



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**“AUTOEFICACIA PERCIBIDA Y CONDUCTAS  
SALUDABLES EN NIÑOS DE PRIMARIA”**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

**VIRIDIANA ZEPEDA LÁMBARRY**

DIRECTORA DE TESIS: DRA. GILDA LIVIA  
GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ

REVISORA DE TESIS: DRA. CORINA CUEVAS  
RENAUD





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

*A mi familia, por todo su apoyo no sólo durante este proyecto sino durante toda mi vida, y especialmente a mi madre que ha hecho posible mi realización tanto profesional como personal. Gracias por todo, sin ustedes nada de esto hubiera sido posible.*

*A Federico, por ser una parte tan importante de mi vida. Sé que este es sólo uno de los tantos logros que celebraremos juntos.*

*A mis mejores amigos, que me han acompañado tanto en las buenas como en las malas: Andrea, Sol, Edgar y Berger.*

*A mis compañeros de la facultad, especialmente a Paulina, Bernardo y Natalí. Sin ustedes la carrera no hubiera sido lo mismo.*

*A la Dra. Gilda Gómez Peresmitré por compartir sus conocimientos conmigo y guiarme durante este proyecto.*

*A Silvia y a Rodrigo, quienes no sólo me brindaron su ayuda para realizar este trabajo, sino su amistad y su apoyo.*

*A todos los profesores que tuve el gusto de conocer a lo largo de mi carrera.  
Gracias a ustedes me he podido formar como profesionalista y crecer como  
persona.*

*A la facultad de psicología por permitirme ser parte de su comunidad, y por  
haberme brindado los conocimientos necesarios para desempeñarme como  
psicóloga.*

## ÍNDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
<b>CAPÍTULO I. AUTOEFICACIA</b>	
1.1 Definición	9
1.2 Aspectos que influyen en la autoeficacia	11
1.3 Procesos activados por la eficacia	13
1.3.1 Procesos cognoscitivos	13
1.3.2 Procesos motivacionales	14
1.3.3 Procesos afectivos	14
1.3.4 Procesos de selección	15
1.4 Autoeficacia y regulación de la conducta	15
1.5 Autoeficacia y conductas de salud	16
1.6 Autoeficacia y obesidad	21
<b>CAPÍTULO II. OBESIDAD INFANTIL</b>	
2.1 Definición	25
2.2 Tipos de obesidad	26
2.3 Diagnóstico de la obesidad	26
2.4 Prevalencia	28
2.5 Causas y factores de riesgo	29
2.5.1 Factores genéticos	30
2.5.2 Factores metabólicos	32
2.5.3 Factores ambientales	34
2.6 Aspectos psicológicos de la obesidad	37
2.7 Consecuencias de la obesidad infantil	39
2.8 Tratamiento	41
2.9 Prevención	45
<b>CAPÍTULO III. PROMOCIÓN DE LA SALUD</b>	
3.1 Definición de salud	48
3.2 Principios básicos para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad	49
3.3 Estilos de vida saludables	52
3.4 Promoción de alimentación saludable y ejercicio físico para prevenir la obesidad	54
3.5 Promoción de la salud en la infancia y la adolescencia	57

<b>CAPÍTULO IV. INFANCIA: EDAD ESCOLAR</b>	
4.1 Definición	61
4.2 Desarrollo físico	62
4.3 Desarrollo cognoscitivo	64
4.4 Desarrollo social	69
4.5 Infancia y salud	72
4.5.1 Sobrepeso y obesidad	73
<b>CAPÍTULO V. MÉTODO</b>	
5.1 Planteamiento del problema	75
5.2 Objetivo general	75
5.3 Objetivos específicos	75
5.4 Hipótesis	76
5.5 Variables de clasificación	76
5.5.1 Definición conceptual de laboratorios cognoscitivos	76
5.5.2 Definición conceptual de juicio de expertos	76
5.5.3 Definición conceptual de autoeficacia	77
5.5.4 Definición operacional de laboratorios cognoscitivos	77
5.5.5 Definición operacional de juicio de expertos	77
5.5.6 Definición operacional de autoeficacia	77
5.6 Instrumentos	77
5.7 Procedimiento	78
<b>CAPÍTULO VI. RESULTADOS</b>	
6.1 Primera fase	81
6.2 Segunda fase	93
6.3 Tercera fase	109
<b>CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b>	122
<b>REFERENCIAS</b>	130

## RESUMEN

El sobrepeso y la obesidad infantil representan uno de los mayores problemas de salud pública en la actualidad, debido al incremento en la prevalencia observado en los últimos años, a su etiología multicausal y a las graves consecuencias que se derivan de dicho fenómeno. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012a) define la obesidad como el incremento del peso corporal asociado a un desequilibrio en las proporciones de los diferentes componentes del organismo, en la que aumenta fundamentalmente la masa grasa con anormal distribución corporal. Por otra parte, la obesidad infantil, después de los 3 años, se asocia con un mayor riesgo de presentar obesidad en la vida adulta, así como la permanencia de trastornos metabólicos asociados (intolerancia a la glucosa y resistencia a la insulina), enfermedades crónicas (algunos tipos de cáncer y riesgo cardiovascular) y problemas ortopédicos que favorecen la inactividad física. Por lo anterior, es importante construir instrumentos de evaluación e implementar medidas de prevención desde diversos enfoques, incluyendo el enfoque cognoscitivo y la técnica de laboratorios cognoscitivos. El objetivo del presente trabajo\* fue la adaptación del lenguaje del Cuestionario de Autoeficacia percibida para el control de peso de Román, Díaz, Cárdenas y Lugli, (2007) adaptado en proadolescentes mexicanos por Guzmán, Gómez Peresmitré, García y Castillo (2011), en niños estudiantes de tercero, cuarto y quinto grado de educación primaria, por medio de la utilización de laboratorios cognoscitivos y del método de jueceo realizado por expertos en el tema. Los laboratorios se aplicaron en tres sesiones con duración aproximada de 1 hora, en formato individual y grupal. Posteriormente se transcribieron los laboratorios y finalmente se realizó un jueceo con tres expertos en el tema para llevar a cabo las modificaciones pertinentes. La versión final del instrumento quedó integrada por 30 reactivos sobre actividad física, alimentación sana y peso corporal, con cuatro opciones de respuesta. Por lo anterior, se puede concluir que los laboratorios cognoscitivos son una herramienta fundamental para adaptar el lenguaje de instrumentos de evaluación psicológica en distintas poblaciones.

\*Este estudio forma parte de una investigación mayor denominada "Autocuidado de la salud y autoeficacia en niños escolares. Una estrategia en la prevención de la obesidad", que se llevó gracias al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica PAPIITIN302913.

## INTRODUCCIÓN

La OMS (2014) ha establecido que la obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. El problema es mundial y está afectando progresivamente a muchos países de bajos y medianos ingresos, sobre todo en el medio urbano. En México, los datos más recientes de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) revelan que los niños en edad escolar (ambos sexos), de 5 a 11 años, presentaron una prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad de 34.4%; 19.8% para sobrepeso y 14.6% para obesidad, mientras que el 35% de los adolescentes de entre 12 y 19 años presenta sobrepeso u obesidad. Por su parte, la UNICEF (2013) establece que actualmente México ocupa el primer lugar mundial en obesidad infantil, y el segundo en obesidad en adultos, precedido sólo por los Estados Unidos, así también este organismo señala que es un problema que está presente no sólo en la infancia y la adolescencia, sino también en población en edad preescolar. Los datos anteriores reflejan la urgencia por promover la adquisición de hábitos alimentarios y estilos de vida saludables durante la infancia, con el fin de detectar y prevenir la obesidad durante esta etapa y la adultez.

Entre las posibles estrategias de prevención de la obesidad en la niñez se encuentra la de "autoeficacia percibida" ya que, tal como lo establece Bandura (1999), la autoeficacia percibida sobresale como uno de los principales factores que influye no sólo sobre la toma de decisiones sino también sobre la adopción de conductas favorecedoras para la salud, así como en la eliminación de conductas perjudiciales para la misma. Por lo tanto, si se incrementa la autoeficacia en los niños, es más probable que adopten hábitos saludables y lleven un estilo de vida más saludable.

El objetivo principal del presente proyecto es adaptar el lenguaje del Cuestionario de Autoeficacia percibida para el control de peso de Román et al. (2007) adaptado en preadolescentes mexicanos por Guzmán et al. (2011), en niños estudiantes de tercero, cuarto y quinto grado de educación primaria, por medio de la utilización de

laboratorios cognoscitivos y la técnica de validación por jueces. Lo anterior se realizará con la finalidad de adaptar un instrumento apto para los niños en edad escolar.

El presente reporte de investigación está compuesto de 7 capítulos. En el primer capítulo se explica la importancia de la autoeficacia en la toma de decisiones, así como en la manera de pensar y actuar de las personas. Por otro lado, se expone cómo es que la autoeficacia se encuentra estrechamente relacionada con la obesidad ya que influye en la decisión de adquirir hábitos saludables y realizar actividad física.

En el capítulo dos se explica la problemática de la obesidad, específicamente en la población infantil. Se exponen las distintas causas y consecuencias de la obesidad, así como las principales medidas de prevención y el tratamiento indicado.

En el capítulo tres se habla sobre la promoción de la salud y su importancia en la actualidad, debido a que los malos hábitos alimentarios y la falta de actividad física han ocasionado el incremento de la obesidad y, por lo tanto, de muchas enfermedades crónicas como la diabetes. Se exponen los puntos principales sobre promoción de estilos saludables, especialmente en niños y la adopción de hábitos que ayuden a prevenir la obesidad.

El capítulo cuatro explica la importancia de la infancia, específicamente los años escolares en la vida de una persona, abordando el tema desde tres puntos de vista diferentes: físico, cognoscitivo y social. Por otro lado, también se expone la importancia de adquirir hábitos saludables en esta etapa debido a que, si estos se adquieren durante una edad temprana, tendrán más probabilidades de continuar en la vida del individuo.

El quinto y sexto capítulo describen el método y los resultados obtenidos de la investigación respectivamente. Se hace una descripción detallada de los pasos que se siguieron para realizar las modificaciones al instrumento, incluyendo las sesiones con el equipo de investigación, los laboratorios cognoscitivos en sus versiones individuales y grupales y el jueceo con expertos en el tema. Así también, se incluye la versión final del instrumento integrado por 30 ítems y cuatro opciones de respuesta.

En el séptimo capítulo se expone la discusión a partir de los resultados, haciendo énfasis en elementos importantes obtenidos de los mismos, así como ciertas sugerencias que se consideran útiles para el seguimiento del proyecto, y las conclusiones de la investigación.

## CAPÍTULO I

### AUTOEFICACIA

La autoeficacia es un concepto que ha tomado importancia en los últimos años, debido a que logra explicar ciertas creencias y comportamientos humanos que influyen en la manera en la que se desenvuelve un individuo. La autoeficacia tiene un papel importante en varias de nuestras conductas diarias, tales como nuestro desarrollo académico y profesional, la forma en la que interactuamos con los demás y la adopción de conductas saludables. Para estudiar éste último punto resulta efectivo recurrir a las teorías de la autoeficacia.

#### ***Definición***

La autoeficacia percibida se refiere a las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras. Dichas creencias influyen sobre el modo de pensar, sentir, motivarse y actuar de las personas, al mismo tiempo que contribuyen significativamente a la motivación y a los logros humanos (Bandura, 1999, p. 21).

La teoría de la autoeficacia se interesa principalmente en el rol de los factores cognoscitivos y en cómo estos afectan las emociones y la conducta, así como la influencia del medio ambiente en la cognición (Flores, González-Celis & Valencia, 2010), por lo que su estudio se ha vuelto importante para tratar diversos problemas de salud, entre ellos la obesidad.

Tal como establecen Flores et al. (2010), el punto central de esta teoría es la iniciación y persistencia de una conducta concerniente a las habilidades,

capacidades conductuales y posibilidades de ser capaz de enfrentar con éxito una situación de acuerdo a las demandas medioambientales y sus cambios.

De tal manera, la autoeficacia influye en la determinación de metas que las personas se ponen para sí mismas y en las conductas que realizan para llevar a cabo dichas elecciones o metas. Motiva a las personas en aquellas tareas que se sienten competentes y evitar aquellas en que no se sienten competentes; determina la cantidad de esfuerzo para realizar una conducta; y predice la perseverancia y cómo las personas se recuperarían frente a situaciones adversas (Campos & Pérez, 2007).

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

Por otro lado, la eficacia percibida actúa como un elemento clave en la competencia humana y determina, en gran medida, la elección de actividades, la motivación, el esfuerzo y la persistencia en las mismas ante las dificultades, así como los patrones de pensamiento y las respuestas emocionales asociadas. Los sujetos con un alto sentido de autoeficacia aumentarán su funcionamiento sociocognoscitivo en muchos dominios y afrontarán las tareas difíciles percibiéndolas como cambiables, más que como amenazantes. Además, se implicarán en actividades con un alto interés y compromiso invirtiendo un gran esfuerzo en lo que hacen y aumentando su esfuerzo ante las dificultades y contratiempos (Carrasco & Barrio, 2002).

Por su parte, Aedo y Ávila (2009) definen la autoeficacia como la convicción de que se tendrá éxito al llevar a cabo la conducta en cuestión, la confianza en los resultados que tiene una persona al decidir cambiar o mantener cierta acción o conducta. Tal convicción influye en cómo la persona encara los desafíos y las metas que se plantea, el grado de esfuerzo que invierte en lograrlas, los resultados que espera alcanzar y la magnitud de su perseverancia frente a los obstáculos. Este constructo puede medirse a través de sus dimensiones: la búsqueda de alternativas positivas hacia la conducta, la capacidad para enfrentar posibles barreras para llevarla a cabo y las expectativas de habilidad o competencia.

Olivari y Urra (2007, p. 10) establecen que de acuerdo a esta teoría, la motivación humana y la conducta están regulados por el pensamiento y estarían involucradas tres tipos de expectativas: a) Las expectativas de la situación, en la que las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal, b) Las expectativas de resultado, que se refiere a la creencia que una conducta producirá determinados resultados y c) Las expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida, que se refiere a la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados.

### ***Aspectos que influyen en la autoeficacia***

Bandura (1999) establece que las creencias de las personas en relación a su eficacia pueden desarrollarse a través de cuatro formas fundamentales de influencia. La forma más efectiva para generar una fuerte sensación de eficacia son las *experiencias de dominio*. Los éxitos crean y fortalecen una creencia en relación a la eficacia. Por otro lado, los fracasos la debilitan, especialmente si se producen antes de haberse establecido firmemente un sentido de eficacia.

El segundo modo de crear y fortalecer las creencias de eficacia son las *experiencias vicarias* presentadas por los modelos sociales. Al observar personas en situaciones similares a las nuestras alcanzar el éxito tras esfuerzos perseverantes, aumenta nuestra creencia en relación a las capacidades propias para dominar actividades similares. De igual forma, al observar el fracaso ajeno a pesar de los esfuerzos, se reducen los juicios sobre nuestra propia eficacia y disminuye el nivel de motivación.

El tercer modo es la *persuasión social*, debido a que las personas a quienes se persuade verbalmente de que poseen las capacidades necesarias para realizar determinadas actividades tienden a movilizar más esfuerzo y a mantenerlo durante más tiempo que cuando existen dudas de las mismas y piensan en sus deficiencias personales ante los problemas.

Por último, el cuarto modo de alterar las creencias de eficacia consiste en favorecer el estado físico, reducir el estrés y las proclividades emocionales negativas y corregir las falsas interpretaciones de los estados orgánicos, debido a que las personas también responden parcialmente a sus estados psicológicos y emocionales al juzgar sus propias capacidades.

Sanjuán, Pérez y Bermúdez (2000) consideran que la expectativa de autoeficacia puede influir tanto en sentimientos como pensamientos y acciones. Las personas con pocas expectativas tienden a mostrar baja autoestima y sentimientos negativos sobre su capacidad. En cuanto a los pensamientos, la percepción de autoeficacia facilita las cogniciones referidas a las habilidades propias, actuando estos pensamientos como motivadores de la acción. Por último, y por lo que respecta a la acción, las personas que se sienten eficaces eligen tareas más desafiantes, se ponen metas más altas y persisten más en sus propósitos.

Para entender el concepto de autoeficacia resulta útil considerar lo mencionado por Flores et al. (2010), que establecen que una cosa es poseer las habilidades necesarias para hacer algo, y otra muy diferente es estar lo suficientemente seguros de los propios recursos para responder eficazmente a las situaciones demandantes o amenazantes.

Otro aspecto a tener en cuenta es que la autoeficacia no es una característica global como la autoestima o la autoconfianza; varía en función de la conducta, la situación particular y el estado fisiológico de la persona. Un individuo puede tener autoeficacia alta para solucionar problemas de álgebra y baja para otro tipo de conducta, como por ejemplo hacerse un chequeo médico (Sánchez, 2006).

### ***Procesos activados por la eficacia***

Bandura (1999), establece que las creencias de eficacia regulan el funcionamiento humano mediante cuatro procesos fundamentales: cognoscitivos, motivacionales, afectivos y selectivos.

#### *Procesos cognoscitivos*

Los efectos de las creencias de eficacia sobre los procesos cognoscitivos adoptan varias formas. Gran parte de la conducta humana se regula mediante el pensamiento anticipador que incluye los objetivos deseados. El establecimiento de objetivos personales está influido por las auto-estimaciones de las capacidades.

