecanismo integrador que traduce la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales en una experiencia de comprensibilidad, manejabilidad y significatividad. Así, cada módulo se diseña para que las variables biológicas, psicológicas y sociales sean interpretadas, reguladas y resignificadas a través del SOC. En términos operativos, la comprensibilidad se trabaja mediante psicoeducación clara y lectura ordenada de demandas; la manejabilidad mediante autorregistro, acceso a recursos y ajuste de barreras; y la significatividad mediante clarificación de valores, propósito académico y conexión con metas vitales.

Esta articulación permite construir un modelo integrador por módulos para población universitaria: las variables biológicas incluyen ritmos circadianos, sueño, nutrición y activación fisiológica; las variables psicológicas abarcan cognición, autorregulación, emociones y motivación; las variables sociales comprenden apoyo percibido, cultura universitaria y redes interpersonales. Estas variables no se intervienen aisladamente: se conectan dentro de experiencias cotidianas de estudio, convivencia, autocuidado y pertenencia, de manera que el estudiante comprenda qué le ocurre, con qué recursos cuenta y por qué vale la pena sostener conductas promotoras de salud.

3.2. Bienestar psicológico, calidad de vida, hábitos saludables y alienación

El bienestar psicológico se asume aquí en sentido eudaimónico, como funcionamiento positivo orientado por autonomía, autoaceptación, propósito, crecimiento personal, dominio del entorno y relaciones positivas, más que como simple presencia de afecto positivo (Ryff, 1989, 2014). En universitarios, este bienestar se expresa en regulación afectiva, flexibilidad cognitiva, autoeficacia académica y vinculación significativa con pares, docentes y proyecto formativo.

La calidad de vida, de acuerdo con la OMS, corresponde a la percepción que una persona tiene de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistemas de valores en los que vive y en relación con

sus metas, expectativas y preocupaciones (WHO, 2025; The WHOQOL Group, 1998). Este carácter subjetivo y contextual la vuelve especialmente útil para programas universitarios, porque permite integrar salud física, funcionamiento psicológico, relaciones sociales y ambiente/entorno educativo.

Los hábitos saludables se conceptualizan como conductas repetidas de autocuidado que impactan energía, recuperación, regulación emocional, funcionamiento cognitivo y salud percibida. Sueño regular, alimentación suficiente y de calidad, movimiento corporal, pausas activas y decisiones informadas frente a consumo de sustancias constituyen activos conductuales que, al repetirse, producen experiencias de manejabilidad y dominio del entorno. En esa medida, los hábitos saludables son simultáneamente resultado del bienestar y motor de su consolidación.

La alienación se incorpora como constructo crítico desde la Psicología de la Salud y la psicología educativa. Conceptualmente, alude a una experiencia de desconexión subjetiva respecto de las tareas, relaciones o instituciones que estructuran la vida cotidiana. En el contexto universitario puede manifestarse como alienación académica -vivencia de inutilidad, apatía, desidentificación con el aprendizaje-, alienación social -aislamiento, baja pertenencia, sensación de no encajar- y alienación institucional -percepción de distancia, opacidad o escasa significatividad de las normas y demandas de la institución- (Morinaj et al., 2017). Desde la lógica salutogénica, la alienación emerge cuando las demandas se perciben como poco comprensibles, pobremente manejables o carentes de significado. Por ello, reducir alienación no implica “motivar” superficialmente, sino reconstruir puentes entre experiencia, recursos, vínculos y propósito.

En consecuencia, bienestar psicológico, calidad de vida, hábitos saludables y SOC forman un continuo dinámico de salud. El programa asume la siguiente circularidad: hábitos más regulados favorecen energía, sueño y activación adaptativa; ello mejora regulación emocional y funcionamiento académico; esa mejoría eleva calidad de vida y pertenencia; el aumento de significatividad y manejabilidad favorece nuevas conductas de autocuidado y reduce alienación. Esta lógica es congruente con el modelo biopsicosocial y con la orientación salutogénica hacia recursos y adaptación sostenida.

3.3. Operacionalización de constructos y lógica de investigación

Para fines de evaluación académica y pilotaje, la propuesta es compatible con un diseño cuasi experimental de un solo grupo con medición pretest-postest o con diseño de grupos no equivalentes, según disponibilidad institucional. En ambos casos, la intervención se concibe como programa promocional de salud de intensidad baja, digital, autoguiada y con supervisión humana del contenido.

Constructo	Definición operativa	Indicadores observables	Rol analítico	Instrumentos sugeridos
Sentido de coherencia	Orientación global frente a demandas vitales: comprensibilidad, manejabilidad y significatividad.	Comprende las demandas; identifica recursos; percibe valor personal en las metas.	Variable dependiente principal y mediadora teórica.	SOC-13 o SOC-29.
Bienestar psicológico	Funcionamiento positivo orientado por propósito, dominio del entorno, crecimiento y	Regulación afectiva, autoeficacia, flexibilidad cognitiva, propósito.	Variable dependiente principal.	Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff (versión abreviada).

Constructo	Definición operativa	Indicadores observables	Rol analítico	Instrumentos sugeridos
	relaciones positivas.			
Calidad de vida	Percepción subjetiva del funcionamiento físico, psicológico, social y ambiental.	Energía, satisfacción vital, apoyo percibido, entorno.	Variable dependiente principal.	WHOQOL-BREF.
Alienación académica/social/institucional	Desconexión respecto del aprendizaje, vínculos y experiencia universitaria.	Apatía, desidentificación, aislamiento, baja pertenencia.	Variable dependiente secundaria y marcador de riesgo contextual.	Escala de Alienación Académica o adaptación del School Alienation Scale con pilotaje local.
Hábitos saludables	Patrones de sueño, alimentación, actividad física, manejo del estrés y decisiones de autocuidado.	Regularidad de sueño, movimiento semanal, hidratación, pausas, consumo responsable.	Variable dependiente proximal y mecanismo de cambio.	SLIQ en español; complemento breve de autorregistro semanal.

Posibles variables independientes del diseño son: participación en el programa, dosis de uso (número de sesiones completadas), cumplimiento de actividades prácticas, constancia en el autorregistro y uso de recursos digitales. Como variables dependientes se proponen cambios en SOC, bienestar psicológico, calidad de vida, hábitos saludables y alienación. Como covariables contextuales pueden considerarse edad, semestre, jornada, empleo simultáneo, convivencia, horas de desplazamiento, apoyo familiar percibido y carga académica autorreportada.

Hipótesis orientadoras compatibles con la propuesta: (H1) tras la participación en el programa, los estudiantes mostrarán incremento en SOC, bienestar psicológico y calidad de vida; (H2) la mejoría en hábitos saludables se asociará con mejoría en bienestar psicológico y calidad de vida; (H3) los cambios en comprensibilidad, manejabilidad y significatividad mediarán parcialmente la reducción de alienación académica y social; (H4) mayor adherencia a las actividades autoguiadas y al autorregistro se asociará con mayor magnitud de cambio.

Ejemplos de aplicación práctica del modelo integrador: en estrés académico, el componente biológico incluye activación fisiológica y sueño; el psicológico incluye interpretación de exigencias y autorregulación emocional; el social incluye demandas curriculares, apoyo de pares y normas institucionales; el SOC organiza la experiencia al hacerla entendible, abordable y significativa. En insomnio no clínico, el programa aborda higiene del sueño, planificación de rutinas y reducción de activación cognitiva nocturna. En hábitos alimenticios desorganizados, trabaja comprensibilidad de señales de hambre-saciedad, manejabilidad de tiempos y recursos, y significatividad del cuidado corporal. Frente al consumo de sustancias, se enfoca en conciencia de riesgo, autocontrol situacional y toma informada de decisiones, sin lenguaje moralizante ni patologizante.

4. Objetivo general

Diseñar un programa digital, autoguiado y adaptativo de promoción de la salud para estudiantes universitarios de Psicología de 18 a 25 años, articulando de manera simultánea el modelo biopsicosocial y el modelo salutogénico, con el Sentido de Coherencia como eje transversal, para fortalecer bienestar psicológico, calidad de vida y hábitos saludables.

5. Objetivos específicos

- Fortalecer la comprensibilidad, manejabilidad y significatividad de la experiencia universitaria mediante psicoeducación, autorregistro y clarificación de recursos personales y sociales.
- Promover bienestar psicológico en sus dimensiones emocional, cognitiva, social y funcional, mediante actividades autoguiadas de regulación, reflexión y organización académica.
- Mejorar la percepción de calidad de vida en dimensiones física, psicológica, social y académica, favoreciendo la lectura organizada de demandas y apoyos del contexto.
- Consolidar hábitos saludables de sueño, alimentación, actividad física, manejo cotidiano del estrés y decisiones informadas frente al consumo de sustancias.