Una función importante del pensamiento es capacitar a las personas para predecir sucesos y desarrollar las formas para controlar aquellos sucesos que influyen sobre sus vidas. Tales destrezas de resolución de problemas requieren un procesamiento cognoscitivo efectivo de la información que contiene muchas

complejidades y ambigüedades. Al aprender las reglas de predicción y regulación, las personas deben recurrir a su conocimiento para construir opciones, para sopesar e integrar los factores predictivos, para probar y revisar sus juicios a merced de los resultados inmediatos y distales de sus acciones y para recordar qué factores han probado y cómo han funcionado.

### *Procesos motivacionales*

Las creencias de eficacia desempeñan un rol clave en la auto-regulación de la motivación. La mayoría de la motivación humana se genera cognoscitivamente. Las personas se motivan a sí mismas y dirigen sus acciones anticipadamente mediante el ejercicio del pensamiento anticipador. Elaboran creencias sobre lo que pueden hacer. Anticipan los resultados probables o acciones futuras. Establecen objetivos para sí mismas y planifican cursos de acción destinados a hacer realidad los futuros que predicen. Movilizan los recursos a voluntad y el nivel de esfuerzo necesario para alcanzar el éxito

### *Procesos afectivos*

Las creencias de las personas en sus capacidades de manejo influyen sobre la cantidad de estrés y depresión que experimentan éstas en situaciones amenazadoras o difíciles, así como sobre su nivel de motivación.

Las personas que creen que las posibles amenazas que se le presentan no son manejables ven muchos aspectos de su entorno como cargados de ira. Meditan sobre sus deficiencias para el manejo. Magnifican la gravedad de las posibles amenazas y se preocupan de las cosas que rara vez suceden. Mediante tales pensamientos ineficaces se desaniman y perjudican su nivel de funcionamiento. Por el contrario, personas que creen poder ejercer control sobre las posibles amenazas no las vigilan ni insisten en los pensamientos molestos.

## *Procesos de selección*

Las personas son en parte producto de su entorno. Por lo tanto, las creencias de la eficacia personal pueden modelar el curso que adoptan las vidas de las personas influyendo sobre los tipos de actividades y entornos que seleccionan para participar. En este proceso, los destinos son modelados por la selección de entornos conocidos por cultivar ciertas potencialidades y estilos de vida. Las personas evitan las actividades y los entornos que consideran que exceden a sus capacidades de manejo. Pero asumen actividades retadoras y seleccionan entornos para los que se juzga capaces de manejar. Mediante las alternativas que escogen, las personas cultivan diferentes competencias, intereses y redes sociales que determinan sus cursos vitales.

## ***Autoeficacia y regulación de la conducta***

La autoeficacia desempeña un importante papel en la autorregulación de la conducta a través de sus efectos sobre la formación e intensidad de la intención, así como la persistencia en la acción frente a los obstáculos. De acuerdo con la teoría y la investigación, influye en cómo las personas sienten, piensan y actúan. En el área emocional, un bajo sentido de autoeficacia está asociado con síntomas de depresión, ansiedad y estados de desamparo (Flores et al., 2010).

Zimmerman, Kitsantas y Campillo (2005) definen la autorregulación como *acciones, sentimientos y pensamientos autogenerados para alcanzar metas de aprendizaje*. Existe una dimensión intrínsecamente *motivacional* en el aprendizaje autorregulado puesto que el mismo incluye la iniciativa personal y la perseverancia. Entre las creencias motivacionales que han sido analizadas en relación a la autorregulación, la autoeficacia desempeña un papel especialmente importante. Por lo tanto, la eficacia autorregulatoria se refiere a las creencias

acerca del uso de procesos de aprendizaje autorregulados como formulación de metas, autosupervisión, empleo de estrategias, autoevaluación y autorreacciones.

Bandura (1999) menciona que la lucha por el control de las circunstancias vitales permea casi todas las cosas que hacen las personas porque puede garantizarles unos beneficios personales y sociales innumerables. La capacidad para influir sobre los resultados, los convierte en predictibles. La posibilidad de predecir fomenta la preparación. La incapacidad para ejercer influencia sobre las cosas que afectan adversamente a la propia vida crea aprensión, apatía o desesperación. La capacidad para producir resultados valiosos y para prevenir los indeseables, por lo tanto, proporciona poderosos incentivos para el desarrollo y el ejercicio del control personal.

### ***Autoeficacia y conductas de salud***

De acuerdo con Bandura (1999), la autoeficacia percibida sobresale como uno de los principales factores que influye no sólo sobre la toma de decisiones sino también sobre la adopción de conductas favorecedoras para la salud, así como en la eliminación de conductas perjudiciales para la misma.

El comportamiento y los modos de afrontamiento de las personas a la enfermedad pueden desempeñar un papel importante en su curso y, en este contexto, el hecho de que un paciente cumpla o no con las prescripciones médicas juega un papel primordial. Podrán alcanzar un mejor control de la enfermedad e incrementaro preservar su calidad de vida aquellas personas que logren adherirse adecuadamente a los tratamientos y regímenes conductuales que cada una de las enfermedades exige para su buena evolución (Martín & Grau, 2004).

De la misma manera, se ha observado que la auto-eficacia percibida es un determinante importante de la conducta que fomenta la salud. El sentido de

eficacia personal influye sobre la salud humana en dos niveles. En un nivel más básico, la confianza de las personas en su capacidad para manejar los estresores a los que se enfrenta diariamente activa los sistemas biológicos que median la salud y la enfermedad. El segundo nivel se relaciona con el ejercicio del control directo sobre los aspectos de la conducta modificable de la salud y el índice de envejecimiento (Bandura, 1999).

Olivari et al. (2007) establecen que frente a lo difícil que puede ser el motivar a la adopción de conductas que promuevan la salud o el detener conductas nocivas para ésta, la autoeficacia ha mostrado consistentemente ser un factor de gran importancia, ya que ha sido aplicado a conductas tan diversas en distintos dominios de salud como el manejo de enfermedades crónicas, uso de drogas, actividad sexual, fumar, realizar ejercicio, bajar de peso, y también la habilidad para recuperarse de los problemas de salud o para evitar potenciales riesgos para la salud

Tanto las expectativas de resultados como las creencias de eficacia desempeñan un papel influyente en la adopción de conductas saludables, en la eliminación de hábitos perjudiciales y en el mantenimiento del cambio. Al adoptar la conducta deseada, en primer lugar los individuos forman una intención y a continuación tratan de ejecutar una acción. Las expectativas que se tienen de los resultados influirán en las intenciones pero no necesariamente tendrá el efecto esperado (Bandura, 1999).

Por otro lado, la teoría de la autoeficacia ha estimulado en los últimos quince años una cantidad considerable de estudios empíricos en ámbitos tan diversos de la Psicología de la Salud como son el hábito de fumar, el alcoholismo, los trastornos alimentarios, el tratamiento psicológico del dolor, el estrés, el cumplimiento de prescripciones terapéuticas, la rehabilitación postinfarto o la prevención del SIDA (Villamarín, 1994).

Debido a que la adopción de conductas saludables resulta una tarea difícil para la mayoría de las personas, la autoeficacia juega un papel esencial en este proceso. Bandura (1999, p. 225) establece al respecto de este tema que la probabilidad de que las personas adopten una conducta saludable valiosa (como el ejercicio físico) o que abandonen un hábito perjudicial puede depender de tres series de cogniciones: (a) la expectativa de que uno está en riesgo; (b) la expectativa de que el cambio conductual reducirá la amenaza y (c) la expectativa de que uno es suficientemente capaz de ejercer control sobre el hábito que se desea abandonar.

Villamarín (1994) considera que las expectativas de eficacia pueden influir en la salud a través de sus efectos motivacionales y a través de sus efectos emocionales, entendidos éstos, básicamente, como la capacidad de modulación de la reactividad biológica ante estímulos estresantes. Por otro lado, las variables motivacionales de carácter cognoscitivo que determinan la elección de comportamientos y el esfuerzo y la persistencia en los comportamientos elegidos, pueden regular los intentos de abandonar los hábitos perjudiciales para la salud, como conductas adictivas y ciertas pautas alimentarias; pueden determinar el esfuerzo y la persistencia en el cumplimiento de comportamientos favorecedores de la salud, autoimpuestos o prescritos por profesionales médicos; y por último, la autoeficacia respecto de las capacidades físicas puede influir en la rapidez y magnitud de la recuperación después de traumas físicos y enfermedades incapacitantes.

En relación a las conductas preventivas en salud, los individuos con alta autoeficacia percibida tienen más probabilidad de iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos y ser más optimistas sobre la eficacia de estos. Además, los estudios indican consistentemente que también tienen más probabilidad de evaluar su salud como buena, están menos enfermos o deprimidos y se recuperan mejor y más rápidamente de las enfermedades que las personas con baja autoeficacia (Olivariet al., 2007).

Bandura (1999) establece que los hábitos derivados del estilo de vida pueden fortalecer o desmejorar la salud. Esto capacita a las personas a ejercer cierto control conductual sobre su vitalidad y sobre la calidad de su salud. Las creencias de eficacia influyen sobre todas las fases del cambio personal, tanto si las personas contemplan modificar sus hábitos de salud, si emplean la motivación y perseverancia necesarias para tener éxito en el caso de que decidan hacerlo, como si mantienen los cambios que han logrado. Las creencias de las personas en su poder de auto-motivación y auto-regulación de la conducta desempeñan un rol crucial sobre el hecho de contemplar el cambio de los hábitos perjudiciales para la salud. No encuentran sentido al esfuerzo si creen que no disponen de lo necesario para lograr el éxito. Si lo intentan, abandonan sus esfuerzos rápidamente en ausencia de resultados inmediatos.

Flores et al. (2010) mencionan que según la teoría prospectiva las personas estarán más dispuestas a realizar una conducta saludable que implique riesgo si se les motiva para que piensen en términos de las ganancias potenciales que pueden obtener, y de las pérdidas asociadas si no la llevan a cabo. Por lo tanto, si los niños no perciben una enfermedad real que amenace su salud, y además de esto las conductas de promoción a la salud no se asocian con la pérdida que la misma enfermedad produce, es probable que la percepción de eficacia se encuentre sobrevalorada.

Olivari et al. (2007) exponen algunos hallazgos existentes en torno a la relación entre la autoeficacia y la realización de ejercicio. Ellos establecen que aquellas personas con mayores niveles de autoeficacia se comprometen con mayor frecuencia en un programa regular de actividad física que aquellos con más bajos niveles de autoeficacia. Además, los individuos con alta autoeficacia tienen sentimientos mucho más fuertes de efectividad para realizar el ejercicio y para comprometerse en ese momento en realizar una mayor cantidad de actividad física que los individuos con baja autoeficacia.

Otra característica habitualmente asociada a la salud y a la calidad de vida es el apoyo social, cuyos efectos sobre el bienestar y la salud se han conceptualizado desde dos modelos diferentes. Desde un modelo de *efectos principales*, se sostiene que el apoyo social favorece el bienestar y la salud independientemente de los niveles de estrés del individuo; por otra parte, desde el modelo de *amortiguación* se sostiene que el apoyo social sirve como una fuente de protección de los efectos patogénicos de los eventos estresantes muy intensos o prolongados. Independientemente del modelo al que se adhiera, la literatura en torno al tema muestra evidencias concluyentes en adultos, respecto a la influencia del apoyo social en la salud y en la calidad de vida en general y específicamente en personas con enfermedades crónicas (Avendaño & Barra, 2008).

Por otro lado, Sánchez (2006) establece que la forma en que es presentado un mensaje (en este caso relacionado con la salud) determinará la forma en que el sujeto reaccionará. En un mensaje presentado como ganancia se subrayan los beneficios que se pueden obtener si se realiza la conducta sugerida, mientras que en un mensaje presentado como pérdida se enfatiza las pérdidas que uno puede tener si no se realiza la conducta sugerida. Por tanto, los mensajes presentados como ganancias o como pérdidas se enfocan bien a la presencia o a la ausencia de resultados conductuales positivos. Desde la teoría prospectiva se predice que el mensaje presentado como pérdida será más efectivo que un mensaje presentado como ganancia, así lo corroboran estudios realizados sobre conductas autoexploratorias.

Por último, la auto-regulación efectiva de conductas saludables no se alcanza mediante un acto de voluntad. Requiere el desarrollo de destrezas auto-reguladoras. Para generar el sentido de eficacia, las personas deben desarrollar destrezas sobre el modo de influir sobre su propia motivación y conducta. En tales programas, aprenden a observar la conducta y a buscar el cambio, el modo de establecer submetas posibles que les motiven y dirijan sus esfuerzos y el modo de recoger incentivos y apoyo social para sostener el esfuerzo necesario para

alcanzar sus objetivos. Una vez equipados con las destrezas necesarias y la confianza en sus capacidades, las personas son más capaces de adoptar las conductas que promueven la salud y de eliminar aquellas que la perjudican (Bandura, 1999).

### ***Autoeficacia y obesidad***

Debido a que la obesidad es uno de los mayores problemas de salud actuales, se han llevado a cabo diversos estudios con la finalidad de conocer sus causas y consecuencias. Desde la perspectiva cognoscitiva, existen diversas teorías que intentan explicar el papel de la autoeficacia en el proceso de obesidad y su relación con la adopción de nuevas conductas saludables que favorezcan el éxito en la reducción de peso.

La responsabilidad individual se vuelve fundamental para el éxito de cualquier estrategia de control de peso, ya que los resultados en gran medida son dependientes del control alcanzado por el cliente y de obtener un cambio permanente en su estilo de vida. Para que las acciones dirigidas al control del peso corporal sean efectivas, el individuo debe realizar un esfuerzo constante y progresivo para controlar su ingesta alimenticia y mantener un adecuado gasto calórico mediante la práctica regular de ejercicios físicos (Lugli, 2011).

De acuerdo con la premisa anterior, Casado, Camuñas, Navlet, Sánchez y Vidal (1997, p. 5) establecen que es importante que el paciente con obesidad se implique de forma activa en su tratamiento. Para la consecución del incremento del autocontrol sobre las conductas de ingesta se sugieren las siguientes técnicas:

- Autorregistro de consumo de alimentos y situaciones en las que se consumen. El objetivo principal es tomar conciencia de lo que comen en cada momento y de las variables que controlan la ingesta.

- Autorregistro de actividad. Es importante que junto a la reducción de la ingesta de calorías se establezca un aumento paulatino de la actividad física.
- Establecimiento de metas y submetas adecuadas. Es importante que el paciente establezca una meta final realista y adecuada a sus características. Así mismo, para mantener un buen grado de motivación y adhesión al tratamiento es imprescindible marcar submetas u objetivos parciales en la consecución del objetivo final (obtención del peso deseado).
- Control estimular. El control estimular está dirigido tanto al consumo de alimentos como a la situación misma de la ingesta (comer despacio, en bocados pequeños, llevar a la mesa el plato ya servido, utilizar platos pequeños, comer siempre sentados, levantarse de la mesa al terminar, etc.).
- Autorrefuerzo. Para mantener la motivación es importante que los pacientes aprendan a reforzar su esfuerzo y la consecución de las submetas establecidas con la utilización de distintos reforzadores (externos e internos).
- Registro semanal del peso. Cada paciente debe llevar la anotación semanal de su peso y la elaboración de gráficas de seguimiento.

Por otro lado, se han examinado las características predictoras de éxito de la autoeficacia para la pérdida de peso y mantenimiento de esta baja, así como predictor de la intención de realizar conductas en torno a una alimentación saludable y realización de ejercicio físico. La gran cantidad de variables que influyen en las decisiones para cambiar estilos de vida, y el fracaso que muestran las personas en la mayoría de sus intentos, motiva a buscar variables de tipo

psicológico que puedan ayudar a comprender estos fenómenos (Campos et al., 2007).

Zimmerman, et al. (2005) establecieron que los sujetos con exceso de peso presentan menos expectativas de autoeficacia que los individuos con normopeso cuando se trata de controlar la ingesta bajo estados emocionales negativos. Por otro lado, cuanto menor es el número de kilos perdidos menores son las expectativas de autoeficacia. Estos resultados reafirman la evidencia empírica existente respecto a que los estados emocionales negativos juegan un papel importante en la explicación de los patrones de sobreingesta que se observan en individuos obesos.

Aquellas actividades que son consideradas como esenciales para la pérdida de peso, pueden ser alcanzadas por la persona a través de la autorregulación del comportamiento, la cual es entendida como la capacidad de la persona para motivarse y actuar con base en criterios internos y reacciones autoevaluadoras de sus propios comportamientos (Lugli, 2011).

Bandura (1999) menciona que la autoeficacia percibida influye significativamente en la formación e intenciones para hacer ejercicio y para mantener la práctica durante un tiempo considerable, así como también el hacer dieta y controlar el peso son conductas también gobernadas por las creencias de auto-eficacia.

Por su parte, Olivari et al. (2007) consideran que no sólo los aumentos en autoeficacia contribuyen a mejorar la conducta de hacer ejercicio, sino que también aquellas personas que presentan baja autoeficacia inicial cuando mejoran su autoeficacia también mejoran su conducta de hacer ejercicio.

Por otro lado, la autoeficacia también se ha señalado como predictora de éxito del tratamiento, y se ha asociado con la intención de comer alimentos bajos

en caloría, como frutas y vegetales, y al incremento de dietas ricas en fibra. De la misma manera, favorece la adhesión a cambios en la ingesta alimentaria y a una mayor pérdida de peso (Lugli, 2011).

## CAPÍTULO II

### OBESIDAD INFANTIL

Actualmente la obesidad se ha convertido en uno de los mayores problemas de salud a nivel mundial, incrementando alarmantemente su aparición en la población infantil. En México, la obesidad puede considerarse como el principal problema de salud pública, debido a esto resulta esencial conocer las causas de esta enfermedad así como las medidas de prevención que se deben tomar para evitar su aparición.