6. Metodología del programa

Tipo de programa: promoción de la salud de carácter psicoeducativo, preventivo y no clínico.

Modalidad: digital autoguiada, con adaptatividad basada en autorregistro, rutas de profundización y retroalimentación automatizable con supervisión humana obligatoria. Duración total: 6 semanas.

Intensidad sugerida: una sesión extensa semanal o dos micro sesiones semanales por módulo, según disponibilidad institucional. Población objetivo: estudiantes de Psicología de 1.º a 3.º semestre entre 18 y 25 años.

Secuencia metodológica transversal por unidad: (1) activación reflexiva breve; (2) contenido psicoeducativo; (3) ejercicio práctico autoguiado; (4) autorregistro y monitoreo; (5) identificación de una prioridad práctica de cuidado; (6) pregunta de transferencia a la vida diaria; (7) retroalimentación empática y motivacional. Esta continuidad disminuye carga cognitiva, favorece adherencia y permite que los estudiantes aprendan el formato de intervención mientras avanzan en contenidos.

Principios metodológicos: enfoque de promoción y prevención; coherencia epistemológica entre teoría e intervención; centralidad de activos de salud; lenguaje no patologizante; modularidad flexible; adaptabilidad tecnológica; brevedad operativa; y evaluación continua. La adaptatividad no modifica los objetivos centrales, sino la dosis, los ejemplos, los recursos de apoyo y el tipo de retroalimentación ofrecida, con base en respuestas del participante.

7. Estructura del programa por módulos

La propuesta se desarrolla en seis semanas agrupadas en tres módulos de dos semanas cada uno.

Cada módulo integra simultáneamente el modelo biopsicosocial y el modelo salutogénico: se trabajan variables biológicas, psicológicas y sociales en interacción, y el SOC funciona como eje transversal que articula ambos modelos mediante comprensibilidad, manejabilidad y significatividad. La evaluación de proceso se alimenta del autorregistro semanal y de puntuaciones breves de progreso tipo Likert (1-4).

Semana	Módulo	Foco	Producto del estudiante	Indicador central
--------	--------	------	-------------------------	-------------------

1	Módulo 1. Bienestar	Propósito, valores y regulación inicial	Mapa personal de bienestar y meta SMART 1	Comprensibilidad de la experiencia actual
2	Módulo 1. Bienestar	Flexibilidad cognitiva, apoyo y funcionalidad	Plan semanal de autorregulación y apoyo	Manejabilidad del bienestar cotidiano
3	Módulo 2. Calidad de vida	Lectura organizada de demandas y recursos	Perfil personal de calidad de vida	Comprensibilidad de demandas académicas
4	Módulo 2. Calidad de vida	Integración social y académica	Ruta de ajustes contextuales	Significatividad e integración universitaria
5	Módulo 3. Hábitos saludables	Sueño, activación y alimentación	Plan de autocuidado 24/7	Manejabilidad conductual
6	Módulo 3. Hábitos saludables	Actividad física, estrés y decisiones informadas	Contrato personal de mantenimiento	Consolidación del SOC y prevención de alienación

7.1. Módulo 1. Bienestar (Semanas 1 y 2)

Foco principal: promoción del bienestar psicológico mediante clarificación del propósito de vida y su coherencia con valores individuales, articulando regulación emocional, flexibilidad cognitiva, apoyo social y organización académica.

Duración estimada: 2 semanas; 2 sesiones autoguiadas de 45 a 60 minutos por semana o 1 sesión extendida de 90 minutos por semana, más autorregistros breves de 5 a 10 minutos.

Recursos necesarios: plataforma LMS o micrositio, cápsulas audiovisuales breves, infografías, diarios digitales, cuestionarios de autorreporte, plantillas de organización, recordatorios automatizados, panel personal de progreso y supervisión humana de contenidos. Ver Anexos A, B, C1 y C2.

Introducción psicoeducativa: el bienestar se aborda como capacidad de funcionar con coherencia, dirección y recursos en medio de demandas cambiantes, no como ausencia total de malestar. Se enfatiza que experimentar tensión, duda o cansancio en la transición universitaria no invalida la posibilidad de construir salud.

Fundamentación teórica específica: desde el enfoque biopsicosocial, el bienestar depende de la interacción entre activación fisiológica, cogniciones, emociones y vínculos; desde el enfoque salutogénico, la intervención busca que el estudiante comprenda lo que vive, identifique recursos para manejarlo y encuentre razones valiosas para implicarse en su proceso formativo.

Foco de seguimiento práctico: al cierre de cada semana el estudiante identifica una acción breve de cuidado o ajuste funcional coherente con sus valores, su nivel actual de recursos y las demandas concretas de su contexto académico.

Algoritmo de retroalimentación empático, motivador y reforzador: si el progreso es bajo, el sistema valida la dificultad, reduce la exigencia conductual y sugiere un paso mínimo; si el progreso es intermedio, refuerza avances concretos y propone una barrera a resolver; si el progreso es alto,

reconoce consistencia y orienta consolidación. El mensaje evita juicio y prioriza lenguaje de agencia: comprender, ajustar, intentar de nuevo, sostener.

Indicadores de logro del módulo: mayor claridad de valores, mejor reconocimiento emocional, incremento de apoyo percibido, mejor organización semanal y mayor autoeficacia percibida.

Monitoreo Likert 1-4: 1 = No cumple; 2 = Cumple parcialmente; 3 = Cumple adecuadamente; 4 = Cumple totalmente.

Justificación final del módulo: el módulo integra ambos modelos al convertir el bienestar en un proceso de lectura, regulación y organización de la experiencia: las variables biológicas, psicológicas y sociales se interpretan a través del SOC para que el estudiante pueda comprenderse, manejarse y orientar su trayectoria con significado.

Alertas y orientaciones al profesional: si el estudiante registra durante dos autorregistros consecutivos alta dificultad para identificar y regular emociones, marcada desorganización académica, percepción muy baja de apoyo social o sensación persistente de desconexión con su experiencia formativa, el profesional deberá revisar el caso en el tablero de seguimiento, emitir un mensaje de orientación no patologizante, sugerir el uso intensivo de los recursos del módulo y recomendar contacto con servicios institucionales de bienestar o acompañamiento psicológico cuando corresponda, dejando constancia del seguimiento realizado.

Semana 1. Bienestar y propósito con base en valores

Componente	Desarrollo	Actividades prácticas autoguiadas	Estrategias pedagógicas	Recursos digitales	Indicadores de logro
Objetivo específico	Reconocer el estado actual de bienestar y clarificar cómo los valores personales pueden orientar decisiones académicas y de autocuidado.	Mapa de bienestar actual; rueda de valores; selección de una meta SMART.	Psicoeducación breve, reflexión guiada, microtareas.	Video de 5-7 min, ficha interactiva, diario digital.	Identifica al menos 3 valores y 1 meta SMART pertinente.
Contenidos teóricos	Bienestar emocional, cognitivo, social y funcional; propósito de vida; valores; SOC como eje de dirección.	Autopreguntas : ¿qué me importa?, ¿qué drena energía?, ¿qué me sostiene?	Aprendizaje autorreferido y andamiaje por preguntas.	Infografía + cápsula audiovisual.	Explica con sus palabras la relación entre valores, bienestar y coherencia.
Integración biopsicosocial + SOC	Biológico: energía, sueño y activación.	Registro de señales corporales,	Autoobservación estructurada.	Checklist descargable.	Registra al menos un recurso en

	Psicológico: emociones, cognición y motivación. Social: apoyo y pertenencia. SOC: comprensibilidad del momento vital y significatividad del proyecto académico.	pensamientos frecuentes y apoyos disponibles.			cada nivel bio-psico-social.
Actividad adaptativa	Ruta A para estudiantes con alta sobrecarga: meta mínima de cuidado. Ruta B para estudiantes con mayor estabilidad: meta de crecimiento.	Elegir entre meta de contención o meta de expansión.	Personalización por nivel de carga percibida.	Formulario adaptativo.	Meta ajustada al contexto real del participante.
Monitoreo	Likert semanal 1-4 para claridad de propósito, identificación emocional y viabilidad de meta.	Autoevaluación al cierre.	Monitoreo formativo.	Panel simple de progreso.	Puntuación global ≥ 3 en al menos 2 de 3 indicadores.

Semana 2. Flexibilidad cognitiva, relaciones de apoyo y bienestar funcional

Componente	Desarrollo	Actividades prácticas autoguiadas	Estrategias pedagógicas	Recursos digitales	Indicadores de logro
Objetivo específico	Fortalecer pensamiento flexible, afrontamiento básico, comunicación asertiva y organización académica cotidiana.	Reencuadre de una demanda académica; plan semanal de bloques; mensaje asertivo de apoyo.	Modelamiento guiado y práctica de transferencia.	Plantilla semanal, audio breve de respiración, guion de comunicación.	Elabora plan semanal realista y una acción concreta de apoyo.

Contenidos teóricos	Pensamiento flexible, reestructuración cognitiva básica, apoyo percibido, manejo del tiempo y autoeficacia.	Ejercicio ABC breve, priorización 1-3-5, identificación de red de apoyo.	Microaprendizaje secuencial.	Miniquiz, planificador descargable.	Distingue demanda, interpretación y respuesta posible.
Integración biopsicosocial + SOC	Biológico: activación fisiológica y fatiga. Psicológico: autodiálogo, emociones y autorregulación. Social: comunicación y apoyos. SOC: manejabilidad mediante pasos graduados.	Monitoreo de carga y ajuste de meta SMART.	Autorregulación conductual.	Recordatorios y panel de hábitos.	Muestra ajuste de barreras y no abandono rígido de la meta.
Actividad adaptativa	Ruta A: reorganización mínima de tiempo. Ruta B: profundización en autoeficacia y red de apoyo.	Elegir microacción de 10 minutos o plan de bloques de estudio.	Dosificación flexible.	Bot de seguimiento o formulario con ramas.	Cumple al menos 70% de la meta semanal autoacordada.
Monitoreo	Likert 1-4 para flexibilidad cognitiva, uso de apoyo y organización semanal.	Autoevaluación semanal.	Retroalimentación formativa.	Panel con semáforo de avances.	Puntuación global ≥ 3 en al menos 2 de 3 indicadores.

7.2. Módulo 2. Calidad de vida (Semanas 3 y 4)

Foco principal: mejora de la calidad de vida a través de conocimientos en salud, percepción organizada de demandas académicas y fortalecimiento de recursos internos, externos, contextuales y sociales.

Duración estimada: 2 semanas; 2 sesiones autoguiadas de 45 a 60 minutos por semana o 1 sesión extendida de 90 minutos por semana.

Recursos necesarios: mapas de recursos, cuestionarios de autorreporte, plantillas de análisis contextual, cápsulas informativas, diarios digitales y directorio de servicios universitarios. Ver Anexos D y E.

Introducción psicoeducativa: la calidad de vida se entiende como una percepción situada y multidimensional. No depende solo del estado emocional individual, sino del vínculo entre cuerpo, autovaloración, relaciones, contexto y experiencia académica.

Fundamentación teórica específica: el modelo biopsicosocial permite integrar energía física, satisfacción psicológica, redes sociales y ambiente académico; el modelo salutogénico organiza estas dimensiones en términos de comprensibilidad de demandas, manejabilidad por recursos y significatividad de metas y pertenencia.

Recursos internos y externos: internos: autorregulación, lectura crítica de demandas, flexibilidad, motivación, autoeficacia, conciencia corporal. Externos: apoyo familiar, pares, docentes, servicios de bienestar, rutinas del entorno, acceso a información y espacios institucionales.

Factores contextuales y sociales: carga curricular, horarios, trayectos, exigencias institucionales, pertenencia a comunidad académica, participación estudiantil y redes de convivencia.

Foco de seguimiento práctico: cada semana se prioriza una dimensión de calidad de vida identificada como relevante -física, psicológica, social o académica- y se define un ajuste de cuidado factible para el contexto del estudiante.

Algoritmo de retroalimentación empático, motivador y reforzador: el sistema devuelve perfiles breves: si hay baja percepción de calidad de vida académica, ofrece estrategias de organización y lectura de demandas; si la dificultad es social, privilegia rutas de conexión y participación; si es física, sugiere microhábitos de recuperación. Siempre se refuerza el principio de ajuste progresivo, no de autoexigencia desproporcionada.

Indicadores de logro del módulo: mejor lectura de demandas, mayor identificación de recursos, incremento de integración universitaria, mejor percepción de eficacia y ajustes concretos del entorno personal de estudio.

Monitoreo Likert 1-4: 1 = No cumple; 2 = Cumple parcialmente; 3 = Cumple adecuadamente; 4 = Cumple totalmente.

Justificación final del módulo: ambos modelos se aplican al transformar la calidad de vida en una experiencia comprensible y modificable: la salud se produce cuando el estudiante puede leer su contexto, movilizar recursos y atribuir sentido a la experiencia académica y social.

Alertas y orientaciones al profesional: si el estudiante informa deterioro sostenido en sueño, energía, funcionamiento académico, percepción de apoyo familiar o integración universitaria, o si reporta experiencias intensas de opacidad institucional y aislamiento, el profesional deberá revisar los registros de proceso, ofrecer orientación centrada en recursos, favorecer la activación de apoyos académicos y de bienestar universitario y, cuando el patrón lo amerite, sugerir valoración por la ruta institucional pertinente, sin transformar el programa en intervención clínica.

Semana 3. Perfil de calidad de vida y lectura organizada de demandas

Componente	Desarrollo	Actividades prácticas autoguiadas	Estrategias pedagógicas	Recursos digitales	Indicadores de logro
Objetivo específico	Analizar la calidad de vida en dimensiones	Perfil personal con semáforo de calidad de vida;	Lectura guiada de datos personales.	Dashboard simple e infografía.	Identifica dimensión prioritaria y al menos dos

	física, psicológica, social y académica, identificando brechas y recursos de ajuste.	priorización de una dimensión.			factores asociados.
Contenidos teóricos	Dimensión física: energía, sueño, síntomas persistentes. Psicológica: satisfacción, autoestima, logro. Social: integración, apoyo familiar, participación. Académica: motivación, rendimiento percibido y adaptación.	Mapa de recursos internos/externos y demandas contextuales.	Aprendizaje basado en autoanálisis.	Cuestionario breve y matriz de factores.	Distingue entre demanda, recurso y barrera.
Integración biopsicosocial + SOC	Biológico: descanso y energía. Psicológico: autoevaluación y motivación. Social: apoyo e integración. SOC: comprensibilidad de la experiencia académica.	Ejercicio "ordenar lo que pesa y lo que sostiene".	Organización perceptiva de demandas.	Plantilla interactiva.	Reformula una demanda difusa en problema abordable.
Actividad adaptativa	Ruta A: una prioridad principal. Ruta B: dos prioridades coordinadas.	Selecciona plan mínimo o plan dual.	Dosificación y economía conductual.	Ramas adaptativas en plataforma.	Plan congruente con carga real del estudiante.
Monitoreo	Likert 1-4 sobre claridad de demandas, recursos detectados y	Autoevaluación semanal.	Seguimiento formativo.	Reporte breve automático.	Puntuación global ≥ 3 en al menos 2 de 3 indicadores.

	percepción de dirección.				
--	--------------------------	--	--	--	--

Semana 4. Integración universitaria, recursos sociales y significatividad académica

Componente	Desarrollo	Actividades prácticas autoguiadas	Estrategias pedagógicas	Recursos digitales	Indicadores de logro
Objetivo específico	Fortalecer integración universitaria y sentido de logro mediante lectura del contexto, participación y conexión con metas formativas.	Ruta personal de integración: una acción con pares, una con docente o servicio y una acción de significado académico.	Transferencia ecológica al contexto real.	Mapa de servicios, foros, recordatorios.	Ejecuta al menos una acción de integración durante la semana.
Contenidos teóricos	Pertenencia, cultura universitaria, apoyo percibido, participación comunitaria, motivación intrínseca y adaptación al entorno educativo.	Revisión del vínculo entre metas académicas y proyecto de vida.	Narrativa de propósito y compromiso gradual.	Video + ficha de reflexión.	Expresa por escrito por qué vale la pena implicarse en una meta formativa.
Integración biopsicosocial + SOC	Biológico: desgaste por sobrecarga. Psicológico: motivación y eficacia. Social: redes y cultura institucional. SOC: significatividad e integración.	Identificación de señales de alienación académica, social e institucional y construcción de antídotos cotidianos.	Detección temprana no patologizante.	Checklist de pertenencia.	Reconoce al menos dos signos de alienación y dos acciones protectoras.
Actividad adaptativa	Ruta A: microcontacto protegido para estudiantes con baja pertenencia. Ruta B:	Acción mínima o ampliada según percepción de pertenencia.	Adaptación según perfil social.	Mensaje automatizado de refuerzo.	Aumento de al menos un punto en percepción subjetiva de integración.

	participación ampliada para estudiantes ya conectados.				
Monitoreo	Likert 1-4 sobre integración, significatividad y uso de recursos externos.	Autoevaluación y cierre de módulo.	Refuerzo motivacional.	Panel con historia de progreso.	Puntuación global ≥ 3 en al menos 2 de 3 indicadores.