#### ***Definición***

Azcona, Romero, Bastero y Santamaría (2005), definen la obesidad como una enfermedad crónica originada por un trastorno metabólico que conduce a una excesiva acumulación de energía en forma de grasa corporal con relación al valor esperado según el sexo, talla y edad. Sin embargo, en los niños la definición de obesidad puede no ser siempre precisa, debido a que muchas veces se observa también en ellos un aumento de la masa libre de grasa. Por esta razón no se debe utilizar un valor absoluto para expresar los límites de la normalidad o el grado de obesidad, sino que éstos deben relacionarse con los valores de referencia para su edad, sexo y talla.

Por otro lado, aunque los términos de sobrepeso y obesidad se usan recíprocamente, el sobrepeso se refiere a un exceso de peso corporal comparado con la talla, mientras que la obesidad se refiere a un exceso de grasa corporal (Sánchez, Pichardo & López, 2004).

## ***Tipos de obesidad***

Marquillas (2005, p. 35) establece que, según su origen, la obesidad puede distinguirse de las siguientes formas:

- Obesidad nutricional simple, idiopática o constitucional: no se encuentra una patología causal.
- Obesidad asociada a síndromes genéticos.
- Obesidad secundaria a trastornos metabólicos u hormonales identificables.
- Obesidad secundaria a lesiones del sistema nervioso central.
- Obesidad causada por fármacos.

## ***Diagnóstico de la obesidad***

Como se mencionó anteriormente, la valoración de la obesidad es más difícil en niños y adolescentes que en el adulto, por lo que se han desarrollado diversas técnicas que tienen como finalidad hacer un diagnóstico lo más preciso posible.

El IMC relacionado con la edad y el sexo es un indicador aceptado para la estimación de la obesidad en niños de 2 a 18 años, tanto para estudios epidemiológicos como para el ámbito clínico (Colomer & Grupo, 2005).

Por su parte, Azcona et al. (2005, p. 30) describen los métodos antropométricos más utilizados para determinar la grasa corporal de forma indirecta:

•*Relación peso/talla*: es un método simple para la valoración de la obesidad, sin embargo refleja más la masa corporal total que la masa grasa. Un exceso por encima del percentil 95 indica obesidad. Además, en los niños obesos, del 10 al

50% del exceso de peso puede corresponder a masa magra, por lo que pueden dar falsos positivos si el niño es de hábito atlético. Con la relación peso/talla se suele infraestimar la obesidad en niños por debajo de 3 años y sobrevalorarla en adolescentes.

- *Relación peso actual con el peso ideal para la talla de un niño de la misma edad*: se considera obesidad cuando la relación peso/talla está por encima del 120%. Fórmula:  $(\text{Peso actual}/\text{peso ideal para la talla}) \times 100$ .

- *Índice de masa corporal (IMC) o de Quetelet*: es muy útil para valorar la obesidad ya que el 90% de las variaciones se deben a cambios en la masa grasa. La fórmula consiste en dividir el peso en kilogramos entre la talla en metros elevada al cuadrado [peso (kg)/talla<sup>2</sup> (m)]. En adultos es relativamente constante; si es superior a 25 se considera sobrepeso y si es mayor de 30 obesidad. En niños éste valor cambia con la edad.

- *Pliegues*: la grasa subcutánea constituye aproximadamente el 50% de la masa corporal total. La medición de los pliegues por medio de un lipocalibrador es un método sencillo y preciso siempre que el observador sea experimentado, aunque si la obesidad es muy severa no es muy fiable. Se pueden medir los pliegues tricipital, bicipital, subescapular y suprailíaco. El que más se utiliza es el pliegue tricipital. Utilizando estas medidas se acepta como indicativo de obesidad un pliegue tricipital superior al percentil 95 en prepúberes y al 85 en adolescentes. En caso de no disponer de valores de referencia se pueden considerar obesos a los que tengan un pliegue tricipital superior a 20 mm.

Por otro lado, Santrock (2006) establece que un varón es obeso cuando su peso supera en un 20% al peso máximo recomendado para su estatura, mientras que, en el caso de las mujeres, se estima que existe obesidad cuando el peso real supera al recomendado en un 25%. Las chicas suelen presentar una mayor tendencia a la obesidad que los chicos. Padecer obesidad a los 6 años de edad

hace que la probabilidad de ser obeso también durante la edad adulta sea del 25%, y si se es obeso a los 12 años, la probabilidad de serlo durante la madurez aumenta hasta un 75%.

En México, con relación a la elección para un determinado punto de corte se plantea que éste depende del objetivo que se persiga. Si el indicador define los beneficios de un programa de intervención, lo más recomendable es que el punto de corte tenga una alta especificidad. El punto idóneo para definir sobrepeso es el centil 85. En la reunión del Consenso sobre Obesidad Infantil realizada por la Academia Nacional de Pediatría con la participación de la Sociedad Mexicana de Endocrinología Pediátrica (marzo,2002) se recomendó utilizar las gráficas de IMC del Centro para el Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC, 2000).

Así pues se consideró para la población mexicana a partir de los 2 años de edad lo siguiente:

Sobrepeso valor superior al centil 75

Obesidad valor por arriba del centil 85

Obesidad grave valor por arriba del centil 97.

### ***Prevalencia***

La prevalencia de obesidad y sobrepeso infantil a nivel mundial ha aumentado en los últimos años de forma alarmante, mientras que en México se ha convertido en uno de los principales problemas de salud en la infancia.

La OMS (2012a) establece que actualmente el sobrepeso y la obesidad están aumentando en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos. En los países en desarrollo están viviendo cerca de 35 millones de niños con sobrepeso, mientras que en los países desarrollados esa cifra es de 8 millones.

Según la ENSANUT (2012), en México los niños en edad escolar (ambos sexos), de 5 a 11 años, presentaron una prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en 2012 de 34.4%, 19.8% para sobrepeso y 14.6% para obesidad, mientras que el 35% de los adolescentes de entre 12 y 19 años presenta sobrepeso u obesidad.

Por otro lado, la UNICEF (2013) establece que actualmente, México ocupa el primer lugar mundial en obesidad infantil, y el segundo en obesidad en adultos, precedido sólo por los Estados Unidos, y es un problema que está presente no sólo en la infancia y la adolescencia, sino también en población en edad preescolar.

Entre 2006 y 2012 el aumento combinado de sobrepeso y obesidad fue de 5% para los sexos combinados, es decir, 7% para el sexo femenino y 3% para el masculino (ENSANUT, 2012).

### ***Causas y factores de riesgo***

Aunque la obesidad es un trastorno multifactorial en cuya etiopatogenia están implicados factores genéticos, metabólicos y ambientales (Colomer et al., 2005; Achor, Benítez, Brac & Barslund, 2007). Algunos autores (Durá & Sánchez-Valverde, 2005; Rubio, 2005) consideran que la rapidez con que se está produciendo el incremento de su prevalencia parece estar relacionada, principalmente, con los factores ambientales, como hábitos alimentarios poco saludables, junto a una disminución de la actividad física en niños y adolescentes condicionada, en gran medida, por la televisión.

Por su parte, Meléndez (2008, p. 45), menciona cuatro causas principales del sobrepeso: 1) Incremento en la ingestión calórica, sin un incremento proporcional en el gasto energético (GE); 2) Disminución en el gasto, sin

disminución en el aporte energético; 3) Combinación de 1 y 2; 4) Una mayor disminución en el gasto que en la ingestión. Sin embargo, también considera que el ambiente se puede calificar actualmente como obesogénico, debido a que las influencias que rodean al individuo generan oportunidades y condiciones de vida que provocan un aumento de peso en los individuos. Dichas condiciones engloban los factores económicos (costo de los alimentos, ingreso familiar), políticos (formales: leyes y políticas públicas, e informales: reglas institucionales, incluidas las del hogar), socioculturales (influencia de amigos, familiares, escuela, hogar y vecindario) y físicos (disponibilidad de alimentos en la casa, escuela, trabajo, propaganda comercial) en los que se desenvuelve el individuo y que tienen poderosas influencias sobre la conducta.

### Factores genéticos

A pesar de que en numerosas investigaciones se ha puesto de manifiesto la importancia de las contribuciones ambientales para el desarrollo de la obesidad, también se cree que también existe un componente genético involucrado.

Gil (2002), establece que existen genes implicados en la etiología de la obesidad, cuya función radica en la regulación transcripcional de los adipocitos y en las vías metabólicas de lipogénesis y lipólisis, así como genes que codifican proteínas implicadas en la síntesis de numerosas hormonas y en la transducción de señales hormonales.

Marquillas (2005, p. 35) menciona que algunos de estos genes son:

- Ob-lep: sintetiza la leptina.
- El polimorfismo del gen ACE I/D: predice el sobrepeso y la adiposidad abdominal en adultos.
- Algunos fenotipos Apo E condicionan la correlación obesidad-dislipemias en Apo E2 se acumulan triglicéridos, en Apo E4 se acumula HDL).

Por otro lado, clásicamente está establecido que si ambos padres son obesos el riesgo para la descendencia será de 69 a 80 %; cuando solo uno es obeso será 41 a 50 % y si ninguno de los 2 es obeso el riesgo para la descendencia será solo del 9 % (Achor et al., 2007). A pesar de que el patrón de distribución de la grasa corporal sigue la misma tendencia que el observado en los padres, el riesgo de ser obeso puede estar atribuido al seguimiento de hábitos similares de alimentación en la familia genéticamente predispuesta (Azcona et al., 2005).

Achor et al. (2007), establecen que para desarrollar la obesidad es necesario el efecto combinado de la predisposición genética a este trastorno y la exposición a condiciones ambientales adversas. Por lo tanto, la influencia genética se va a asociar a condiciones externas como los hábitos dietéticos y estilos de vida sedentarios, relacionado esto con la disponibilidad de alimentos, la estructura sociológica y cultural que intervienen en el mecanismo de regulación del gasto y almacenamiento de la energía que es lo que define la estructura física.

Por su parte, Bresh (2006) considera que es importante señalar que no sólo se hereda la predisposición a la adiposidad y la distribución de la grasa corporal; estudios de genética de la conducta indican que factores conductuales tales como la preferencia por las grasas, la elección del intervalo entre comidas, el grado de compensación calórica en respuesta a la restricción de alimentos y aun la inclinación por la actividad física tienen componentes genéticos.

A pesar de que efectivamente existen factores genéticos involucrados en el desarrollo de la obesidad, algunos autores como Bautista, Sangil y Serra (2004) establecen que el incremento de la prevalencia de la obesidad infantil parece estar más ligado a cambios en los factores ambientales que a los factores genéticos, debido a que los cambios adaptativos de las especies animales requieren el paso de muchas generaciones y nosotros hemos cambiado nuestra alimentación y estilos de vida en las últimas décadas, por lo que resulta poco probable que en

sólo 20 o 30 años el fondo genético se haya modificado tanto que pueda explicar una tasa tan alta de adiposidad en nuestra especie.

De la misma forma, Pérez, Sandoval, Schneider y Azula (2008) sugieren que la rapidez con la que ha avanzado la prevalencia de sobrepeso en niños y adolescentes, excluyen causas genéticas (solamente uno de cada 200 niños obesos) y centran la atención en cambios sociológicos, culturales y ambientales que promueven el aumento de las “conductas obesogénicas” como, la disminución de la alimentación natural, el consumo de grasas hidrogenadas, hidratos de carbono refinados, gaseosa y jugos artificiales azucarados, destacándose el rol de la proliferación de “comidas rápidas” de baja calidad nutricional y alta densidad energética y de macroporciones que se consumen fuera y dentro del hogar.

### Factores metabólicos

Los aspectos metabólicos de la obesidad se refieren a las interacciones neurofisiológicas y endocrinas involucradas en la regulación de la energía corporal (Bresh, 2006).

El balance energético se consigue cuando la ingesta energética es igual al gasto. Si la ingesta excede al gasto, ésta se deposita en forma de grasa. Excesos relativamente pequeños en la ingesta energética, pero mantenidos durante largo tiempo, producen aumentos significativos en la grasa corporal (Chueca, Azcona & Oyarzábal, 2002).

Se debe tomar en cuenta que las necesidades de cada niño varían con su edad y el grado de actividad física, por lo tanto, la alimentación debe ser equilibrada, manteniendo una proporción correcta de los diversos principios inmediatos. Lama et al. (2006) consideran que el aporte energético debe distribuirse según el ritmo de actividad del niño, por lo que es fundamental realizar

un desayuno abundante, evitar las comidas copiosas, que la merienda sea equilibrada y que la cena se ajuste para conseguir un aporte diario completo y variado.

Marquillas (2005), señala que la obesidad es el resultado de un desequilibrio por un marcado aumento del ingreso calórico cotidiano (sobrealimentación) junto a un marcado descenso del gasto calórico por sedentarismo.

Por lo tanto para evitar la obesidad debe existir un balance calórico. El balance calórico es la diferencia entre ingesta nutricional y gasto energético. El gasto energético es la suma de varios elementos:

- Metabolismo o gasto basal: supone el 50-70% del gasto total y es un rasgo genético.
- Efecto termogénico de la alimentación (llamada acción dinámico-específica o ADE): supone un 10% del total.
- Termorregulación.
- Actividad física.
- Crecimiento y desarrollo (Marquillas, 2005, p. 37).

Las variables más importantes son ingesta y actividad física:

- La ingesta es el único factor que puede reducir la obesidad a través de la reducción calórica. El estrés puede también condicionar actitudes compulsivas de satisfacción, compensadoras de la ansiedad, por ejemplo, la alimentación compulsiva, que puede convertirse en un trastorno prolongado de la conducta alimentaria y ocasionar obesidad.
- La reducción de la actividad física cotidiana es un gran factor etiológico y mantenedor de la obesidad. Aunque su aumento, sin modificación nutricional, no mejora la obesidad, es muy útil al aumentar la adherencia y

la permanencia en programas de reducción calórica, reduciéndose las recaídas a largo plazo (Marquillas, 2005 p. 37).

### Factores ambientales

Existe un gran número de factores ambientales que pueden estar implicados en la patogénesis de la obesidad en la infancia. Chueca et al. (2002) mencionan que algunos de ellos son el exceso de alimentación durante el período prenatal y de lactancia, la malnutrición materna, el tipo de estructura familiar (hijo único, hijos adoptados, el último hijo de una gran familia, padres separados, familia monoparental, madre mayor de 35 años, familia numerosa), el nivel socioeconómico, factores relacionados con el clima, la falta de ejercicio físico y el fácil acceso a la comida.

Diversos estudios han demostrado la importancia de la influencia familiar en la formación de hábitos saludables en el desarrollo de peso y obesidad de los hijos. Días y Enríquez, (2007) establecen que la madre, como primera cuidadora, proporciona a los niños la estructura básica de relación con la comida debido a que es la encargada de ofrecer algunos alimentos y de evitar otros, distribuir las comidas durante el día y determinar las cantidades de comida. Se plantea además que los conocimientos, aptitudes y prácticas alimentarias de la madre determinan en gran medida el estado nutricional de la familia, especialmente en los sectores de bajos recursos económicos.

El peso del recién nacido y la alimentación en esta etapa tienen influencia en el exceso de peso durante la infancia y la adolescencia. Los niños alimentados con lactancia materna (LM) tienen menor riesgo de desarrollar obesidad que los lactados artificialmente y este efecto protector podría incrementarse con la duración de la LM (Lama et al., 2006). Esto se debe a que la lactancia natural favorece el desarrollo temprano de los mecanismos de autorregulación de la ingesta ya desde etapas precoces de la vida debido a la composición variable de

la leche de mujer, a su riqueza en colesterol que constituye un “modelado” para el metabolismo lipídico futuro del organismo en desarrollo, a que desplaza la introducción de otros alimentos más energéticos y a la técnica de lactancia “a demanda” que favorece que el niño aprenda a percibir y responder a las señales internas de hambre y saciedad (Rubio, 2005).

Por otro lado, la falta de percepción materna de sobrepeso en niños de jardín de infantes se asocia a mayor riesgo de sobrepeso en este grupo etario. Kain, Olivares, Castillo y Vio (2001) demostraron que muy pocas madres de niños con sobrepeso se mostraron preocupadas por la imagen y además estas madres no creían que los niños presentaban sobrepeso y, por lo tanto, eran indiferentes a ellos. La incapacidad de poner límites a los hábitos alimentarios de los niños podía estar relacionada con el uso de la comida como una herramienta para premiar o castigar a los niños.

Sin embargo, la alteración de la percepción en relación a la obesidad también se da en el propio individuo. Vázquez y López (2001) mencionan que los pacientes con obesidad registran entre 15 a 45% menos de las kilocalorías que consumen. Esto puede atribuirse a mentiras deliberadas o a alteraciones en la percepción de los sujetos. Se ha reconocido que la información obtenida por las encuestas de alimentación puede estar influida por las preferencias alimentarias, incapacidad de recordar información, alteración en la percepción del tamaño de las porciones, modificaciones reales en la alimentación, ingestión atípica de alimentos el día anterior, modificación voluntaria de la información y frecuencia de la repetición de las encuestas alimentarias.

Algunos autores (Aranceta, Pérez, Ribas & Serra, 2005; Azcona et al., 2005; Durá et al., 2005) consideran que la televisión se ha convertido en uno de los factores de riesgo ambientales más comunes para desarrollar obesidad infantil, ya que los niños que ven más horas la televisión tienen más posibilidad de tomar aperitivos mientras están delante del televisor, y a la vez la televisión reemplaza

las actividades al aire libre que consumen más energía, como los juegos o deportes. Esto se debe, en parte, a que la televisión anuncia alimentos con alto contenido calórico y los personajes de la televisión, en general, muestran unos hábitos alimentarios inadecuado.