7.3. Módulo 3. Hábitos saludables (Semanas 5 y 6)

Foco principal: fortalecimiento de conductas de autocuidado -sueño, alimentación, actividad física, manejo del estrés y decisiones informadas frente a sustancias- como entrenamiento gradual en agencia personal y recursos de afrontamiento.

Duración estimada: 2 semanas; 2 sesiones autoguiadas de 45 a 60 minutos por semana o 1 sesión extendida de 90 minutos por semana, con autorregistro diario de 3 a 5 minutos.

Recursos necesarios: rutineros visuales, plantillas de sueño y alimentación, videos breves de pausas activas, audios de respiración, cuestionarios de autorreporte, recordatorios ambientales y panel de progreso. Ver Anexos F y G.

Introducción psicoeducativa: los hábitos saludables no se presentan como prescripción médica ni como control deficitario, sino como repertorios conductuales que aumentan energía, regulación y percepción de dominio sobre la vida cotidiana.

Fundamentación teórica específica: el componente biopsicosocial vincula ritmos circadianos, activación fisiológica, cogniciones y entorno; el componente salutogénico traduce estos hábitos en experiencias de comprensibilidad, manejabilidad y significatividad. La repetición de conductas factibles fortalece recursos generales de resistencia.

Secuencia metodológica conservada: objetivo de sesión, activación reflexiva, contenido psicoeducativo, ejercicio práctico, autorregistro, pregunta de transferencia a la vida diaria y retroalimentación motivacional.

Recursos internos identificados: capacidad de organización, autoobservación, disciplina flexible, conciencia corporal, clarificación de metas, tolerancia a la frustración y ajuste de barreras.

Recursos externos identificados: redes de apoyo, rutinas del entorno, alarmas y recordatorios ambientales, pares de seguimiento, acceso a espacios para movimiento, opciones alimentarias disponibles y servicios universitarios.

Foco de seguimiento práctico: selección de una conducta prioritaria de autocuidado para observarla, registrar barreras y reforzar avances alcanzables en sueño, alimentación, actividad física, pausas activas, respiración o decisiones informadas frente al consumo de sustancias.

Algoritmo de retroalimentación empático, motivador y reforzador: si la adherencia es menor al 50%, el sistema reduce el objetivo, identifica la barrera dominante y propone una alternativa de 5 minutos; si es 50%-79%, refuerza consistencia y sugiere una mejora específica; si es $\geq 80\%$, enfatiza mantenimiento, prevención de recaída y transferencia a otras áreas.

Indicadores de logro del módulo: mayor regularidad de sueño, mejor percepción de descanso, aumento de actividad física, mayor estructura alimentaria, implementación de pausas y mayor conciencia de riesgo frente a sustancias.

Monitoreo Likert 1-4: 1 = No cumple; 2 = Cumple parcialmente; 3 = Cumple adecuadamente; 4 = Cumple totalmente.

Justificación final del módulo: el módulo integra ambos modelos porque convierte el autocuidado en proceso significativo y contextualizado: el estudiante comprende la función de las conductas, moviliza recursos para sostenerlas y las conecta con bienestar, calidad de vida e integración universitaria.

Alertas y orientaciones al profesional: si el estudiante reporta de manera reiterada privación importante de sueño, alimentación muy irregular, imposibilidad sostenida de realizar autocuidado básico o incremento percibido del riesgo en decisiones relacionadas con sustancias, el profesional deberá activar revisión del caso, entregar orientación breve y derivar a los recursos institucionales o sanitarios pertinentes según el protocolo universitario vigente, recordando explícitamente que el programa no sustituye atención clínica ni médica.

Semana 5. Sueño, activación fisiológica y alimentación consciente

Componente	Desarrollo	Actividades prácticas autoguiadas	Estrategias pedagógicas	Recursos digitales	Indicadores de logro
Objetivo específico	Mejorar la higiene del sueño, la regularidad de horarios y la organización básica de la alimentación diaria.	Registro de hora de dormir/levantarse, exposición a pantallas, comidas principales e hidratación.	Entrenamiento conductual gradual.	Diario de sueño, checklist nocturno, guía visual de hidratación.	Cumple al menos una meta verificable de sueño y una de alimentación.
Contenidos teóricos	Ritmos circadianos, descanso reparador, reducción de exposición nocturna a pantallas, regularidad de comidas y alimentación consciente.	Diseño de rutina de cierre del día y ancla matutina; observación hambre-saciada.	Aprendizaje procedimental y autorregistro.	Rutinero descargable, audio de transición al descanso.	Identifica dos facilitadores y dos barreras del descanso.
Integración biopsicosocial + SOC	Biológico: sueño, energía, activación. Psicológico: conciencia corporal y	Pregunta de transferencia: ¿qué pequeño ajuste hace más manejable mi semana?	Transferencia a vida diaria.	Formulario adaptativo.	Asocia cambios conductuales con sensación de mayor manejabilidad.

	autodisciplina flexible. Social: entorno, horarios y convivencia. SOC: comprensibilidad del vínculo entre rutina y bienestar.				
Actividad adaptativa	Ruta A: estabilización mínima de horario. Ruta B: ajuste integral de noche y mañana.	Elegir una ancla o una rutina completa.	Dosificación flexible.	Recordatorios automáticos.	Aumento subjetivo del descanso en autoescala semanal.
Monitoreo	Likert 1-4 sobre regularidad horaria, reducción de pantallas y percepción de descanso.	Autoevaluación y trazado de curva de progreso.	Seguimiento acumulativo.	Panel semanal.	Puntuación global ≥ 3 en al menos 2 de 3 indicadores.

Semana 6. Actividad física, manejo del estrés y decisiones informadas

Componente	Desarrollo	Actividades prácticas autoguiadas	Estrategias pedagógicas	Recursos digitales	Indicadores de logro
Objetivo específico	Consolidar una rutina factible de movimiento, pausas activas y manejo cotidiano del estrés, incorporando conciencia de riesgo y decisiones informadas frente a sustancias.	Plan personal 3x10 de movimiento; práctica de respiración 2 minutos; análisis de situaciones de riesgo.	Microhábitos con prevención contextual.	Video de pausas, audio de respiración, matriz de decisiones.	Realiza al menos tres acciones de movimiento o pausa en la semana.
Contenidos teóricos	Frecuencia y tipo de actividad	Contrato personal de mantenimiento	Ensayo conductual anticipatorio.	Plantilla si-entonces y recordatorios.	Formula un plan preventivo

	física, relación con estado de ánimo, respiración básica, organización del tiempo y prevención de consumo de sustancias.	y plan si-entonces ante barreras.			situacional realista.
Integración biopsicosocial + SOC	Biológico: activación y recuperación. Psicológico: autocontrol situacional y motivación. Social: pares, contextos y normas. SOC: significatividad del autocuidado como sostén del proyecto de vida.	Cierre circular: reconocer cómo el hábito fortalece bienestar, mejora calidad de vida y reduce alienación.	Metacognición del cambio.	Resumen visual final del proceso.	Explica la secuencia circular del programa con un ejemplo propio.
Actividad adaptativa	Ruta A: meta mínima de mantenimiento . Ruta B: consolidación y expansión a largo plazo.	Elegir mantenimiento o crecimiento.	Autonomía graduada.	Panel de mantenimiento .	Aumenta percepción de agencia respecto al autocuidado.
Monitoreo	Likert 1-4 sobre actividad física, uso de técnica breve de regulación y decisiones informadas.	Cierre del módulo y cierre global.	Evaluación formativa y sumativa.	Reporte final personal.	Puntuación global ≥ 3 en al menos 2 de 3 indicadores.

8. Estrategia de implementación digital

La implementación digital puede realizarse en LMS institucional, micrositio web seguro o aplicación universitaria. La experiencia del usuario debe organizarse en tablero de seis semanas con navegación simple, microcontenidos audiovisuales, formularios de autorregistro, panel de progreso, rutas adaptativas y acceso visible a recursos de apoyo institucional. Se recomienda diseño mobile-first, accesibilidad básica, lectura clara y tiempos de interacción breves.

Revisión del funcionamiento del programa: el funcionamiento técnico, pedagógico y ético del programa se revisará cuatro veces durante cada ciclo de implementación: una revisión previa de alistamiento antes del inicio, una revisión al cierre de la semana 2, una revisión al cierre de la semana 4 y una revisión final al cierre de la semana 6. Estas revisiones verificarán acceso a recursos, claridad de instrucciones, tiempos reales de uso, tasa de respuesta, funcionamiento de alertas, pertinencia de la retroalimentación y necesidad de ajustes operativos sin alterar la coherencia teórica del programa.

Anexos de implementación: los recursos descargables para estudiantes y los insumos operativos del profesional se incorporan al final de este documento y se entregan de manera independiente para su uso en plataforma digital o distribución controlada.

Elementos mínimos del ecosistema digital: (a) módulo de consentimiento informado digital; (b) tamizaje inicial de línea base; (c) sesiones semanales con liberación programada; (d) formularios adaptativos para metas y barreras; (e) biblioteca de recursos breves; (f) recordatorios automatizados éticamente aceptables; (g) panel personal de avance; (h) canal de contacto institucional para soporte técnico y derivación no clínica; y (i) supervisión humana del contenido generado o administrado mediante IA.

La adaptatividad se implementa mediante reglas simples: perfiles con menor energía o mayor sobrecarga reciben tareas de entrada más breves; perfiles con mejor adherencia reciben tareas de consolidación y transferencia; perfiles con baja integración reciben mayores sugerencias de conexión con recursos externos. La adaptatividad nunca reemplaza la supervisión humana ni constituye decisión clínica automatizada.

Retroalimentación digital sugerida: mensajes cortos, empáticos y específicos. Ejemplos: “Notaste una barrera importante; reducir la meta también es una forma válida de cuidarte”; “Mantener dos acciones ya cuenta como avance estable”; “Cuando entiendes lo que te pasa y eliges un paso posible, fortaleces manejabilidad”. Estos mensajes deben estar revisados por profesionales y alineados con el carácter promocional del programa.

9. Evaluación del programa

La evaluación se estructura en tres momentos: (1) evaluación inicial para línea base; (2) evaluación de proceso para seguimiento, adherencia y ajustes; y (3) evaluación final para resultados y análisis de efectividad. Se recomienda conservar los mismos instrumentos en pretest y postest para asegurar comparabilidad. La medición de proceso puede combinar escalas abreviadas, autorregistros y analítica de uso de plataforma.

Instrumento	Constructo evaluado	Propósito en el programa	Momento de aplicación	Puntuación / interpretación	Uso para ajustes personalizados
SOC-13 o SOC-29	Sentido de coherencia	Estimar comprensibilidad, manejabilidad y significatividad como eje del programa.	Inicial y final; opcional microseguimiento por subdimensiones.	Mayor puntuación indica mayor SOC. Se interpretan perfiles relativos y cambios intra-sujeto.	Bajas puntuaciones en comprensibilidad orientan más psicoeducación; bajas en manejabilidad orientan metas

					más breves; bajas en significatividad orientan trabajo de valores y propósito.
WHOQOL-BREF	Calidad de vida física, psicológica, social y ambiental	Identificar áreas de mayor afectación percibida y medir cambio global.	Inicial y final; revisión de proceso con indicadores abreviados.	Puntuaciones por dominios; mayor valor indica mejor calidad de vida percibida.	Dominios más bajos definen prioridades del módulo 2 y recomendaciones contextuales.
Ryff, versión abreviada	Bienestar psicológico	Medir funcionamiento positivo y dimensiones eudaimónicas.	Inicial y final; seguimiento breve por autorreporte de proceso.	Puntuaciones por subescalas o total, según versión empleada.	Puntajes bajos en propósito, dominio del entorno o relaciones orientan énfasis del módulo 1.
Escala de alienación académica / adaptación SALS	Alienación académica, social e institucional	Identificar desconexión con aprendizaje, vínculos y pertenencia.	Inicial y final; ítems centinela en proceso.	Mayor puntuación suele indicar mayor alienación, según versión.	Perfiles altos orientan rutas de integración, apoyo y lectura institucional. Si se usa adaptación universitaria, requiere pilotaje y análisis interno.
SLIQ en español o instrumento breve equivalente	Hábitos saludables: dieta, ejercicio, tabaco, alcohol, estrés	Medir patrones de estilo de vida de forma breve y factible digitalmente.	Inicial, proceso y final.	Puntaje global y por componentes; mayor valor refleja estilo de vida más saludable.	Resultados orientan el módulo 3 y la selección de microhábitos prioritarios.

Observación técnica sobre instrumentos: cuando exista evidencia psicométrica local o hispanohablante robusta, debe priorizarse su uso. Para SOC-13 existe evidencia psicométrica en población adulta colombiana, lo cual favorece su pertinencia contextual (Mafla et al., 2021). En el caso de alienación académica, si no se dispone de versión universitaria validada en el contexto de aplicación, se recomienda emplear una escala adaptada con pilotaje y análisis de consistencia interna antes del estudio principal, dejando constancia metodológica de dicha decisión.

Indicadores medibles de proceso: tasa de inscripción y consentimiento; proporción de módulos completados; tasa de respuesta a autorregistros; variación semanal del Likert 1-4; tiempo promedio de uso; uso de recursos externos sugeridos; y satisfacción con la experiencia digital. Indicadores de resultado: cambio pre-post en SOC, calidad de vida, bienestar psicológico, hábitos saludables y alienación; además de cambio en autoeficacia percibida, organización académica y percepción de pertenencia.

Análisis sugerido: estadística descriptiva, consistencia interna de instrumentos, comparación pre-post con pruebas paramétricas o no paramétricas según supuestos, tamaños de efecto, análisis de correlación entre adherencia y cambio, y análisis exploratorio de mediación teórica del SOC. En diseños con grupo control, se recomienda ANCOVA o modelos lineales mixtos, ajustando por línea base y covariables contextuales.

10. Consideraciones éticas y normativas

La propuesta se rige por la Ley 1090 de 2006, que establece el marco del ejercicio profesional y el Código Deontológico y Bioético de la Psicología en Colombia; por la Resolución 8430 de 1993, bajo la cual este diseño es compatible con la categoría de investigación sin riesgo cuando se limita a cuestionarios, autorregistros y acciones promocionales no invasivas sin modificación intencionada de variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales; por la Ley 1581 de 2012 para tratamiento de datos personales; y por los principios éticos de la Declaración de Helsinki en su formulación vigente como marco general de respeto, transparencia y protección de participantes (Congreso de Colombia, 2006, 2012; Ministerio de Salud, 1993; World Medical Association, 2024).

Protocolos obligatorios: (a) consentimiento informado digital previo al ingreso; (b) garantía de confidencialidad y minimización de datos; (c) uso exclusivo académico de la información; (d) almacenamiento seguro con acceso restringido; (e) posibilidad de retiro voluntario sin consecuencias académicas; (f) supervisión humana obligatoria de todo contenido generado, adaptado o distribuido mediante IA; y (g) cláusula expresa de no sustitución de atención clínica profesional.

Cláusula de alcance: el programa no formula diagnósticos clínicos ni reemplaza evaluación, psicoterapia, psiquiatría u otros servicios asistenciales. Cuando un participante exprese necesidad de atención especializada, malestar intenso o solicitud de ayuda clínica, la plataforma debe activar una ruta informativa de derivación a bienestar universitario o a servicios profesionales pertinentes, sin recolectar ni interpretar información clínica sensible más allá de lo requerido para la seguridad institucional.

Consentimiento informado digital mínimo: objetivo del programa; carácter voluntario; actividades requeridas; duración; beneficios esperados; riesgos mínimos asociados al autorreporte; manejo de datos; límites de confidencialidad; canales de contacto; supervisión humana; y aceptación explícita. En materia de datos, se recomienda uso de identificadores codificados, separación entre datos de contacto y bases analíticas, y cronograma de eliminación o anonimización conforme a lineamientos institucionales.