Por su parte, Achor et al. (2007) establecen que la inactividad física permite que los niños dediquen mucho tiempo a la televisión, a los juegos de video y se alejen de la práctica de deportes, las caminatas y los juegos al aire libre, lo que condiciona la ganancia excesiva de peso. También mencionan la formación de malos hábitos en la alimentación como la ausencia de desayuno, ingestión de grandes cantidades de alimentos en las últimas horas del día, comer muy rápido, ingestión de alimentos con exceso de grasa o azúcares simples. Por lo tanto, la escasa actividad física y el sedentarismo, indirectamente estimado por el número de horas consumidas en actividades lúdicas sedentarias (televisión, ordenador, videojuegos), están significativamente asociados a la obesidad (Colomer et al., 2005).

García et al. (2008) consideran que otro factor importante en la etiología de la obesidad es el consumo de bebidas que proporcionan energía como jugos, aguas frescas, refrescos, te o café con azúcar, bebidas endulzadas, leche entera y bebidas alcohólicas, debido a que eleva considerablemente la ingestión energética promedio en los mexicanos. Dependiendo del grupo de edad, entre 19 y 22% de la energía de la dieta proviene de bebidas. En los niños, la leche entera es la bebida que más contribuye a la ingestión energética, por lo cual es importante promover programas sociales de abasto de leche a comunidades de bajos recursos, con alternativas al consumo de leche entera, en virtud de que la obesidad infantil ya no es un problema exclusivo de los grupos de mayor nivel socioeconómico. También, promover el consumo de leche baja en grasa como una alternativa saludable especialmente para niños con sobrepeso o con riesgo de tenerlo. En adultos es necesario orientarles sobre la importancia de consumir bebidas sin energía como agua simple para hidratarse.

Por otro lado, también se debe considerar que los problemas psicopatológicos que acompañan a la obesidad se pueden considerar factores causales, complicaciones o enfermedades intercurrentes. Los niños y adolescentes obesos tienen menos autoestima y mayor tendencia a la depresión. La presencia de depresión en la adolescencia influye para que tengan mayor índice de masa corporal al ser adultos (Aguilar, Pérez, Díaz de León & Cobos, 2011).

### ***Aspectos psicológicos de la obesidad***

No existe una causa psicológica primaria en la génesis de la obesidad sino la combinación de ciertas características psicológicas que interactúan con otros factores ampliamente reconocidos (herencia genética, sedentarismo, etc.). Sin embargo, hasta el momento resulta imposible determinar si la obesidad provoca alteraciones específicas en la personalidad o son éstas las que desencadenan la obesidad (Silvestri & Stavile, 2005).

Tal como señalan Vázquez et al. (2001), es más común encontrar alteraciones de la personalidad y problemas psiquiátricos en personas obesas que en las de peso normal. Entre las alteraciones referidas se encuentran: agorafobia, depresión mayor, fobia simple, bulimia y dependencia del tabaco. Así mismo, se han apreciado desórdenes de personalidad relacionados con conductas excéntricas, dramáticas, una elevada ansiedad, conductas de evasión y agresión.

En los niños se presenta ansiedad por distintos factores y pueden encontrar la manera de reducir ésta comiendo, la cual para éstos es una forma rápida y placentera de disminuir este síntoma; por lo tanto es posible que si persiste la ansiedad el niño aumente de peso y se presente un ciclo en el cual la ansiedad lo lleve a la obesidad y la obesidad a la ansiedad (Días et al., 2007).

En cuanto a la depresión, Bresh (2006) menciona que cursa con aumento o disminución del apetito y que en general tiende a amplificar los patrones de cambio de peso asociados con la edad; es decir, los adultos jóvenes con depresión tienden a aumentar de peso, mientras que los adultos mayores bajan de peso.

La obesidad aparece asociada con problemas específicos del peso que pueden afectar adversamente la calidad de vida y obstaculizar el tratamiento, aun si no son tan severos como para causar complicaciones clínicas significativas. Por lo tanto, la obesidad no sólo expone a quien la padece a una larga lista de enfermedades, como cardiopatías, hipertensión arterial y diabetes, sino también a psicopatías como depresión, ansiedad, que en estos casos están asociadas a trastornos de la conducta alimentaria o distorsión de la imagen corporal (Silvestri et al., 2005).

Ríos et al. (2008) demostraron en una investigación que existe una relación entre depresión, bienestar físico y satisfacción con la imagen corporal; esto es, a mayor depresión menor bienestar físico (mayores achaques, molestias y dolores) y poca satisfacción con la imagen corporal en los pacientes obesos. De igual forma, se encontró que a mayor descontento con el peso, mayor insatisfacción con su figura, bienestar físico, imagen corporal, imagen social y en su ambiente laboral. En relación a la imagen social (cómo me ven familiares y amigos), se demostró que la obesidad se relaciona con el apoyo familiar que se le dé al paciente.

También se encontró que los pacientes obesos presentan niveles de depresión y ansiedad leves de acuerdo a los instrumentos aplicados. Sin embargo, en la entrevista clínica se percibe que los rasgos depresivos tienden a ser de moderados a severos, lo cual implica que pueden llegar en una actitud defensiva y negadora ante la exposición a su problema de obesidad, esto se puede corroborar con la insatisfacción encontrada en su calidad de vida.

## ***Consecuencias de la obesidad infantil***

Debido al incremento de la prevalencia de la obesidad en los últimos años, se han hecho diversos estudios con el fin de conocer cuáles son sus principales consecuencias. Bacardí, Jiménez, Jones y Guzmán (2007) establecen que la obesidad tiene importantes implicaciones durante la infancia, tanto a corto como a mediano y largo plazo. A corto plazo tiene efectos adversos sobre la presión arterial, los lípidos, el metabolismo de los carbohidratos, sobre la autoestima y la calidad de vida. A largo plazo, las implicaciones médicas de la obesidad infantil incluyen: mayor riesgo de obesidad en el adulto, hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares, etc. Esta información sugiere que la niñez es un período crítico de oportunidad para realizar medidas de prevención e intervención, por lo que requiere medidas para identificar factores de riesgo y monitorizar su evolución.

También se ha encontrado que el síndrome metabólico se presenta en la mayoría de los casos en personas que padecen obesidad. El término “síndrome metabólico” es definido por García et al. (2008) como una agrupación de varios factores de riesgo cardiovascular, el principal de los cuales es la resistencia a la acción de la insulina. Entre las alteraciones metabólicas que lo caracterizan se encuentran la intolerancia a la glucosa, diabetes, dislipidemia e hipertensión.

Pero la obesidad tiene otras consecuencias que no están relacionadas con la salud. También genera una gran repercusión sobre el desarrollo psicológico y la adaptación social del niño. Azcona et al. (2005) establecen que, en general, las personas que padecen obesidad no están bien consideradas en la sociedad y, de hecho, en los medios de comunicación, los niños y adultos obesos son ridiculizados. Por lo tanto, las consecuencias psicosociales de la distorsión de la imagen física para el niño obeso pueden ser tan importantes e incluso más que las físicas. Baja autoestima, aislamiento social, discriminación y patrones anormales de conducta son algunas consecuencias frecuentes (Aranceta et al., 2005).

La obesidad les hace ser rechazados, desarrollar baja autoestima y dificultades para lograr amistades. Esto les conduce a aislarse socialmente y a padecer depresión con más frecuencia que otros niños. Se convierten así en niños menos activos y tienden a refugiarse en la comida, agravando y perpetuando su obesidad. Es también un gran problema encontrar vestimenta para los niños obesos, y esto suele causarles un gran sentimiento de culpa y baja autoestima (Azcona et al., 2005).

También resulta importante considerar que el seguimiento de dietas puede generar consecuencias psicopatológicas como aumento de depresión, ansiedad, nerviosismo, debilidad e irritabilidad), así como los ciclos de pérdida-recuperación de peso (efecto yo-yo), donde los pacientes se sienten culpables, avergonzados, inadecuados y criticados por su fracaso por familiares, compañeros de trabajo y profesionales de la salud. Todo esto conduce al paciente obeso al desarrollo de nuevas patologías psiquiátricas, entre las que destacan la depresión, la ansiedad, angustia y hasta el trastorno alimentario compulsivo (Vázquez et al., 2001).

Por otro parte, considerando los aspectos psicológicos implicados en la obesidad, el comer, o más exactamente masticar, al suponer un gasto de energía y al implicar una forma de desgarrar y triturar se transforma en una forma de reducir la ansiedad, lo cual es una forma rápida y pasajera para el alcance del paciente. Si el comer como recurso antiansiedad se transforma en algo habitual con el tiempo se aumentará de peso, incluso estableciendo en algunas personas un círculo vicioso donde la ansiedad se reduce comiendo, por ende aumentar de peso, y este aumento de peso genera un motivo de alarma, de preocupación, por lo que nuevamente aparece la ansiedad y una vez más se come como mecanismo compensador. Cuando la causa que motiva la ansiedad no se identifica, la persona entra en un estado de ansiedad continua, que de forma muy frecuente alivia comiendo. Entre los factores de riesgo para obesidad destacan los antecedentes familiares, bases culturales, sedentarismo y ansiedad, entre otros.

Los obesos suelen presentar, además, características psicológicas que tienden a agravar su problema (Días et al., 2007).

### ***Tratamiento***

El tratamiento de la obesidad es difícil por ser una enfermedad crónica. Cuanto antes se tomen las medidas para tratar y/o prevenir la obesidad disminuirá el número de adultos obesos. Si no se realiza ningún tipo de intervención, los niños y adolescentes obesos tienen un riesgo dos veces mayor de seguir siendo obesos en la edad adulta. Por lo tanto, es necesario actuar cuanto antes tanto en el niño como en su familia de forma que ambos aprendan qué son una alimentación y estilo de vida saludables. Es necesario trabajar en la prevención de la obesidad, concienciando a los pediatras, enfermeras, educadores y padres de la importancia de la educación nutricional de los niños desde las edades más tempranas (Azcona et al., 2005).

Algunos autores (Yeste et al., 2008; Durá et al., 2005; Meléndez, 2008) coinciden en que el tratamiento ha de ser dirigido no sólo hacia el niño sino también hacia el medio en el cual desarrolla su actividad: la familia y el colegio, y se debe combinar con una dieta adecuada (restricción y/o modificación del aporte alimentario), el incremento de la actividad física y la modificación de actitudes y comportamientos alimentarios. Por lo tanto, el tratamiento para la obesidad infantil ha de contemplar tres aspectos principales: reeducación nutricional del niño y de su familia, soporte psicológico, e incremento de la actividad física.

El objetivo del tratamiento en la infancia es conseguir un peso adecuado para la talla y conservar posteriormente el peso dentro de límites normales, al mismo tiempo que se mantiene un crecimiento y desarrollo normal (Chueca et al., 2002). Por lo tanto, una vez que se ha logrado la reducción del peso, se debe

llevar a cabo también un tratamiento de mantenimiento para permitir un incremento ponderal adecuado al crecimiento en altura (Yeste et al., 2008).

Según Zayas, Chiong, Díaz, Torriente y Herrera (2002) una parte esencial del tratamiento de la obesidad son las modificaciones dietéticas, las cuales se basan en muy pocas reducciones de la ingestión de energía, debido a que los niños y adolescentes necesitan una adecuada ingesta de energía para garantizar que su crecimiento y desarrollo sea normal. Por lo tanto, para que el régimen sea ideal para perder peso debe ser fácil de seguir, no producir sensación de hambre, no originar trastornos metabólicos, preservar la masa magra y no desencadenar reacciones psicológicas.

Azcona et al. (2005, p. 34) explican que el tratamiento de la obesidad suele realizarse entres fases sucesivas:

a) *Fase de inicio de tratamiento*: en esta etapa no se debe pretender disminuir el peso sino estabilizarlo e inculcar unos hábitos de alimentación y de estilo de vida saludable. Por lo tanto requiere un cambio de conducta en el que la influencia de la familia juega un papel primordial.

b) *Fase de adhesión al tratamiento*: en esta fase se debe asegurar la comprensión, aceptación y realización del tratamiento propuesto y se puede empezar a fijar objetivos para iniciar la pérdida de peso. Este apartado es fundamental, por lo que es necesario el seguimiento muy cercano del paciente para valorar su capacidad de adhesión al tratamiento y de continuar avanzando en el mismo. En esta fase la familia es también una pieza clave para la realización del mismo.

c) *Fase de mantenimiento*: durante esta etapa hay que seguir supervisando la consolidación de los hábitos alimentarios y la práctica de ejercicio físico regular.

En lo que respecta al tratamiento psicológico, varios autores (Bresh, 2006; Vázquez et al., 2001; Bartrina & Alustiza, 2004) consideran que la terapia conductual resulta la más eficaz para tratar la obesidad.

Según Bartrina et al. (2004), la terapia conductual está basada en el aprendizaje del autocontrol, estrategias de control de estímulos en el ámbito familiar, la modificación del estilo de alimentación en relación con una dieta sana equilibrada, la modificación de los patrones de actividad física con motivación especial hacia actividades lúdicas con refuerzo social a través de la familia. Favorecer mensajes positivos mejorando la autoestima. Los problemas relacionados con los pensamientos ansiosos y obsesivos se abordan con técnicas cognoscitivas.

Vázquez et al. (2001, p. 95) mencionan que las características principales de dicho apoyo son:

a) Automonitoreo. El registro diario y detallado por escrito de la ingestión de alimentos, así como las circunstancias bajo las que ocurrió, proporciona información esencial para seleccionar e implementar estrategias de intervención. También forma parte del proceso de cambio de conducta para la identificación de influencias del medio ambiente y personales, que regulan la actividad física y de la alimentación, para la evaluación del progreso en la modificación de los hábitos.

b) Control del estímulo. Evita la exposición a situaciones que inducen a comer en exceso. Por ejemplo, los pacientes son instruidos a separar sus comidas de otras actividades (ver televisión, arreglar asuntos de negocios o de otra índole mientras se ingieren alimentos, etc.) para que estén completamente conscientes del acto de comer sin distractores.

c) Flexibilidad en el programa de alimentación. El ofrecer dietas rígidas es actualmente poco recomendable. Se favorecerán opciones de alimentación balanceadas y flexibles.

d) Reestructuración cognoscitiva. Se utiliza para identificar sentimientos y pensamientos de autoderrota, ayudando al paciente a identificar actitudes relacionadas con expectativas excesivamente optimistas y poco realistas sobre su peso e imagen corporal.

e) Relaciones interpersonales y manejo del estrés. Se utiliza para enfrentarse con éxito a desencadenantes específicos de episodios de alimentación excesiva y desarrollar estrategias para la resolución de problemas tales como la meditación y las terapias de relajación. También incluye el apoyo pactado con familiares y amigos para evitar situaciones de riesgo.

f) Recompensas. Pueden ser usadas para estimular al paciente una vez que ha logrado sus objetivos, especialmente aquellos difíciles de obtener. Una recompensa efectiva es algún objeto o situación sencilla que el paciente desea y se compagina con la obtención de su objetivo.

g) Cambios de actitud al comer. Estos cambios facilitan comer menos sin sentirse privado de los alimentos. Un cambio importante es comer y masticar lentamente para permitir que las señales de saciedad se produzcan y lleven su mensaje al cerebro. Toma poco más de 15 minutos que el cerebro obtenga esta información. Otra medida consiste en comer anticipadamente bastantes vegetales para que exista sensación de saciedad o utilizar platos más pequeños para que las porciones moderadas no luzcan insignificantes.

h) Prevención de recaídas. Es un proceso continuo, diseñado para promover el mantenimiento del peso perdido durante el tratamiento. La incorporación de estas técnicas conductuales en el tratamiento de la obesidad ha

contribuido a que problemas tan frecuentes como el abandono de los tratamientos, el no-cumplimiento adecuado de las dietas y ejercicio físico o la ausencia de mantenimiento de las pérdidas de peso obtenidas, hayan mejorado notablemente. Sin embargo, debido a que la terapia no cura la obesidad, el esfuerzo actual va encaminado a la prevención secundaria de la recuperación del peso perdido.

### ***Prevención***

Debido a que la prevalencia de la obesidad se ha ido incrementando en las últimas décadas, resulta de gran importancia desarrollar programas de prevención de sobrepeso en niños, ya que en esta etapa es en la cual se adquieren los hábitos alimenticios y en el futuro resultará de mayor dificultad modificarlos.

Por lo tanto, la edad escolar y la adolescencia son etapas cruciales para la configuración de los hábitos alimentarios y otros estilos de vida ya que persistirán en etapas posteriores, con repercusiones, no sólo en esta etapa en cuanto al posible impacto como factor de riesgo, sino también en la edad adulta e incluso en la senectud (Aranceta et al., 2005).

La importancia de la prevención de la obesidad radica en su naturaleza de enfermedad incurable y en los riesgos que implica. Su manejo es complejo debido a que no es posible eliminar los alimentos del entorno de la persona obesa (García et al., 2008).

El sistema sanitario es responsable de aspectos de promoción y educación a través de los programas de seguimiento de salud infantil; sin embargo, no sólo se deben implicar los pediatras sino un abanico más amplio de profesionales: los médicos de familia, enfermeros, odontólogos, traumatólogos, nutriólogos, etc. (Rubio, 2005).

Yeste et al. (2008) coinciden en que la prevención debe dirigirse hacia la familia fomentando formas adecuadas de alimentación y estimulando la actividad

física, pero también al entorno social, así como a los diseñadores de espacios públicos en los colegios y en las ciudades, a las industrias de la alimentación y de la restauración, y a las autoridades sanitarias y políticas.

Colomer et al. (2005, p. 93) proponen que las estrategias para la prevención primaria se relacionan con consejos dirigidos a toda la población que se resumen en:

- Intervención prenatal sobre factores relacionados con el peso elevado al nacimiento.
- Potenciar los patrones de alimentación saludable:
- Promoción de la lactancia materna y correcta introducción de la alimentación complementaria
- Respetar el apetito de los niños y no forzar la alimentación.
- Restringir el consumo de alimentos energéticamente densos (tentempiés) y refrescos azucarados.
- Dieta equilibrada con consumo adecuado de grasas, frutas y verduras (“5 al día”, “pirámide de alimentación”).
- Práctica de actividad física regular.
- Reducción de actividades sedentarias (televisión, vídeo, ordenador y videojuegos) limitándolas a un máximo de 1-2 horas al día.
- Implicar a toda la familia en las actividades recomendadas. Potenciar estilos de vida saludables en los padres como modelos de sus descendientes.
- Tener en cuenta las posibilidades del entorno y las características culturales y sociales de la familia al realizar las recomendaciones.

En cuanto a los pediatras, Bartrina et al. (2004, p. 193) consideran que principales medidas preventivas que debe indicar son:

- Recomendar no comer mientras se ve la TV

- Disminuir (consenso) las horas de TV.
- Evitar la TV en los cuartos de los niños
- La implicación del niño en pequeñas tareas domésticas.
- Intentar realizar actividades físicas estructuradas (natación, bicicleta, correr, bailar, etc.)
- Implicar a la familia en este estilo de vida más activo con fines de semana menos sedentarios (p.88-89).

Por otro lado, la OMS (2013) recomienda que para mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud en niños y jóvenes entre 5 y 17 años es necesario que inviertan como mínimo 60 minutos diarios en actividades físicas de intensidad moderada a vigorosa. La actividad física por un tiempo superior a 60 minutos diarios reportará un beneficio aún mayor para la salud. Por último, la actividad física diaria debería ser, en su mayor parte, aeróbica. Convendría incorporar, como mínimo tres veces por semana, actividades vigorosas que refuercen, en particular, los músculos y huesos.

## CAPÍTULO III

### PROMOCIÓN DE LA SALUD

En la actualidad la promoción de la salud es un tema de gran interés debido a las múltiples enfermedades crónico-degenerativas que se han desarrollado a últimas fechas, consecuencia de los malos hábitos de alimentación aunados a una escasa actividad física. México es el primer país a nivel mundial con los más altos niveles de obesidad, lo que aumenta la probabilidad de padecer alguna otra enfermedad crónico degenerativa, reduciendo con ello la calidad de vida y aumentando los costos en los servicios de Salud Pública.

#### ***Definición de salud***

La salud es un concepto que puede definirse de varias formas, y que ha sufrido diversas modificaciones a lo largo del tiempo. Su definición se encuentra sujeta a diferentes aspectos como la cultura, la época y el contexto en general. La OMS (1946) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Actualmente, esta definición es considerada como la más precisa para describir el concepto de salud. Sin embargo, existen diversas creencias en torno a este tema.

De acuerdo con la cultura de cada sociedad y su forma de organización, el hombre ha elaborado diferentes conceptos sobre salud, enfermedad, forma de aliviarla, acciones para su prevención y fomento de la salud. Al definir el concepto de salud se entrelazan creencias culturales, vivencias personales y experiencias cotidianas. Además de la propia cultura, se agregan aspectos provenientes de otras culturas, en particular, de la llamada “occidental”. La salud como objeto y razón de la práctica de la medicina requiere de la comprensión de su significado

biológico y su trascendencia social y cultural; conceptualizarla ha sido una tarea difícil. Es evidente que el concepto de salud no puede limitarse a la mirada biomédica. La construcción de modelos que permita su comprensión y estudio requiere de la participación de varias disciplinas: etnografía, clínica, epidemiología, historia, sociología, psicología, política y economía, entre otras (Moreno-Altamirano, 2007).

Es de suma importancia hacer una distinción entre el concepto de salud y el concepto de calidad de vida, ya que suelen ser confundidos. Schwartzmann (2003) establece que “calidad de vida” es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas, mientras que la salud hace referencia a un estado de bienestar físico, mental y social (OMS, 1946).

### ***Principios básicos para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad***

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario (OMS, 1986).

Tercedor, Jiménez y López (1998) señalan que la educación para la salud es una cuestión de interés creciente en nuestra sociedad. Las distintas instituciones con implicación en materia de salud establecen finalidades y objetivos concretos de actuación, cada una de ellas con un enfoque particular pero todas en pro de lograr un bienestar progresivo en las personas, intentando concienciarlas y capacitarlas en torno a un concepto, el de salud, que deja de ser un objetivo puntual: “salud como ausencia de enfermedad”, concibiéndose en la actualidad como una tendencia del individuo a alcanzar un óptimo estado físico, psíquico y social.

Aedo et al. (2009), consideran que los programas dirigidos a promover comportamientos saludables en la familia deben empezar en la etapa de la infancia debido a que es el período evolutivo ideal para adoptar estilos de vida sanos. Además es imprescindible la actuación, en cuanto a educación nutricional, a tres niveles: niño, familia y escuelas. La prevención deberá ser todavía más exigente en aquellos niños con factores de riesgo conocidos (Azcona et al., 2005).

De igual manera, la OMS (2012b) considera que la adolescencia es un buen momento para adquirir hábitos saludables de alimentación y ejercicio, que pueden contribuir al bienestar físico y psicológico durante ese periodo, y para reducir la probabilidad de que en la edad adulta aparezcan enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición. Promover modos de vida sanos también es fundamental para atajar la rápida progresión de la epidemia de obesidad.

En la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en Ottawa (OMS, 1986, p. 2-3) se expusieron cinco estrategias y programas de promoción de la salud que deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos:

1. La elaboración de una política pública sana: La política de promoción de la salud requiere que se identifiquen y eliminen los obstáculos que impidan la adopción de medidas políticas que favorezcan la salud en aquellos sectores no directamente implicados en la misma. El objetivo debe ser conseguir que la opción más saludable sea también la más fácil de hacer para los responsables de la elaboración de los programas.

2. La creación de ambientes favorables: El cambio de las formas de vida, de trabajo y de ocio afecta de forma muy significativa a la salud. El trabajo y el ocio deben ser una fuente de salud para la población. El modo en que la sociedad organiza el trabajo debe de contribuir a la creación de una sociedad saludable. La promoción de la salud genera condiciones de trabajo y de vida gratificantes, agradables, seguras y estimulantes.

3. El reforzamiento de la acción comunitaria: El desarrollo de la comunidad se basa en los recursos humanos y materiales con que cuenta la comunidad misma para estimular la independencia y el apoyo social, así como para desarrollar sistemas flexibles que refuercen la participación pública y el control de las cuestiones sanitarias. Esto requiere un total y constante acceso a la información y a la instrucción sanitaria, así como a la ayuda financiera.

4. El desarrollo de las aptitudes personales: La promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. De este modo se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que propicie la salud.

5. La reorientación de los servicios sanitarios: La responsabilidad de la promoción de la salud por parte de los servicios sanitarios la comparten los individuos, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones

y servicios sanitarios y los gobiernos. Todos deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema de protección de la salud.

### ***Estilos de vida saludables***

La salud y la enfermedad se encuentran influenciadas por los estilos de vida, es decir, por la forma en que las personas viven, se alimentan, trabajan, asumen determinados riesgos, se relacionan con las demás personas, entre otras (Campos et al., 2007).

Sanabria-Ferrand, González y Urrego (2007) definen el estilo de vida como los tipos de hábitos, actitudes, conductas, tradiciones, actividades y decisiones de una persona, o de un grupo de personas, frente a las diversas circunstancias en las que el ser humano se desarrolla en sociedad, o mediante su quehacer diario y que son susceptibles de ser modificados. Este se va conformando a lo largo de la historia de vida del sujeto, pudiéndose afirmar que se trata de un proceso de aprendizaje, ya sea por asimilación, o por imitación de modelos de patrones familiares, o de grupos formales o informales.

Chiang, Torres, Maldonado y González (2003) reconocen a la familia como pilar fundamental en la educación de los hijos, al diseñar programas de intervención, por lo que esta no puede mantenerse alejada, sino muy por el contrario debe participar en forma activa apoyando al niño no solo en las actividades diseñadas dentro del programa sino también adoptando un estilo de vida saludable en el hogar. Se ha demostrado que, a temprana edad, los padres son un modelo de conducta significativo para los niños. Así por ejemplo, hijos de familias sedentarias tienden a ser adultos sedentarios. Lo mismo ocurre con la alimentación, porque es justamente en el hogar, donde el niño aprende a comer o a no comer determinados alimentos. Lo anterior adquiere una importancia mayor, cuando la educación está orientada a la etapa preescolar, porque a esta edad, los

niños son absolutamente dependientes de sus padres, los que, además, como se señalara anteriormente, son sus modelos de conducta.

Sanabria et al. (2007) establecen que la conducta de las personas está directamente relacionada con la salud, ya que los hábitos hacen a las personas más o menos propensas a la enfermedad o a mantener sus estados de salud. Por lo tanto, intervenir en los estilos de vida se convierte en una de las acciones más eficaces para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, de tal forma que cada vez es más frecuente que los médicos recomienden a sus pacientes la modificación de ciertas conductas que atentan contra su salud.

Por otra parte, la vida actual, caracterizada por un aumento en la longevidad, no está necesariamente asociada a mejor calidad de vida. El aumento de la frecuencia y velocidad de los cambios (revolución tecnológica), la inseguridad constante, el exceso de información, el desempleo o el multiempleo, los cambios en la estructura familiar (divorcios, uniones inestables, ambos padres en el mercado laboral), la pérdida de motivaciones, lealtades, valores, señalan los múltiples factores estresantes a que estamos sometidas la mayoría de los seres humanos. Se conoce que el estrés predispone a la enfermedad y deteriora la calidad de vida (Schwartzmann, 2003).

Es natural que las personas tiendan a imitar los modelos sociales promovidos en los medios de difusión o comunicación social. El estilo de vida se puede formar no sólo espontáneamente, sino también como resultado de las decisiones conscientes de quienes aspiran a perfeccionarse y a perfeccionar la sociedad. Puede favorecer al mismo tiempo la consolidación de algunos valores y, aún más, su difusión social. Representa así mismo un producto complejo, fruto de factores personales, ambientales y sociales, que convergen no sólo del presente, sino también de la historia interpersonal (Sanabria et al., 2007).

## ***Promoción de alimentación saludable y ejercicio físico para prevenir la obesidad***

La promoción de la actividad física relacionada con la salud está siendo objeto de un creciente interés por parte de todos los agentes sociales y organizaciones con competencias en dicha tarea. Este interés se justifica y se refuerza en el hecho de que la investigación científica está mostrando cada vez con más evidencia, los beneficios de la actividad física y los riesgos de la inactividad para la salud y el bienestar de la población general (Cantera & Devís-Devís, 2002).

Yeste et al. (2008) establecen que los hábitos alimentarios y la actividad física son tempranamente influenciados por los hábitos familiares: los niños aprenden de sus padres cómo alimentarse y a ser activos o inactivos. Estos hábitos, que se establecen en la infancia, tienden a persistir en la edad adulta. El tratamiento de la obesidad infantil ha de tener en cuenta todas estas premisas y plantearse desde un abordaje multidisciplinar en el que nutricionistas, psicólogos y pediatras han de estar implicados de forma conjunta y coordinada. Por lo tanto, la importancia que la actividad física tiene para la salud en la infancia y la adolescencia, tanto a corto como a largo plazo, supone un motivo importante para desarrollar estrategias de promoción de la actividad física en el contexto sanitario, comunitario (local, regional o nacional) y escolar (Cantera et al., 2002).

Santrock (2006) menciona que algunas estrategias que se pueden utilizar para conseguir que los niños practiquen más ejercicios son:

- Ofertar más programas de actividad física dirigidos por voluntarios en las instalaciones de las escuelas.
- Mejorar las actividades físicas en los centros educativos.
- Involucrar a los niños en el diseño de actividades en la comunidad y la escuela que les interesen realmente.

-Concienciar a las familias para que presten una mayor atención a la actividad física y para que los padres realicen más ejercicio (p. 309).

Por otro lado, la prevención debe dirigirse también al entorno social. Las ciudades deberían diseñarse con paseos que permitan caminar, los colegios, con campos de deporte que permitan realizar actividad física, y los barrios, con espacios públicos que permitan jugar. Muchos niños y adolescentes viven en un entorno social en el que, aunque existan, estos espacios son insuficientes (Yeste et al., 2008).

Cantera et al. (2002) explican que la actividad física tiene múltiples beneficios tanto a corto como a largo plazo. Los beneficios a corto plazo se refieren a las mejoras biológicas (grasa corporal, crecimiento óseo, mejora cardiovascular), psicológicas (bienestar y autoestima) y sociales (desarrollo moral y social) que obtienen los jóvenes al implicarse en actividades físicas, independientemente de la repercusión que tenga en la salud de su vida adulta. Los beneficios a largo plazo pueden ser tanto a nivel de prevención como de bienestar, vinculados a una vida futura saludable, como de educación (física) para la salud. Es decir, la actividad física realizada en la juventud posee una posible influencia en los factores de riesgo de enfermedades crónicas cuando sean adultos (salud esquelética, metabolismo de lípidos y lipoproteínas, presión sanguínea), además de tener la posibilidad de un efecto duradero en los hábitos de práctica física de la infancia a la edad adulta. Además, la actividad física realizada por los jóvenes puede contribuir a formarlos para tener recursos, conocimientos teórico-prácticos y actitudes positivas sobre la actividad física cuando sean adultos.

Por su parte, Sanabria et al. (2007) mencionan que los principales beneficios de la actividad física regular son la disminución en los riesgos de enfermedad cardiovascular, de obesidad, de diabetes mellitus e intolerancia a hidratos de carbono, de osteoporosis, de trastornos psicológicos (ansiedad,

depresión) y de determinados tipos de cáncer (colon, mama y pulmón). Sin embargo la inactividad física, el sedentarismo y el aumento en la disponibilidad de alimentos se han asociado a la obesidad infantil, la cual se relaciona con enfermedades crónico degenerativas que disminuyen la calidad de vida.

Debido a los beneficios que aporta la realización de actividad física (AF), diversos expertos y organizaciones internacionales recomiendan la promoción de AF como estrategia para reducir el riesgo de sobrepeso y el sobrepeso en niños. Gracias a que la escuela es el lugar donde los niños pasan la mayor parte del tiempo y donde pueden recibir orientación de estilos de vida saludables por personal capacitado, se considera el lugar más adecuado para promover la AF y prevenir la obesidad infantil. Además, se ha señalado que para que los programas sean más efectivos se requieren cambios en diversos entornos, incluyendo además de la escuela, a la familia, y a la comunidad, así como cambios legislativos que faciliten una vida saludable (Medina-Blanco, Jiménez-Cruz, Pérez-Morales, Armendáriz-Anguiano & Bacardí-Gascón, 2011).

Devís y Peiró (1993) identifican cuatro perspectivas de promoción de la actividad física y la salud en el contexto de la educación física escolar: a) una perspectiva mecanicista; b) otra orientada a las actitudes; c) otra orientada al conocimiento; y d) una última de carácter crítico.

*a) Perspectiva mecanicista:* Esta perspectiva toma como referencia estricta la creencia de que la realización de actividades físicas, a estas edades, producirá un hábito de práctica que continuará en la edad adulta. De esta manera la estrategia de promoción se reduce a asegurar que los niños/as y jóvenes reciban suficiente actividad física.

*b) Perspectiva orientada a las actitudes:* La perspectiva orientada a las actitudes fundamenta las decisiones curriculares en el proceso de maduración de las niñas/os y jóvenes y en la percepción e interpretación que hacen de su propia

experiencia cuando se implican en actividades físicas. La percepción e interpretación que hacen de las experiencias físicas escolares serán fundamentales para implicarse en actividades físicas más allá de su periodo de escolarización.

c) *Perspectiva orientada al conocimiento*: Esta perspectiva se fundamenta en la capacidad de decisión y de adquisición de conocimiento de los alumnos y alumnas, ya que pretende ayudarles en la elección y toma de decisión es informadas respecto a la actividad física y la salud. Por lo tanto, la estrategia de promoción se dirige al conocimiento, tanto teórico como práctico, que puede proporcionársele al alumnado.

d) *Perspectiva crítica*: La perspectiva crítica sitúa los problemas de salud a nivel social y ambiental y, por lo tanto, sus estrategias de promoción se dirigen a facilitar el cambio social y comunitario. Trata de conectar la actividad física y la salud con cuestiones sociales más amplias, es decir, con los problemas y condicionantes económicos, culturales, étnicos y políticos que impiden tomar las decisiones más saludables (p. 8).

### ***Promoción de la salud en la infancia y la adolescencia***

Tal como establecen Maddaleno, Morello e Infante-Espínola (2003), la salud de adolescentes (10 a 19 años de edad) y de jóvenes (15 a 24 años de edad) es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países y territorios de las Américas. Sin embargo, con demasiada frecuencia las necesidades y los derechos de las y los adolescentes no figuran en las políticas públicas, ni en la agenda del sector salud, excepto cuando su conducta es inadecuada. Uno de los factores que contribuye a esta omisión es que éstos en comparación con los niños y los adultos mayores, sufren de pocas enfermedades que ponen en riesgo sus vidas. Sin embargo, aunque gran parte de los hábitos

nocivos para la salud adquiridos durante la adolescencia no se manifiestan en morbilidad o mortalidad durante la adolescencia misma, sí lo hacen en años posteriores.