11. Discusión

La fortaleza principal de esta propuesta reside en su coherencia conceptual. El programa no agrega contenidos heterogéneos bajo la etiqueta general de “bienestar”, sino que desarrolla una arquitectura teórica unificada donde el modelo biopsicosocial describe la complejidad de la experiencia estudiantil y el modelo salutogénico organiza la intervención alrededor del SOC y de los activos de salud. Esta

integración permite que cada módulo conecte cuerpo, cognición, emoción, vínculos, demandas académicas y recursos contextuales dentro de una experiencia comprensible, manejable y significativa.

Otra fortaleza es su factibilidad digital. La modalidad autoguiada reduce barreras de acceso y permite escalabilidad, mientras que la estructura de autorregistro breve, prioridades prácticas de cuidado y retroalimentación adaptativa favorece adherencia sin intensificar la carga académica del estudiante. Asimismo, la secuencia circular entre hábitos, bienestar, calidad de vida, alienación y SOC ofrece un modelo de cambio sostenible y conceptualmente defendible ante jueces expertos.

Entre las limitaciones previsibles se encuentran la variabilidad en adherencia, la posible fatiga de autorreporte y la necesidad de adaptación cultural fina según institución, jornada y características sociodemográficas. También debe reconocerse que, aunque el formato digital facilita cobertura, no sustituye la importancia del contacto humano institucional ni resuelve por sí mismo determinantes estructurales del malestar universitario. Por ello, esta propuesta debe entenderse como estrategia promocional integrada a políticas de bienestar estudiantil y no como solución aislada.

En términos académicos, el programa es apto para validación por jueces expertos en psicología de la salud, salud pública, psicometría, educación superior y diseño instruccional. En términos aplicados, constituye una base sólida para pilotaje universitario, evaluación de aceptabilidad, ajuste de contenidos y posterior estudio de efectividad.

12. Referencias

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Congreso de Colombia. (2006). Ley 1090 de 2006: Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones.
- Congreso de Colombia. (2012). Ley 1581 de 2012: Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(6), 440-442. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.034777>
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(5), 376-381. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.041616>
- Gardani, M., Bradford, D. R. R., Russell, K., Allan, S., Beattie, L., Ellis, J. G., & Akram, U. (2022). A systematic review and meta-analysis of poor sleep, insomnia symptoms and stress in undergraduate students. *Sleep Medicine Reviews*, 61, 101565. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2021.101565>
- Godwin, M., Streight, S., Dyachuk, E., van den Hooven, E. C., Ploemacher, J., Seguin, R., Cuthbertson, S., & Newhook, L. A. (2008). Testing the Simple Lifestyle Indicator Questionnaire: Initial psychometric study. *Canadian Family Physician*, 54(1), 76-77.
- Mafla, A. C., Herrera-López, M., España-Fuelagan, K., Ramírez-Solarte, I., Gallardo Pino, C., & Schwendicke, F. (2021). Psychometric properties of the SOC-13 scale in Colombian adults.

- International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(24), 13017.
<https://doi.org/10.3390/ijerph182413017>
- Ministerio de Salud de Colombia. (1993). Resolución 8430 de 1993: Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.
- Montero-Sandiego, E., Ruiz-Robledillo, N., Ferrer-Cascales, R., Clement-Carbonell, V., Alcocer-Bruno, C., & Albaladejo-Blázquez, N. (2024). Spanish validation of the simple lifestyle indicator questionnaire: Validity and reliability analysis. *Frontiers in Public Health*, 11, 1146010.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1146010>
- Morinaj, J., Scharf, J., Grecu, A. L., Hadjar, A., Hascher, T., & Marcin, K. (2017). School alienation: A construct validation study. *Frontline Learning Research*, 5(2), 36-59.
<https://doi.org/10.14786/flr.v5i2.298>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10-28. <https://doi.org/10.1159/000353263>
- Solomou, S., Robinson, H., & Perez-Algorta, G. (2023). A systematic review of the association of diet quality with the mental health of university students: Implications in health education practice. *Health Education Research*, 38(1), 28-53. <https://doi.org/10.1093/her/cyac040>
- The WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558.
<https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>
- World Health Organization. (2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. WHO.
- World Health Organization. (2024, June 26). Physical activity.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- World Health Organization. (2025). WHOQOL: Measuring quality of life.
<https://www.who.int/tools/whoqol>
- World Medical Association. (2024). Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human participants.

13. Anexos

13.1. Anexo A. Infografía psicoeducativa - Bienestar, propósito y valores (Semana 1). Recurso de activación reflexiva y comprensibilidad para introducir el módulo 1 en lenguaje visual breve y coherente con el SOC.

13.2. Anexo B. Diario digital de reconocimiento emocional y valores (Semana 1). Instrumento de autorregistro para identificación afectiva, validación emocional, conexión con valores y observación de recursos cotidianos.

13.3. Anexo C1. Cuestionario de autorreporte de flexibilidad cognitiva, apoyo percibido y bienestar funcional (Semana 2). Recurso de monitoreo para observar cambios en cognición, apoyo social y organización académica.

13.4. Anexo C2. Hoja de trabajo de reorganización académica y red de apoyo (Semana 2). Recurso complementario para traducir la lectura del autorreporte en ajustes funcionales y activación de apoyos.

13.5. Anexo D. Cuestionario de perfil de calidad de vida y lectura organizada de demandas (Semana 3). Recurso de autoobservación de dimensiones física, psicológica, social y académica.

13.6. Anexo E. Mapa de recursos e integración universitaria (Semana 4). Recurso para identificación de recursos internos, externos, contextuales y sociales vinculados con la manejabilidad y la significatividad.

13.7. Anexo F. Diario digital de sueño, alimentación e hidratación (Semana 5). Autorregistro breve para fortalecer comprensibilidad de patrones biológicos cotidianos y apoyar ajustes de autocuidado.

13.8. Anexo G. Cuaderno digital de autorregistro y transferencia - Actividad física, manejo del estrés y decisiones informadas (Semana 6). Recurso para registrar práctica, barreras, recursos y aplicación cotidiana sin convertir el cierre del módulo en un plan prescriptivo.

13.9. Anexo H. Matriz operativa de alertas, revisión y respuesta profesional. Su pertinencia deriva de la necesidad metodológica y ética de supervisión humana obligatoria, trazabilidad de respuestas y revisión periódica del funcionamiento del programa en entorno digital.

13.10. Anexo I. Guía de chequeo para instrumentos en pretest y postest. Su pertinencia radica en asegurar consistencia de aplicación, comparabilidad de mediciones, registro estructurado de decisiones y uso técnico de los instrumentos de evaluación del programa.

Anexo A. Infografía psicoeducativa - Bienestar, propósito y valores

Módulo	Bienestar	Semana	1
Propósito del recurso	Apoyar la introducción psicoeducativa sobre bienestar, propósito y valores.		

Ideas clave

- El bienestar se fortalece cuando las experiencias cotidianas resultan comprensibles, manejables y significativas.
- Los factores biológicos, psicológicos y sociales interactúan en la experiencia universitaria y pueden convertirse en activos de salud.
- Clarificar valores y propósito favorece la autorregulación, la organización académica y el cuidado de sí.

Ruta breve de uso

Ítem	Respuesta
1. Lea la psicoeducación inicial.	
2. Identifique dos valores personales prioritarios.	
3. Escriba una acción concreta coherente con esos valores para esta semana.	
4. Registre un recurso personal y un recurso social que le ayuden a sostener esa acción.	

Pregunta de cierre ¿Qué pequeña decisión de esta semana acercará su vida académica a lo que considera valioso?

Anexo B. Diario digital de reconocimiento emocional y valores

Módulo	Bienestar	Semana	1
Propósito del recurso	Facilitar el autorregistro breve de emociones, valores y acciones de autocuidado.		

Instrucción: diligencie una vez al día durante la semana. Use frases breves y concretas.