Por otro lado, la niñez representa hoy un período de gran vulnerabilidad en el cual el organismo es especialmente sensible a factores favorables y desfavorables del entorno y con un comportamiento variable ante los determinantes de la salud, que conlleva una expresión diferencial en los niveles de salud mediante gradientes dentro de las sub poblaciones. Los contextos en los que se produce el desarrollo son críticos y, en ese sentido, el más inmediato y temprano, el familiar, es sobre el que se construyen las bases. A medida que el niño crece, otros contextos relacionales (escuela, grupos de pares, vecindario, grupos religiosos y nacionalidades) adquieren mayor relevancia. Ante el reconocimiento de que el individuo integra diferentes grupos o categorías simultáneas, el concepto de ecología va cobrando relevancia. Sin embargo, muchos de los problemas que persisten o se agravan están relacionados con la manera de vivir de niños, niñas y familias, con los llamados estilos de vida, entendidos éstos no sólo como conductas individuales, sino como patrones o formas de vivir que se conforman en gran medida por el contexto social y físico en el que se vive (Colomer, Colomer, Mercer, Peiró & Rajmil, 2004).

De igual forma, Hernán, Fernández y Ramos (2004) expresan que tanto la familia como los amigos desempeñan un papel importante en la práctica de deporte en los jóvenes. La familia facilita el contacto con el deporte y los amigos ejercen un papel importante en el mantenimiento de la práctica de actividad física.

En la estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud de la OMS (2004) se enlista una serie de puntos que se consideran clave para fortalecer las actividades de salud pública mediante la aplicación de ciertas normas:

- Liderar la movilización comunitaria y promover la inclusión de la alimentación sana y la actividad física entre las prioridades gubernamentales.
- Apoyar la difusión amplia de información sobre la prevención de las enfermedades no transmisibles basada en una dieta sana y equilibrada y en la actividad física.
- Crear redes y grupos de acción para promover la disponibilidad de alimentos saludables y las posibilidades de realizar actividades físicas, e impulsar y apoyar programas que fomenten la salud y campañas de educación sanitaria.
- Organizar campañas y otras actividades que propugnen la adopción de medidas.
- Destacar la función de los gobiernos en la promoción de la salud pública, la alimentación saludable y la actividad física; seguir de cerca los progresos realizados en pro de los objetivos; y colaborar con otras partes interesadas, por ejemplo, entidades del sector privado, y vigilar su actuación.
- Fomentar activamente la aplicación de la Estrategia Mundial.
- Contribuir a la utilización de los conocimientos y las pruebas científicas (p. 17).

Por su parte, García (1998) considera que la escuela es un lugar ideal para la promoción de la salud, en la cual se debe de promover, fomentar y permitir la adquisición de habilidades personales y sociales que conduzcan a crear valores y actitudes positivas hacia la salud, desde la propia capacidad de toma de decisiones personales, la participación y la igualdad, acorde siempre con el desarrollo intelectual, físico y mental del niño. Además debe proponerse alcanzar el desarrollo de un creciente interés por la salud como un valor individual y social, que permita una adecuada calidad de vida a través del conocimiento y la comprensión de la relación directa entre las condiciones del medio, las socioculturales y las conductas individuales.

De igual forma, Colomer et al. (2004) consideran que la escuela es un entorno fundamental en el desarrollo de niños y niñas, y las actividades de promoción de salud que se realicen en ellas tienen un impacto positivo en su salud y sus comportamientos. Parece que, aunque la mayoría de las intervenciones de educación para la salud son capaces de incrementar la información, esto no significa que cambien las actitudes y los comportamientos. Por otro lado, el modo en que se disfruta del tiempo de ocio también tiene mucho que ver con la salud física y mental y con las relaciones sociales. Las dificultades actuales para el esparcimiento al aire libre, junto con el acceso a determinadas tecnologías, han hecho que las formas de entretenimiento cada vez más frecuentes sean la televisión, el ordenador y los videojuegos.

La OMS (2011) señala que la promoción de las prácticas saludables en la adolescencia y la adopción de medidas como realizar actividad física, tener relaciones sexuales con protección y evitar la violencia y el consumo de tabaco, para proteger mejor a los jóvenes frente a los riesgos para su salud son fundamentales para el futuro de la infraestructura sanitaria y social de los países y para prevenir la aparición de problemas de salud en la edad adulta. Además, es importante prevenir los problemas nutricionales proporcionando asesoramiento, suplementos de alimentos y micronutrientes, y detectando y tratando los problemas (como la anemia) con rapidez y eficacia en cuanto se producen.

## CAPÍTULO IV

### INFANCIA: EDAD ESCOLAR

La infancia es una etapa de gran importancia en la vida del ser humano, debido a que es una fase de desarrollo decisivo para consolidar las capacidades físicas e intelectuales, para la socialización con las demás personas y para formar la identidad y la autoestima del individuo. Debido a esto, se debe fomentar en los niños hábitos saludables y proporcionarles ambientes adecuados para que adquieran las aptitudes cognoscitivas y sociales que les serán de utilidad al crecer.

#### ***Definición***

Los años intermedios de la infancia, entre los seis y los once años de edad aproximadamente, son los también llamados *años escolares*. La escuela es la experiencia central durante este periodo; es un punto central para el desarrollo físico, cognoscitivo y psicosocial. Por otro lado, en esta etapa las diferencias individuales se vuelven más evidentes y las necesidades especiales se tornan más importantes a medida que las competencias afectan el éxito en la escuela. (Papalia, Olds, Feldman, Bari & Sierra, 2009).

Por su parte, Meléndez (2008) establece que el inicio de la edad escolar se da a los 6 años  $\pm$  6 meses de edad, y su final en el brote puberal, que normalmente aparece antes en la mujer que en el hombre, por lo que se establece a los 10  $\pm$  1 años en mujeres y a los 12  $\pm$  1 años en varones.

Finalmente, los científicos del desarrollo distinguen tres dominios que nos serán de utilidad para explicar los cambios más importantes en la edad escolar:

*desarrollo físico, desarrollo cognoscitivo y desarrollo psicosocial* (Papalia et al., 2009).

### ***Desarrollo físico***

El crecimiento del cuerpo y cerebro, el desarrollo de las capacidades sensoriales y de las habilidades motoras, y la salud forman parte del desarrollo físico e influyen otros aspectos del desarrollo (Papalia et al., 2009).

En los años de la niñez intermedia y tardía se produce un crecimiento corporal lento y regular. Esta etapa supone un período de calma antes del rápido y repentino crecimiento de la adolescencia. Durante los años de la educación primaria, los niños crecen una media de 5 a 7 centímetros al año. En cuanto al peso, durante la niñez intermedia y tardía los niños ganan de 2 a 3 kilos al año, lo que se debe al incremento del tamaño tanto de los sistemas muscular y óseo como de algunos órganos internos (Santrock, 2006). Con cada año que transcurre los niños en edad escolar van corriendo cada vez más rápido, saltan a una altura mayor y arrojan más lejos una pelota. El perfeccionamiento de estas actividades de los músculos grandes se debe a que están creciendo y volviéndose más fuertes, además de que afinan sus destrezas motoras (Shaffer, Kipp, Hernández, Talavera & de Pezzolato, 2007).

Para sustentar su crecimiento continuo, desarrollo cerebral y esfuerzo constante, los niños de edad escolar necesitan comer y dormir el tiempo suficiente y de manera adecuada. En promedio, los niños en edad escolar necesitan ingerir 2 400 calorías diarias; más en el caso de niños mayores y menos en el caso de niños más pequeños. Los nutricionistas recomiendan una dieta variada que incluya cantidades abundantes de granos, frutas y verduras y niveles elevados de carbohidratos complejos, que se encuentran en las papas, las pastas, el pan y los cereales (Papalia et al., 2009).

La dieta es quizá el factor ambiental más importante en el crecimiento y desarrollo. Como cabe suponer, los niños que no reciben una buena alimentación, crecen más lentamente. Si la desnutrición no se prolonga ni tampoco es especialmente severa, en general los niños se recuperan de las deficiencias del crecimiento pues se desarrollan más rápido de lo normal una vez que reciben una dieta adecuada. Sin embargo, una desnutrición prolongada ocasiona consecuencias más serias, especialmente en los 5 primeros años de vida: el crecimiento del cerebro se retrasa bastante y el niño quizá no crezca mucho. Por otro lado, el exceso dietético (comer demasiado) es otra modalidad de mala nutrición que ha venido difundiéndose en las sociedades occidentales y que puede producir consecuencias severas a largo plazo. Su efecto más inmediato es que los niños se vuelvan obesos y aumentan el riesgo de los siguientes problemas: diabetes, hipertensión, cardiopatía, hepatopatía o enfermedades del riñón. Al niño obeso se le dificulta hacer amigos con otros de su misma edad, quienes suelen burlarse de ellos por su tamaño e imagen corporal (Shaffer et al., 2007).

Por lo tanto, a fin de evitar problemas de sobrepeso y cardiacos, los niños (al igual que los adultos) deberían obtener sólo cerca de 30% de sus calorías totales a partir de las grasas y menos de 10% del total a partir de grasas (Papalia et al., 2009).

Durante esta etapa el desarrollo motor es mucho más gradual y coordinado. Los niños controlan cada vez más sus cuerpos y pueden permanecer sentados y atender durante períodos más largos. No obstante, su rutina diaria debería estar basada en la actividad física. Finalmente, se considera que los niños destacan normalmente en destrezas de motricidad gruesa y las niñas, en las de motricidad finas (Santrock, 2006).

## ***Desarrollo cognoscitivo***

El cambio y la estabilidad en las capacidades mentales, como el aprendizaje, memoria, lenguaje, pensamiento, razonamiento moral y creatividad, constituyen el desarrollo cognoscitivo. Los avances cognoscitivos se relacionan con el crecimiento físico, social y emocional (Papalia et al.,2009).

Según Santrock (2006) la inteligencia consiste en la capacidad para resolver problemas y en la habilidad para adaptarse a las experiencias diarias de la vida y para aprender de ellas. Por otro lado, los aspectos relacionados con la inteligencia son la herencia y el medio, el origen étnico y la cultura, y el uso apropiado o inapropiado de los test de inteligencia.

Para comprender de forma más precisa el desarrollo cognoscitivo que sucede en los niños en edad escolar, resulta de utilidad retomar la teoría de Piaget sobre las etapas del desarrollo.

Wadsworth (1992, p. 25) explica en términos generales en qué consiste cada etapa del desarrollo, siendo la etapa de las operaciones concretas la que se presenta en los niños en edad escolar:

1. *Etapa de la inteligencia sensomotora (0-2 años)*. En esta etapa, la conducta es en esencia motora. El niño aún no se representa internamente los acontecimientos o fenómenos ni piensa mediante conceptos, aunque su desarrollo cognoscitivo puede verse conforme elabora esquemas.

2. *Etapa del pensamiento preoperativo (2-7 años)*. Esta etapa se caracteriza por el desarrollo del lenguaje y de otras formas de representación y de rápido desarrollo conceptual. Durante esta etapa el razonamiento es prelógico o semilógico.

3. *Etapa de las operaciones concretas (7-11 años)*. Durante estos años el niño desarrolla la capacidad de aplicar el pensamiento lógico a los problemas concretos.

Durante esta etapa, los procesos de razonamiento del niño se vuelven lógicos. A esta edad, desarrolla lo que Piaget llama *operaciones lógicas*. Piaget afirma que una operación intelectual (lógica) es un sistema de acciones internalizadas y totalmente reversible. En la etapa operativa concreta el niño desarrolla procesos de pensamiento lógico (operaciones) que pueden aplicarse a problemas existentes (concretos). A diferencia del niño en la etapa preoperativa, el niño en la etapa operativa concreta no tiene dificultades para resolver sus problemas de conservación y proporcionar el razonamiento concreto de sus respuestas (Wadsworth, 1992).

En esta etapa, los niños pueden pensar de manera lógica porque pueden tomar en cuenta diversos aspectos de una misma situación. Sin embargo, su pensamiento aún se encuentra limitado a situaciones reales en el aquí y el ahora (Papalia et al., 2009).

Shaffer et al. (2007) establece que durante esta etapa el niño aprende rápidamente las operaciones cognitivas y las aplica al pensar en objetos y acontecimientos que ha experimentado. Una de ellas es la actividad mental interna que le permite modificar y reorganizar sus imágenes y símbolos para llegar a una conclusión lógica. Con estas nuevas y poderosas operaciones en su arsenal cognoscitivo, el niño en edad escolar va mucho más allá del pensamiento estático y centrado de la etapa preoperacional.

El niño en la etapa operativa concreta descentra sus percepciones y toma en cuenta las transformaciones y, lo más importante, comprende la reversibilidad de las operaciones mentales. Asimismo, el niño en esta etapa es más social y menos egocéntrico (en el uso del lenguaje) que el niño en la etapa preoperativa,

usa el lenguaje básicamente para comunicarse y, por primera vez, se convierte en un verdadero ser social. Por otro lado, la calidad del pensamiento operativo concreto supera a la del pensamiento preoperativo. Aparecen los esquemas para las operaciones lógicas de seriación y clasificación, y se perfeccionan los conceptos de causalidad, espacio, tiempo y velocidad. En esencia, el niño en la etapa operativa concreta alcanza un nivel de actividad intelectual superior en todos los sentidos a la del niño en la etapa preoperativa. Sin embargo, aunque el niño en la etapa operativa concreta desarrolla el uso funcional de la lógica que no poseen los niños más pequeños, no llega a alcanzar el nivel más elevado en la aplicación de las operaciones lógicas. En este caso, el término *concreto* es significativo. En tanto que el niño desarrolla claramente las operaciones lógicas, estas operaciones (la reversibilidad, la clasificación, etc.) sólo son útiles en la solución de problemas que comprenden objetos y sucesos concretos (reales, observables) del presente inmediato (Wadsworth, 1992).

Por lo general, los niños en la etapa operativa concreta todavía no pueden aplicar la lógica a problemas hipotéticos, exclusivamente verbales o abstractos. Además no pueden razonar correctamente ante problemas que incluyen demasiadas variables. Si a un niño en la etapa operativa concreta se le presenta un problema exclusivamente verbal, en general es incapaz de resolverlo de manera correcta; pero si se le presenta desde una perspectiva de objetos reales, es capaz de aplicar las operaciones lógicas y resolver el problema si éste no incluye variables múltiples. Por otro lado, en esta etapa el niño no es egocéntrico (a diferencia del niño en la etapa preoperativa), pues se da cuenta de que los demás pueden llegar a conclusiones distintas a las suyas y en consecuencia es más probable que trate de confirmar sus pensamientos (Wadsworth, 1992).

Por otro lado, los niños en la etapa de las operaciones concretas pueden realizar muchas tareas a un nivel muy superior al que lo hacían en la etapa preoperacional. Tienen una mejor comprensión de conceptos espaciales y de

causalidad, categorización, razonamiento inductivo y deductivo, conservación y número (Papalia et al.,2009).

4. *Etapas de operaciones formales (11- 15 años o más)*. Durante esta etapa, las estructuras cognitivas del niño alcanzan su máximo nivel de desarrollo y el niño adquiere la capacidad de aplicar el razonamiento lógico a toda clase de problemas (Wadsworth, 1992, p. 26).

Se cree que el desarrollo fluye de manera acumulativa: cada nuevo paso se basa en los pasos anteriores y los integra. De tal manera, los patrones de conducta característicos de las diferentes etapas no se suceden entre sí de manera lineal (los de una etapa determinada no desaparecen cuando aparecen los de la siguiente, sino que los nuevos patrones de conducta se agregan a los antiguos, para completarlos, corregirlos o combinarse con ellos). De cualquier manera, las edades cronológicas en las que se espera que el niño desarrolle la conducta representativa de una etapa particular no son fijas. Los períodos que Piaget señala son normativos e indican los tiempos en los que puede esperarse que un niño representativo o normal despliegue las conductas intelectuales características de determinada etapa (Wadsworth, 1992).

Por otro lado, a medida que los niños avanzan en su escolaridad, presentan un progreso continuo en su capacidad para regular y mantener la atención, procesar y retener información, y planear y supervisar su propio comportamiento. Todos estos sucesos interconectados son esenciales para la función ejecutiva, el control consciente de pensamientos, emociones y acciones para alcanzar metas o solucionar problemas. A medida que sus conocimientos se expanden, los niños se percatan más de los tipos de información que es importante que atiendan y recuerden. Los niños en edad escolar también comprenden más acerca de la manera en que funciona la memoria y este conocimiento les permite planear y utilizar estrategias o técnicas deliberadas que los ayuden a recordar (Papalia et al.,2009).

Durante esta etapa también se produce un desarrollo en la memoria a largo plazo al que contribuyen el conocimiento y la pericia. Los niños pueden emplear ciertas estrategias para mejorar su memoria, como la creación de imágenes y la elaboración. (Santrock, 2006).

Las capacidades de lenguaje y el vocabulario también aumentan durante la tercera infancia. Los niños son más capaces de comprender e interpretar la comunicación oral y escrita y de darse a entender, ya que a medida que el vocabulario aumenta durante los años escolares, los niños utilizan verbos cada vez más precisos (Papalia et al., 2009).