Día 1	
Emoción predominante	
Situación que la activó	
¿Qué valor personal estuvo implicado?	
Acción de autocuidado realizada	
Apoyo recibido o solicitado	
Aprendizaje del día	

Día 2	
Emoción predominante	
Situación que la activó	
¿Qué valor personal estuvo implicado?	
Acción de autocuidado realizada	
Apoyo recibido o solicitado	
Aprendizaje del día	

Día 3	
Emoción predominante	
Situación que la activó	
¿Qué valor personal estuvo implicado?	
Acción de autocuidado realizada	
Apoyo recibido o solicitado	
Aprendizaje del día	

Día 4	
Emoción predominante	
Situación que la activó	
¿Qué valor personal estuvo implicado?	
Acción de autocuidado realizada	
Apoyo recibido o solicitado	

Aprendizaje del día	
---------------------	--

Día 5

Emoción predominante	
Situación que la activó	
¿Qué valor personal estuvo implicado?	
Acción de autocuidado realizada	
Apoyo recibido o solicitado	
Aprendizaje del día	

Día 6

Emoción predominante	
Situación que la activó	
¿Qué valor personal estuvo implicado?	
Acción de autocuidado realizada	
Apoyo recibido o solicitado	
Aprendizaje del día	

Día 7

Emoción predominante	
Situación que la activó	
¿Qué valor personal estuvo implicado?	
Acción de autocuidado realizada	
Apoyo recibido o solicitado	
Aprendizaje del día	

Anexo C1. Cuestionario de autorreporte de flexibilidad cognitiva, apoyo percibido y bienestar funcional

Módulo	Bienestar	Semana	2
Propósito del recurso	Valorar flexibilidad cognitiva, apoyo percibido y bienestar funcional al cierre de la semana 2.		

Escala de respuesta: 1 = No describe mi experiencia; 2 = La describe parcialmente; 3 = La describe de manera adecuada; 4 = La describe totalmente.

Ítem	1	2	3	4
1. Pude reconocer pensamientos rígidos y considerar alternativas más flexibles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Identifiqué al menos una persona o red de apoyo disponible para esta semana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Organicé mis tareas académicas de forma realista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Percibí que mis demandas universitarias fueron comprensibles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sentí que contaba con recursos para manejar mis responsabilidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Realicé una acción concreta para cuidar mi bienestar funcional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pregunta abierta: ¿Qué ajuste concreto hará la próxima semana para mejorar su organización y su apoyo disponible?

Espacio de respuesta	
----------------------	--

Anexo C2. Hoja de trabajo de reorganización académica y red de apoyo

Módulo	Bienestar	Semana	2
Propósito del recurso	Apoyar la reorganización académica y la identificación de apoyos concretos para la semana 2.		

Instrucción: complete la hoja antes de finalizar la semana. Priorice acciones posibles y recursos disponibles.

1. Reorganización académica
Actividad prioritaria de la semana
Barreras previsibles
Estrategia de ajuste realista
Tiempo estimado y momento del día
2. Red de apoyo
Persona o servicio de apoyo
Tipo de ayuda posible
Cuándo lo contactaré o usaré
Señal que me indicará pedir apoyo a tiempo

Anexo D. Cuestionario de perfil de calidad de vida y lectura organizada de demandas

Módulo	Calidad de vida	Semana	3
Propósito del recurso	Explorar de manera organizada dimensiones física, psicológica, social y académica.		

Escala de respuesta: 1 = Muy bajo, 2 = Bajo, 3 = Adecuado, 4 = Alto.

Ítem	1	2	3	4
1. Durante la semana tuve energía suficiente para responder a mis actividades principales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mi descanso me permitió iniciar el día con sensación de recuperación adecuada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Percibí satisfacción con aspectos relevantes de mi vida cotidiana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mi experiencia académica me resultó comprensible y ordenable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me sentí conectado(a) con personas o espacios de apoyo dentro o fuera de la universidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Pude reconocer recursos internos y externos que favorecen mi calidad de vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lectura organizada de demandas: escriba dos demandas académicas actuales y un recurso disponible para cada una.

Demanda académica	Recurso disponible

Anexo E. Mapa de recursos e integración universitaria

Módulo	Calidad de vida	Semana	4
Propósito del recurso	Mapear recursos personales, sociales e institucionales que favorecen integración y apoyo percibido.		

Instrucción: complete cada casilla con opciones reales y cercanas.

Recursos internos	Recursos sociales
Fortalezas personales, capacidades de organización, intereses, hábitos protectores.	Familia, amistades, compañeros, docentes, redes de apoyo.
Recursos institucionales	Acciones de vinculación
Servicios de bienestar, tutorías, consejería, actividades culturales y deportivas.	Qué haré, cuándo lo haré y con quién lo haré.

Anexo F. Diario digital de sueño, alimentación e hidratación

Módulo	Hábitos saludables	Semana	5
Propósito del recurso	Registrar sueño, alimentación e hidratación para favorecer autoobservación y ajuste gradual.		

Instrucción: complete un registro diario breve. No se busca perfección, sino observación útil para el autocuidado.

Día 1	
Hora aproximada de sueño y despertar	
Percepción de descanso reparador	
Regularidad de comidas e hidratación	
Un ajuste viable para mañana	

Día 2	
Hora aproximada de sueño y despertar	
Percepción de descanso reparador	
Regularidad de comidas e hidratación	
Un ajuste viable para mañana	

Día 3	
Hora aproximada de sueño y despertar	
Percepción de descanso reparador	
Regularidad de comidas e hidratación	
Un ajuste viable para mañana	

Día 4	
Hora aproximada de sueño y despertar	
Percepción de descanso reparador	
Regularidad de comidas e hidratación	
Un ajuste viable para mañana	

Día 5	
Hora aproximada de sueño y despertar	
Percepción de descanso reparador	

Regularidad de comidas e hidratación	
Un ajuste viable para mañana	

Día 6

Hora aproximada de sueño y despertar	
Percepción de descanso reparador	
Regularidad de comidas e hidratación	
Un ajuste viable para mañana	

Día 7

Hora aproximada de sueño y despertar	
Percepción de descanso reparador	
Regularidad de comidas e hidratación	
Un ajuste viable para mañana	

Anexo G. Cuaderno digital de autorregistro y transferencia

Módulo	Hábitos saludables	Semana	6
Propósito del recurso	Favorecer autorregistro y transferencia de actividad física, pausas activas, respiración y decisiones informadas.		

Secuencia de trabajo: objetivo de sesión, activación reflexiva, contenido psicoeducativo, ejercicio práctico, autorregistro, transferencia a la vida diaria y retroalimentación motivacional.

Componente	Registro del estudiante
Actividad física realizada o pausas activas efectuadas	
Técnica breve de respiración o regulación utilizada	
Situación en la que tomé una decisión informada de autocuidado	
Barreras encontradas y ajuste viable para la próxima semana	
Pregunta de transferencia: ¿qué hábito quiero sostener en mi rutina universitaria y por qué es significativo para mí?	

Anexo H. Matriz operativa de alertas, revisión y respuesta profesional

Este anexo se incluye porque el programa exige seguimiento humano obligatorio, respuesta ética ante señales de riesgo y revisión periódica del funcionamiento de la intervención digital. Su pertinencia radica en que traduce los principios del programa en criterios operativos uniformes para el profesional responsable.

Módulo	Transversal a los tres módulos	Semana	Semanas 1 a 6
Propósito del recurso	Orientar la revisión del funcionamiento del programa y la respuesta profesional ante alertas no clínicas.		

Frecuencia de revisión del funcionamiento del programa: cuatro revisiones programadas (inicio, semana 2, semana 4 y cierre en semana 6).

Área de revisión	Señal de alerta	Orientación al profesional
Adherencia	Baja participación o abandono sostenido de actividades.	Contactar por canal institucional definido, verificar barreras de acceso y ofrecer reingreso gradual.
Bienestar y estrés	Reportes repetidos de sobrecarga, desorganización severa o malestar persistente.	Brindar orientación psicoeducativa adicional, recomendar uso de redes universitarias de apoyo y valorar pertinencia de remisión institucional según protocolo.
Sueño, alimentación y autocuidado	Registros sostenidos de descanso insuficiente, omisión frecuente de comidas o baja energía cotidiana.	Reforzar microajustes conductuales, revisar barreras contextuales y derivar a servicios universitarios si el patrón compromete el funcionamiento cotidiano.
Consumo de sustancias y decisiones de riesgo	Autorreporte de aumento de consumo o dificultad de autocontrol situacional.	Activar orientación preventiva, reforzar decisiones informadas y aplicar ruta institucional de apoyo cuando corresponda.
Aspectos éticos y tecnológicos	Dudas de confidencialidad, fallos de acceso o respuestas incompletas por problemas de uso.	Revisar consentimiento, protección de datos y funcionamiento técnico; documentar ajustes sin exponer información sensible.

Anexo I. Guía de chequeo para instrumentos en pretest y postest

Esta guía se incluye porque el programa requiere trazabilidad de la evaluación inicial y final con los mismos instrumentos, garantizando comparabilidad de resultados y una aplicación consistente por parte del profesional responsable.