Por otro lado, durante esta etapa los niños se vuelven más analíticos y lógicos en su comprensión de las palabras y las reglas gramaticales. De esta forma, cada vez utilizan con mayor capacidad estructuras gramaticales complejas y pueden crear relatos coherentes (Santrock, 2006).

Por su parte, Acuña y Sentis (2004, p. 51) establecen que, a pesar de que los comportamientos dialógicos de los niños revelan ser muy diferentes entre los siete y doce años, es posible identificar, a lo menos, tres estrategias:

a) A los siete años, la comunicación del niño se orienta a dar a conocer e interpretar los contenidos discursivos. No concibe que una de las funciones dialógicas que debe desempeñar consiste, como participante, en aportar información y responsabilizarse en la construcción de contenidos compartidos. De aquí, entonces, que no solicite a su interlocutor información adicional clarificadora.

b) De los diez años en adelante, los niños se muestran más competentes en la comprensión de las tareas dialógicas reseñadas, por lo que demuestran una mayor destreza en tomar el punto de vista del interlocutor. Coordinan y complementan sus perspectivas mediante otras demandas comunicativas y

lingüísticas. Las normas sociales de derechos, deberes y de participación social son respetadas de manera frecuente. Los niños de esta edad, que son cognoscitiva y lingüísticamente capaces de pedir información, comienzan a usar clarificaciones respecto del estado del oyente, solicitando información complementaria.

c) Desde los doce años, los preadolescentes emplean asiduamente como estrategia fundamental las corroboraciones y las clarificaciones para “reparar” el continuo, que normalmente es afectado por distintas clases de ruido, tales como: partidas falsas, fracaso en la alternancia, expresiones confusas o poco claras, inferencias de malas intenciones, propósitos descorteses, etc. La estrategia principal corresponde a un permanente control del contenido discursivo, corroborando intenciones y propósitos explícitos o implicados.

Debe considerarse también que los padres y la escuela tienen un papel fundamental en el aprovechamiento escolar y desarrollo de las capacidades cognoscitivas. Los padres deben proporcionar un sitio para que estudien y guarden sus libros y materiales; establecen horarios para comidas, sueño y tareas; supervisar la cantidad de tiempo que sus hijos ven televisión y lo que hacen después de clases, y mostrar un interés en las vidas de sus hijos hablando con ellos acerca de la escuela y participando en las actividades escolares. Por otro lado, los niños aprenden mejor y los maestros enseñan mejor en un ambiente escolar cómodo y sano (Papalia et al.,2009).

### ***Desarrollo social***

El cambio y la estabilidad en personalidad, emociones y relaciones sociales constituyen el desarrollo psicosocial, y éste puede afectar el funcionamiento cognoscitivo y físico. Por otro lado, las capacidades físicas y cognoscitivas afectan

el desarrollo psicosocial al contribuir a la autoestima y la aceptación social (Papalia et al.,2009).

Según Shaffer et al. (2007), la socialización designa el proceso mediante el cual los niños aprenden las creencias, los motivos, los valores y comportamientos que los miembros mayores de su sociedad juzgan importantes.

En general, los niños en edad escolar adquieren más empatía y están más inclinados a la conducta prosocial. Los niños prosociales suelen actuar de manera apropiada en situaciones sociales, estar relativamente libres de emoción negativa y afrontar los problemas en forma constructiva. Los padres que reconocen los sentimientos de angustia de sus hijos y que les ayudan a lidiar con su angustia fomentan la empatía, el desarrollo prosocial y las habilidades sociales. Por otro lado, cuando los padres responden con desaprobación o castigos, las emociones como el enojo y el temor se pueden volver más intensas y quizá obstaculicen la adaptación emocional o el niño puede volverse receloso y ansioso acerca de estos sentimientos negativos. A medida que los niños se acercan a la temprana adolescencia, la intolerancia parental hacia las emociones negativas puede elevar el conflicto entre padres e hijos (Papalia et al., 2009).

Los niños de edad escolar pasan más de su tiempo libre lejos de casa que cuando eran más pequeños, ya que visitan a sus compañeros y socializan con ellos. También pasan más tiempo en la escuela y en sus estudios y cada vez menos tiempo comiendo en familia que hace 20 años. Aun así, el hogar y las personas que viven allí son una parte importante en la vida de la mayoría de los niños (Papalia et al.,2009). En la perspectiva de los sistemas sociales, todas las familias están inmersas en un contexto cultural y subcultural más amplio; el nicho ecológico de una familia (religión, nivel socioeconómico y valores predominantes en una subcultura) pueden repercutir en las interacciones y en el desarrollo de los hijos (Shaffer et al., 2007).

Por otro lado, la amistad es una parte importante en el desarrollo del niño y esta cumple seis funciones principales: compañía, estimulación, apoyo físico, apoyo al yo, comparaciones sociales, e intimidad/afecto (Santrock, 2006).

Trisciuzzi y Cambi (1993) establecen que los agentes fundamentales de la socialización primaria son, por un lado, la familia y, por otro, el lenguaje, aún cuando este segundo depende en buena parte del primero. Por su parte, la familia tiene como fin esencial proteger y garantizar el funcionamiento de los mecanismos sociales fundamentales que se refieren a la producción y a la reproducción de la vida inmediata. La familia actúa en un contexto social, refleja las ideologías y el ordenamiento en clases y es por ello que ejerce una obra de socialización primaria estrechamente conectada a las estructuras del poder social existente. En otras palabras, la familia garantiza siempre a través de la experiencia de reglas y de prohibiciones que el sujeto realiza al interior de ella, el establecimiento de relaciones jerárquicas y de diferencias de roles. A través de estas relaciones que se viven al interior de la familia, el sujeto en edad evolutiva cumple un primer reconocimiento de la sociedad, hace experiencia de su estructura y asimila las reglas fundamentales del juego social.

Por otro lado, la socialización infantil se acelera luego con el desarrollo del lenguaje que es, por un lado, producto social y, por otro, un agente de socialización, quizás el más importante. El aprendizaje mismo del lenguaje por parte del niño es una operación prevalentemente social. Ciertamente, tal aprendizaje no se realiza sólo por imitación. Entran en juego también estructuras biológicas originarias, predisposiciones y capacidades innatas. Sobre todo a través del contacto con el ambiente familiar, el lenguaje infantil pasa a través de un proceso que se cumple por "acierto y error", del balbuceo a la palabra y finalmente al lenguaje adulto. Es la comunicación que transforma al niño en hablante haciéndolo aprehender el lenguaje particular, es decir, aquel determinado por factores sociales e históricos. Este proceso es gradual y se cumple por aproximaciones sucesivas al lenguaje adulto representado por el que se usa en la

familia. De una fase individual y egocéntrica de elaboración del lenguaje, caracterizada por desviaciones fonéticas o gramaticales respecto a las reglas propias de la comunidad lingüística en la que vive, el niño avanza hacia una adecuación lingüística al modelo adulto, hacia una apropiación de la competencia lingüística, guiado por los mismos familiares con sus intervenciones de corrección, precisiones, etc. (Trisciuzzi et al., 1993).

### ***Infancia y salud***

Las enfermedades durante la tercera infancia suelen ser breves. Son comunes los padecimientos médicos agudos (enfermedades ocasionales de corta duración) tales como infecciones y mezquinos. Son típicos seis o siete episodios de influenza, catarro u otras enfermedades virales por año, ya que los niños se infectan entre sí en la escuela o al jugar (Papalia et al., 2009).

De la misma manera, Santrock (2006), menciona que las enfermedades o los fallecimientos son menos frecuentes durante esta etapa que durante otras fases de la niñez y la adolescencia. Establece que las principales causas de muerte en niños son los accidentes y las lesiones, seguidas del cáncer. Por otro lado, los niños actualmente también padecen de obesidad más de lo que padecían anteriormente, debido a estilos de vida inadecuados.

Por su parte, Shaffer et al. (2007) establece que entre los niños bien alimentados las enfermedades más comunes como sarampión, viruela e inclusive neumonía inciden poco o nada en el crecimiento y desarrollo físico. Los principales padecimientos que los obligan a guardar cama por semanas pueden retrasar el crecimiento, pero una vez recuperados muestran casi siempre un crecimiento compensatorio que recobra el progreso perdido durante la enfermedad. Sin embargo, las enfermedades tienden a deteriorar en forma permanente el crecimiento de un niño que presenta desnutrición de moderada a severa. Una

alimentación deficiente debilita el sistema inmunológico, así que las enfermedades infantiles sobrevendrán pronto y con más fuerza. No sólo la desnutrición aumenta la vulnerabilidad, sino que las enfermedades agravan la desnutrición al suprimir el apetito y reducir la capacidad del organismo para absorber los nutrientes y aprovecharlos.

A medida que aumenta la experiencia de los niños con las enfermedades, también crece su comprensión de las causas de la salud y la enfermedad y de la manera en que las personas pueden promover su propia salud. A medida que los niños se acercan a la adolescencia, ven que pueden existir múltiples causas para una enfermedad, que el contacto con los microbios no conduce a la enfermedad de manera automática y que hay mucho que las personas pueden hacer para mantenerse sanas (Papalia et al.,2009).

El desarrollo de vacunas para las principales enfermedades infantiles ha hecho que la tercera infancia sea un momento relativamente seguro de la vida. La tasa de mortalidad durante estos años es la menor en el ciclo vital total. Aun así, existen muchos niños con sobrepeso y hay algunos que sufren de padecimientos médicos crónicos o de lesiones accidentales o de una falta de acceso a cuidados médicos (Papalia et al.,2009).

### Sobrepeso y obesidad

El sobrepeso en los niños se está convirtiendo en un importante problema médico a nivel mundial. Por desgracia, los niños que tratan de bajar de peso no siempre son los que necesitan hacerlo. La preocupación con la imagen corporal— la manera en que uno cree verse— empieza a adquirir importancia a inicios de la tercera infancia, en especial en el caso de las niñas, y puede conducir a trastornos de la conducta alimentaria que se vuelven más comunes durante la adolescencia (Papalia et al.,2009).

Muchos niños y niñas de los países en desarrollo llegan a la adolescencia desnutridos, lo que los hace más vulnerables a las enfermedades y a una muerte prematura. En el otro extremo, el sobrepeso y la obesidad (otra forma de malnutrición, con consecuencias graves para la salud e importantes repercusiones financieras a largo plazo para los sistemas de salud) están aumentando entre los jóvenes, tanto en los países de ingresos bajos como en los de ingresos altos. Una nutrición adecuada y unos hábitos saludables de alimentación y ejercicio físico a esas edades sientan los cimientos de una buena salud en la edad adulta (OMS, 2011).

Con frecuencia, los niños en sobrepeso sufren emocionalmente y pueden compensarlo satisfaciendo sus antojos, lo que empeora aún más sus problemas físicos y sociales. Estos niños tienen el riesgo de problemas de comportamiento, depresión y baja autoestima. Por lo general, los niños en sobrepeso se convierten en adultos obesos, lo que los coloca en riesgo de hipertensión arterial, enfermedades cardíacas, problemas ortopédicos y diabetes. De hecho, el sobrepeso infantil puede ser un factor de predicción más poderoso para algunas enfermedades que el sobrepeso adulto. Incluso los niños que se encuentran en la mitad superior del rango de peso normal tienen mayores probabilidades que sus compañeros de entrar en sobrepeso o de volverse obesos durante la adultez (Papalia et al., 2009).

## **CAPÍTULO V**

### **MÉTODO**

#### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En diferentes investigaciones (Youssefzadeh, 2001; Jobe&Mingay, 1990), se ha constatado que no se considera la adaptación del lenguaje en los instrumentos de medición como un elemento fundamental en la obtención de los datos psicométricos. La adaptación del lenguaje es importante debido a que en ocasiones la traducción de un idioma a otro no es suficiente para que la población blanco entienda el tema que se desea explorar, o bien, cuando los instrumentos se adaptan a distintos grupos étnicos, se resta importancia al nivel de desarrollo cognoscitivo y al lenguaje utilizado por los participantes en distintas edades. Estos descuidos pueden afectar directamente la validez y confiabilidad de los instrumentos de medición.

#### **OBJETIVO GENERAL**

Adaptar el lenguaje del Cuestionario de Autoeficacia percibida para el control de peso de Román et al. (2007) adaptado en preadolescentes mexicanos por Guzmán et al. (2011), en niños estudiantes de tercero, cuarto y quinto grado de educación primaria.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Instrumentar laboratorios cognoscitivos con la finalidad de conocer el lenguaje que los niños(as) estudiantes de tercero, cuarto y quinto de primaria,

utilizan para referirse a los temas “actividad física”, “alimentación sana” y “peso corporal”.

Implementar la técnica de Jueceo de Expertos con la finalidad de obtener información complementaria, realizar las modificaciones pertinentes y finalizar la adaptación de lenguaje del instrumento de Autoeficacia percibida para el control de peso en estudiantes de tercero, cuarto y quinto grado de educación primaria.

## **HIPÒTESIS**

No se plantean hipótesis de trabajo dado el carácter exploratorio de la investigación

## **VARIABLES DE CLASIFICACIÓN**

### **Definición Conceptual**

*Laboratorios cognoscitivos:* Los laboratorios cognoscitivos constituyen un método de investigación cualitativa cuya utilidad principal es generar información sobre la calidad de un instrumento y sobre la forma en que se interpreta, acepta o rechaza una misma pregunta en diferentes grupos culturales (Tiburcio & Natera, 2007).

*Juicio de expertos:* El *juicio de expertos* consiste en preguntar a personas expertas en el dominio que miden los ítems, sobre su grado de adecuación a un criterio determinado y previamente establecido de construcción de una prueba (Osterlind, 1989)

*Autoeficacia*: La auto-eficacia percibida se refiere a las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras. Dichas creencias influyen sobre el modo de pensar, sentir, motivarse y actuar de las personas, al mismo tiempo que contribuyen significativamente a la motivación y a los logros humanos (Bandura, 1999).

### **Definición de Operacional**

*Laboratorios cognoscitivos*: Se definen operacionalmente como los resultados del instrumento en investigación obtenidos en las sesiones en las que se aplicaron entrevistas individuales y grupales a los participantes

*Juicio de expertos*: Se define operacionalmente como los resultados del instrumento en investigación obtenidos en las modificaciones que realizaron tres especialistas en el tema

*Autoeficacia*: Se define operacionalmente como las respuestas dadas por los participantes al instrumento que mide autoeficacia.

## **INSTRUMENTOS**

Autoeficacia. Se utilizará el instrumento de autoeficacia percibida para el control de peso de Román et al. (2007) adaptado por Guzmán et al. (2011) para adolescentes mexicanos analizándose sus ítems como primer paso, para efectos de adaptar su redacción y comprensión, cuando fuera necesario, a la edad de los participantes. El Inventario de Autoeficacia Percibida para Control de Peso adaptado por Guzmán et al. (2011), está formado por 30 reactivos con 4 opciones de respuesta en una escala tipo Likert: (1) No puedo hacerlo; (2) Podría intentarlo;

(3) Puedo hacerlo; (4) Seguro de poder hacerlo. Consta de seis factores: 1. Autoeficacia en Actividad Física Programada; 2. Autoeficacia para Evitar Ingesta de Alimentos No Saludables; 3. Ingesta Alimentaria y Fuerza de Voluntad; 4. Autoeficacia para Actividad Física y Fuerza de Voluntad; 5. Autoeficacia para Control de Peso; 6. Autoeficacia para Ingesta Alimentaria. La versión para hombres cuenta con un alfa de 0.94 y explica un 45% de la varianza. Por su parte, la versión para mujeres cuenta con un alfa de 0.95 y explica un 50.5% de la varianza.

Se utilizó una cámara de video marca Sony para grabar las sesiones de laboratorios cognoscitivos, así como una grabadora de voz para registrar sesiones individuales.

## **PROCEDIMIENTO**

Se acudió a escuelas primarias públicas del D. F. y zonas conurbadas solicitando la autorización correspondiente a las autoridades de los planteles para la aplicación de los instrumentos a los estudiantes de tercero, cuarto y quinto grado de primaria.

Se les informó a los directivos de las instituciones educativas participantes acerca de los objetivos de investigación, así como la importancia de brindar su apoyo en la realización de la misma, haciendo hincapié en la aportación que su apoyo tendría en la creación de programas de prevención que buscan una mejor calidad de vida para los niños en esta edad. Posteriormente se solicitó el consentimiento informado a los padres (madre, padre o tutor).

Se aplicaron tres sesiones con duración aproximada de 1 hora por cada laboratorio: en la primera sesión se llevaron a cabo dos entrevistas individuales y una grupal con 6 niños, en la segunda se llevaron a cabo 6 individuales y una

grupales que incluía 8 niños; y en la tercera se llevó a cabo un laboratorio grupal con 7 niños. Posteriormente se transcribieron los laboratorios y finalmente se realizó un jueceo con tres expertos en el tema para llevar a cabo las modificaciones pertinentes.

Al llevar a cabo los laboratorios, se leía en voz alta cada ítem y posteriormente se realizaron las siguientes preguntas con la finalidad de explorar a profundidad los temas de interés:

- ¿Entendiste la oración?
- ¿Qué te hace pensar?
- ¿Qué te imaginas?
- ¿Se puede decir de otra forma?
- ¿Cómo se la dirías a otro niño de tu misma edad?

En algunos ítems, en los que aún con el guion no se conseguía la información deseada, se realizaban preguntas orientadas al tema que se estaba tratando en ese momento.