Módulo	Evaluación del programa	Semana	Pretest y postest		
Propósito del recurso	Registrar la aplicación e interpretación operativa de los instrumentos psicométricos de referencia.				
Instrumento	Constructo	Propósito	Momento	Uso para ajustes	Chequeo diligenciable
SOC-13 o SOC-29	Sentido de coherencia	Estimar comprensibilidad, manejabilidad y significatividad.	Pretest / postest	Orientar el énfasis de acompañamiento y la lectura de recursos disponibles.	Marcar fecha, versión, completitud y observaciones.
WHOQOL-BREF	Calidad de vida	Identificar percepción de calidad de vida y áreas relevantes del funcionamiento.	Pretest / postest	Reconocer dimensiones con mayor necesidad de fortalecimiento.	Registrar aplicación y cambios globales observados.
Ryff abreviada	Bienestar psicológico	Valorar dimensiones del bienestar psicológico como referente del programa.	Pretest / postest	Ubicar focos de apoyo en autorregulación, propósito y vínculos.	Anotar incidencias y lectura general de resultados.
Escala de alienación académica	Alienación académica	Explorar experiencias de distanciamiento frente a lo académico e institucional.	Pretest / postest	Detectar señales que requieran ajuste en acompañamiento e integración.	Registrar observaciones sin asumir validez no verificada de una versión específica.
Instrumento breve de hábitos saludables	Hábitos saludables	Describir prácticas de sueño, alimentación, actividad física y autocuidado.	Pretest / postest	Ajustar recomendaciones psicoeducativas y seguimiento del módulo 3.	Verificar completitud y síntesis de cambios referidos.

Tabla de diligenciamiento

Instrumento	Pretest aplicado	Postest aplicado	Completitud	Observaciones
SOC-13 o SOC-29	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Parcial	
WHOQOL-BREF	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Parcial	
Ryff abreviada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Parcial	

Instrumento	Pretest aplicado	Postest aplicado	Compleitud	Observaciones
Escala de alienación académica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Parcial	
Instrumento breve de hábitos saludables	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Parcial	



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

CEIFUS 1348-26

Bogotá D.C, 10 de junio de 2026

Doctores:

Nidia Yineth Preciado Duarte

Investigador Principal

Patricia Hernández Zubieta

Jorge Octavio Nossa Sánchez

Co- Investigadores

Bogotá

Ref: Concepto ético de la solicitud vinculada al protocolo (073-26 UNV) Validación del contenido de un programa de intervención en salud generado por IA, fundamentado en el modelo biopsicosocial y el modelo salutogénico.

Doctores

El día 09/06/2026, en la sesión registrada en el acta No. 022-26, se reunió el Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas, donde se deja constancia de la recepción del comunicado de 27/05/2026 y evaluación de la siguiente información relacionada con el protocolo en referencia que se desarrolla bajo su dirección en Fundación Universitaria Sanitas.

- Listado de documentos sometidos: Radicado 4.498. Respuesta CEIFUS 854-26 ajustes

Concepto CEI: Aprobación condicionada

El Comité de Ética en Investigación (CEI) revisó las aclaraciones y enmiendas radicadas por el grupo investigador en respuesta a la solicitud previa emitida mediante el oficio CEIFUS 854-26. Posterior a la revisión de estos documentos, se considera que el núcleo metodológico y el planteamiento bioético del protocolo demuestran una estructura sólida, segura y de bajo riesgo para los participantes en esta fase de validación (jueces expertos). Dado que las observaciones pendientes no alteran la seguridad de los participantes, la idoneidad del equipo de investigación ni la viabilidad científica del estudio, sino que se centran en la precisión de la documentación, la coherencia del texto y la transparencia técnica del software, el CEI determina otorgar una **Aprobación Condicionada**.

Esta condición implica que el proyecto cuenta con el aval de este órgano, pero el desarrollo formal de esta investigación queda estrictamente condicionado a que el equipo investigador incorpore y entregue de manera satisfactoria las siguientes precisiones y ajustes en el cuerpo del protocolo:

1. Aclaración de variables y desenlaces: Se debe eliminar del "Anexo: Tabla de Variables" y del cuerpo metodológico las variables Bienestar psicológico, Calidad de vida relacionada con la salud y Activos/Riesgos en Salud, junto con sus respectivas escalas (Ryff, WHOQOL-BREF y CEVJU R2). Esto obedece a que corresponden a mediciones directas en una población estudiantil que fue excluida de esta fase del protocolo, evitando así confusiones sobre el alcance real del estudio.
2. Consistencia en tipificación del diseño: Se solicita unificar la contradicción en la clasificación del estudio, el cual aparece marcado como "investigación aplicada - estudio observacional" en la sección de Colciencias, pero es definido como "diseño tecnológico de innovación con método psicométrico" en el marco metodológico. Debe adoptarse una definición única bajo la naturaleza metodológica real del estudio.
3. Especificación técnica del Prompt: Se requiere que el equipo investigador presente el anexo técnico con la estructura exacta del prompt y las dimensiones del programa de salud generado por la IA (ChatGPT-5). Conocer esta instrucción matriz (prompt engineering) es indispensable para que el comité verifique la suficiencia, rigor y pertinencia bioética del contenido que posteriormente recibirán los jueces.
4. Remisión del Consentimiento Informado: Adjuntar formalmente el texto o formato del modelo de consentimiento informado digital dirigido a los jueces expertos, el cual no se encuentra integrado en los archivos evaluados. Se recuerda que los datos de denominación del proyecto en este documento deben ser coherentes con los ajustes hechos al protocolo.

Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas

Calle 23 # 66-46 Sede Salitre – Teléfono: 5895377 Ext: 5719901

E-mail: comiteetica@unisanitas.edu.co

Bogotá D. C, Colombia

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

5. Unificación del título institucional: Subsanan la discrepancia entre el título oficial registrado en el encabezado ("programa de intervención en salud") y el texto de la justificación ("programa de intervención psicológica"), con el fin de mantener la concordancia formal de la pieza investigativa.

Plazo de Respuesta: El grupo investigador cuenta con un plazo máximo de 60 días hábiles posteriores a la entrega de este comunicado para remitir los documentos ajustados, con el fin de verificar el cumplimiento de las condiciones y proceder a la emisión del código de aprobación definitivo.

El Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas está conformado por doce (12) miembros principales y cuatro (04) miembros suplentes y se requiere la presencia de siete (07) de ellos para cumplir con el quorum. (asistieron: 9).

En el análisis y evaluación del protocolo participaron los siguientes miembros del Comité de Ética en Investigación, y se certifica que ninguno de ellos presenta conflictos de interés con respecto al estudio en referencia.

Eduardo Low Padilla	Presidente	Profesional del área de ciencias de la salud con formación en Farmacología Clínica
Miryam Consuelo Neira Corredor	Miembro Deliberativo	Profesional del área de ciencias de la salud con formación de posgrado en Bioética.
Ingrid Milena Rodríguez Bedoya	Secretaria Ejecutiva	Profesional del área de ciencias de la salud con formación en Epidemiología.
Giovanna De Silvestri Torres	Miembro Deliberativo	Representante de la comunidad con formación en control de calidad y auditoría de calidad.
Sofía Muñoz Medina	Miembro Deliberativo	Profesional del área de ciencias de la salud con formación en Epidemiología.
Betsy Valle Velasco	Miembro Deliberativo	Químico Farmacéutico
Andrea Juliana Uribe Rodríguez	Miembro Deliberativo	Profesional en Ciencias Económicas, Administrativas y Contables.
Ángela Patricia Brijaldo Villamizar	Miembro Deliberativo	Profesional del área de ciencias de la salud con formación en Biología Molecular y Biotecnología.
John Alejandro Hendes Cabrera	Miembro suplente	Profesional del área de Ciencias Humanas y Sociales con formación en Derecho

El Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas declara que el desarrollo de sus actividades se rige bajo la normatividad vigente en temas relacionados con investigación en salud, (Ley Colombiana Resolución No 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, Resolución 2378 de 2008 del Ministerio de Protección Social, Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales). Las Normas de Buenas Prácticas de Investigación Clínica (Good Clinical Practice-GCP), la Declaración de Helsinki, Finlandia octubre 2024 y la normativa Internacional vigente.

Cordialmente,



Eduardo Low Padilla
Presidente CEI
 Comité de Ética en Investigación
 Fundación Universitaria Sanitas