Una vez realizadas las modificaciones con base en los laboratorios cognoscitivos, se procedió a realizar el jueceo de expertos, el cual consiste en preguntar a personas expertas en el dominio que miden los ítems, sobre su grado de adecuación a un criterio determinado y previamente establecido de construcción de una prueba (Osterlind, 1989). En este proceso participaron 3 especialistas: dos en el tema de autoeficacia y una especialista en el lenguaje utilizado por niños. Con base en este último proceso se realizaron las últimas modificaciones.

En el proceso de validación por jueces se consideraron los siguientes elementos:

- **Claridad en la redacción.** Considere que el instrumento será adaptado al lenguaje de los niños de educación básica escolar (tercero, cuarto y quinto grado de educación primaria).
- **Coherencia.** Propiedad de los textos bien formados que permite concebirllos como entidades unitarias. Considere también la coherencia ítem-dominio (autoeficacia para bajar de peso).
- **Relevancia o importancia.** Con relación al universo del contenido del instrumento
- **Sugerencias.** Estas señalizaciones pueden realizarse considerando cualquier aporte con base en su *expertise*. Puede realizar sugerencias en redacción, conservación o eliminación del reactivo o contenido temático.

## CAPÍTULO VI

### RESULTADOS

***Primera fase: Proceso de revisión de ítems del Inventario de autoeficacia para actividad física, alimentación saludable y control de peso en escolares mexicanos.***

#### Etapa uno

En la primera sesión con un experto en Psicología de la Salud se llevó a cabo una revisión de los ítems del Cuestionario de Autoeficacia percibida para el control de peso de Román et al. (2007) adaptado en proeadolescentes mexicanos por Guzmán et al. (2011), y se comentaron algunas de las modificaciones que se creían necesarias para adaptarlo al lenguaje de los niños.

En la segunda sesión se presentaron las propuestas para la modificación del instrumento, el cuál posteriormente fue entregado a otro experto para revisión.

Como producto de esta etapa se realizaron las siguientes modificaciones al instrumento:

	INSTRUMENTO ORIGINAL	INSTRUMENTO MODIFICADO
1.	Realizar ejercicio diariamente.	Soy capaz de realizar ejercicio diariamente.
2.	Evitar comer alimentos chatarra (hotdogs, hamburguesa, pizza, etc.).	Soy capaz de no comer alimentos chatarra (hotdogs, hamburguesa, pizza, etc.).
3.	Tener fuerza de voluntad para dejar de comer dulces.	Soy capaz de dejar de comer dulces.
4.	Aumentar poco a poco el tiempo de tu rutina de ejercicio.	Soy capaz de aumentar el tiempo que realizo deporte.
5.	Dejar de comer chocolates u otras golosinas que comes cuando te sientes presionado(a).	Soy capaz de evitar comer chocolates u otras golosinas cuando me siento presionado(a)
6.	Subir y bajar escaleras en lugar de	Soy capaz de subir y bajar escaleras

	utilizar las mecánicas.	en lugar de utilizar las mecánicas.
7.	Correr todos los días.	Soy capaz de correr todos los días.
8.	Comer poco cuando estás con tus amigos(as).	Soy capaz de comer sano cuando estoy con mis amigo(a)s.
9.	Evitar la comida chatarra cuando desayunas, comes o cenas fuera de casa.	Soy capaz de evitar la comida chatarra cuando desayuno, como o ceno fuera de casa.
10.	Poner más esfuerzo y realizar abdominales o pesas.	Soy capaz de poner más esfuerzo y realizar un deporte.
11.	Realizar en casa abdominales o pesas.	<b><i>El reactivo fue eliminado de la versión final del instrumento.</i></b>
12.	Evitar los dulces aunque se te antojen.	Soy capaz de evitar los dulces aunque se me antojen.
13.	Rechazar invitaciones a comer alimentos ricos en grasas y carbohidratos (quesadillas, tortas, etc.).	Soy capaz de rechazar invitaciones a comer comida chatarra.
14.	Insistir en comprar alimentos bajos en calorías.	<b><i>El reactivo fue eliminado de la versión final del instrumento.</i></b>
15.	Realizar rutinas de ejercicios a pesar de que no tengas ganas de hacerlas.	Soy capaz de realizar deporte aunque no tenga ganas de hacerlo.
16.	Eliminar de tu dieta los dulces y chocolates.	Soy capaz de disminuir de mi dieta los dulces y chocolates.
17.	Cumplir con tu rutina de ejercicios a pesar de que sientas que no puedes más.	Soy capaz de practicar deporte aunque sienta que ya no puedo más.
18.	Dejar de comer alimentos chatarra entre comidas.	Soy capaz de dejar de comer alimentos chatarra entre comidas.
19.	Tranquilizarte si te han regañado o has peleado con tus papás en lugar de ponerte a comer golosinas.	Soy capaz de tranquilizarme si me han regañado o me he peleado con mis papás en lugar de ponerme a comer golosinas.
20.	Utilizar las escaleras y no el elevador aunque se encuentre detenido en el piso en que estás.	Soy capaz de utilizar las escaleras y no el elevador.
21.	No comer a cada rato aunque te sientas nervioso(a).	Soy capaz de no comer a cada rato aunque me sienta nervioso(a).
22.	Poner tu máximo esfuerzo en cumplir el tiempo establecido para correr.	Soy capaz de poner mi máximo esfuerzo para cumplir con el tiempo establecido para hacer deporte.
23.	Caminar siempre que te sea posible evitando cualquier medio de transporte.	Soy capaz de caminar en lugar de usar medios de transporte.
24.	Cenar alimentos bajos en calorías.	Soy capaz de cenar alimentos sanos.
25.	No comer entre comidas con el	<b><i>El reactivo fue eliminado de la</i></b>

	propósito de controlar tu peso.	<b>versión final del instrumento.</b>
26.	Realizar 3 comidas diarias bajas en grasa para controlar tu peso.	Soy capaz de realizar tres comidas diarias sanas.
27.	Poner más esfuerzo de tu parte para subir y bajar escaleras.	<b>El reactivo fue eliminado de la versión final del instrumento.</b>
28.	Caminar rápido a pesar de que no te guste.	Soy capaz de caminar rápido aunque no me guste.
29.	Evitar comer fuera de los horarios de comida.	Soy capaz de no comer chatarra fuera de los horarios de comida.
30.	Salir a caminar si te sientes ansioso(a) y tienes deseos de estar comiendo.	Soy capaz de salir a caminar si me siento ansioso(a) y tengo deseos de comer.
31.	Quedarte un poco lejos del lugar a donde vas con la finalidad de caminar.	Soy capaz de quedarme un poco lejos del lugar donde voy con la finalidad de caminar.
32.	Aumentar poco a poco el tiempo de duración de tu rutina de ejercicios.	Soy capaz de ir con mis amigos(as) a caminar, jugar basquetbol o futbol en vez de estar en la computadora chateando o jugando video juegos.
33.	Realizar ejercicio o salir a caminar en un parque público.	Soy capaz de realizar ejercicio o salir a caminar en un parque público.
34.	Dejar de cenar si te sientes presionada.	<b>El reactivo fue eliminado de la versión final del instrumento.</b>
35.	Usar las escaleras y no el elevador a pesar de estar cansado(a).	<b>El reactivo fue eliminado de la versión final del instrumento.</b>
36.	Dejar de tomar refresco y tomar agua.	Soy capaz de dejar de tomar refresco y tomar agua.
37.	Comer verduras frente a personas que están alimentándose con comida chatarra.	<b>El reactivo fue eliminado de la versión final del instrumento.</b>
38.	<i>No existe este reactivo en el instrumento original.</i>	Soy capaz de evitar ver la televisión o leer mientras como.
39.	<i>No existe este reactivo en el instrumento original.</i>	Soy capaz de realizar deporte diariamente.

## Discusión

Como se puede observar, una de las modificaciones principales hechas al instrumento fue la forma en que se plantea cada ítem. Se encontró que iniciar la frase con “soy capaz”, en lugar de “te sientes capaz” resultaba más sencillo de entender para los niños.

Así también, fueron modificados los ítems que contenían términos que resultaban complicados para los niños, como por ejemplo “fuerza de voluntad”, “carbohidratos” y “calorías”.

También se modificaron los ítems que contenían palabras que pudieran asociarse con una prohibición, prejuicios o estigma hacia ciertos alimentos, por ejemplo “dejar de comer chocolates” o “eliminar de tu dieta los dulces” y se sustituyeron por palabras como “evitar” y “disminuir”.

Otro aspecto que se consideró importante fue modificar los ítems de actividad física que no resultaban aptos o improcedentes para los niños o bien, que no describían situaciones comunes en la vida diaria, por ejemplo “jalar pesas”, “hacer abdominales” o “rutinas establecidas de ejercicios”.

Por último, se modificaron los ítems que contenían afirmaciones sobre alimentación y que no se consideraron saludables para los niños, como cenar alimentos bajos en calorías, realizar tres comidas diarias bajas en grasa con el fin de controlar el peso o dejar de cenar si te sientes presionado. En lugar de estos, se elaboraron ítems promoviendo realizar todas las comidas de forma saludable e incluyendo dos colaciones.

## Etapas Dos

Posteriormente se formó un equipo de pasantes en Psicología y Nutrición, con el fin de plantear el Primer Laboratorio Cognoscitivo, con el propósito de continuar con el análisis del instrumento.

Se llevaron a cabo seis sesiones con el equipo, previo a la realización del primer laboratorio cognoscitivo. La descripción de las sesiones se presenta a continuación:

1. En la primera sesión se hizo una descripción del proyecto con el propósito de homologar la información entre los integrantes del grupo con respecto a los contenidos, objetivos y procedimientos del mismo, así como familiarizarlos con el programa y el cuestionario.

El equipo de trabajo quedó integrado por 6 pasantes de la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Psicología de la UNAM y una pasante de la Licenciatura en Dietética y Nutrición del ISSSTE.

2. En la segunda sesión se llevó a cabo una lectura de los ítems a los integrantes del grupo, y se solicitaron propuestas, sugerencias y modificaciones a los ítems que integraban el instrumento. Se pidió al equipo de trabajo que intentaran pensar de acuerdo al nivel de desarrollo de la población blanco (niños), así también se sugirió preguntar a niñas y niños de su entorno con el propósito de realizar las propuestas de modificación de los ítems.

3. En la tercera sesión se realizó una revisión de las sugerencias propuestas por los integrantes del equipo y se modificó el cuestionario, integrando los aportes de los miembros.

Con base en las sugerencias del equipo de trabajo se realizaron las siguientes modificaciones:

	VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN NUEVA
1.	Soy capaz de realizar deporte diariamente.	Soy capaz de realizar deporte diariamente.
2.	Soy capaz de no comer alimentos chatarra (hotdogs, hamburguesa, pizza, etc.).	Soy capaz de no comer alimentos chatarra (frituras, pasteles, galletas, papas, etc.).
3.	Soy capaz de dejar de comer dulces.	Soy capaz de comer menos dulces.
4.	Soy capaz de aumentar el tiempo que realizo deporte.	Soy capaz de hacer más ejercicio del que hago en la escuela.
5.	Soy capaz de evitar comer chocolates u otras golosinas cuando me siento presionado(a).	Soy capaz de evitar comer chocolates u otras golosinas cuando me siento mal.

6.	Soy capaz de subir y bajar escaleras en lugar de utilizar las mecánicas.	Soy capaz de subir y bajar escaleras en lugar de utilizar las escaleras mecánicas o el elevador.
7.	Soy capaz de correr todos los días.	Soy capaz de correr todos los días.
8.	Soy capaz de comer sano cuando estoy con mis amigos.	Soy capaz de comer sano cuando estoy con mis amigos.
9.	Soy capaz de evitar la comida chatarra cuando desayuno, como o ceno fuera de casa.	Soy capaz de pedir una comida sana cuando desayuno, como o ceno fuera de casa.
10.	Soy capaz de poner más esfuerzo y realizar un deporte.	Soy capaz de entusiasmarme o esforzarme para realizar un deporte.
11.	Soy capaz de evitar los dulces aunque se me antojen.	Soy capaz de no comer dulces cada vez que se me antojen.
12.	Soy capaz de rechazar invitaciones a comer comida chatarra.	Soy capaz de rechazar invitaciones a comer comida chatarra.
13.	Soy capaz de realizar deporte aunque no tenga ganas de hacerlo.	Soy capaz de realizar deporte aunque me dé flojera.
14.	Soy capaz de disminuir de mi dieta los dulces y chocolates.	Soy capaz de disminuir los dulces y chocolates que como.
15.	Soy capaz de practicar deporte aunque sienta que ya no puedo más.	Soy capaz de practicar deporte más tiempo.
16.	Soy capaz de dejar de comer alimentos chatarra entre comidas.	Soy capaz de dejar de comer alimentos chatarra entre comidas.
17.	Soy capaz de tranquilizarme si me han regañado o me he peleado con mis papás en lugar de ponerme a comer golosinas.	<b><i>El reactivo fue eliminado de la versión final del instrumento.</i></b>
18.	Soy capaz de utilizar las escaleras y no el elevador.	Soy capaz de utilizar las escaleras y no el elevador.
19.	Soy capaz de no comer a cada rato aunque me sienta nervioso(a).	Soy capaz de no comer a cada rato aunque me sienta mal.
20.	Soy capaz de poner mi máximo esfuerzo para cumplir el tiempo establecido para hacer deporte.	Soy capaz de poner mi máximo esfuerzo para cumplir el tiempo establecido para hacer deporte.
21.	Soy capaz de caminar en lugar de usar medios de transporte.	Soy capaz de proponer a mis papás caminar en lugar de usar medios de transporte.
22.	Soy capaz de cenar alimentos sanos.	<b><i>El reactivo fue eliminado de la versión final del instrumento.</i></b>
23.	Soy capaz de realizar tres comidas diarias sanas.	Soy capaz de realizar tres comidas diarias sanas.
24.	Soy capaz de caminar rápido aunque no me guste.	Soy capaz de caminar más rápido.
25.	Soy capaz de no comer chatarra fuera de los horarios de comida.	<b><i>El reactivo fue eliminado de la versión final del instrumento.</i></b>
26.	Soy capaz de salir a caminar si me	Soy capaz de hacer ejercicio o jugar

	siento ansioso(a) y tengo deseos de comer.	cuando me siento inquieto.
27.	Soy capaz de quedarme un poco lejos del lugar donde voy con la finalidad de caminar.	<b><i>El reactivo fue eliminado de la versión final del instrumento.</i></b>
28.	Soy capaz de ir con mis amigos(as) a caminar, jugar basquetbol o futbol en vez de estar en la computadora chateando o jugando video juegos.	Soy capaz de ir con mis amigos(as) a caminar, jugar basquetbol o futbol en vez de estar en la computadora chateando o jugando video juegos.
29.	Soy capaz de realizar ejercicio o salir a caminar en un parque público.	Soy capaz de realizar ejercicio o salir a caminar porque tengo ganas.
30.	Soy capaz de evitar ver la televisión o leer mientras como.	Soy capaz de evitar ver la televisión mientras como.
31.	Soy capaz de realizar ejercicio diariamente.	Soy capaz de realizar ejercicio diariamente.
32.	Soy capaz de dejar de tomar refresco y tomar agua.	Soy capaz de dejar de tomar refresco y jugos embotellados y tomar agua.

## Discusión

Como resultado de la etapa dos, se modificaron algunos ítems con la finalidad de adaptarlos a las situaciones comunes en la vida de las y los niños. Por ejemplo, en lugar de preguntar si se es capaz de aumentar el tiempo que se realiza deporte, preguntamos si es capaz de hacer más ejercicio del que hace en la escuela. De la misma manera, se modificaron o eliminaron los ítems que planteaban situaciones que no dependían del niño, sino de los padres.

Así también, se sustituyeron términos como “nervioso” y “presionado” por “mal o inquieto”, ya que debido a que estos términos resultan más adecuados para los niños.

También se modificaron los ítems que planteaban situaciones adversas para un niño como “practicar deporte aunque sienta que ya no puedo más” o “realizar deporte aunque no tenga ganas de hacerlo”.

4. En la cuarta sesión se llevó a cabo un ejercicio de simulación del primer laboratorio cognoscitivo, utilizando la versión del cuestionario con las modificaciones realizadas hasta ese momento. Al inicio de la simulación se pidió a la entrevistada que intentará pensar y responder como una niña de 9 años. De este ejercicio se concluyó que el cuestionario era demasiado largo para aplicar en una sola sesión (2 horas aproximadamente), por lo que se decidió dividirlo en dos secciones (1 hora aproximadamente), considerando a que sería muy extenso para la población blanco.

5. En la quinta sesión se agruparon los ítems según su categoría (1. Alimentación y 2. Deporte y actividad física). Posteriormente se dividió el instrumento en dos secciones de quince ítems que fueron pareados con base en su categoría (1. Alimentación y 2. Deporte y actividad física).

Los ítems de agruparon de la siguiente manera:

	<b>REACTIVO</b>	<b>CATEGORIA</b>
1.	Soy capaz de realizar deporte diariamente	2. Deporte y actividad física
2	Soy capaz de no comer alimentos chatarra (frituras, pasteles, galletas, papas, etc.)	1. Alimentación
2.	Soy capaz de comer menos dulces	1. Alimentación
3.	Soy capaz de hacer más ejercicio del que hago en la escuela	2. Deporte y actividad física
4.	Soy capaz de evitar comer chocolates u otras golosinas cuando me siento mal	1. Alimentación
5.	Soy capaz de subir y bajar escaleras en lugar de utilizar las escaleras mecánicas o el elevador	2. Deporte y actividad física
6.	Soy capaz de correr todos los días	2. Deporte y actividad física
7.	Soy capaz de comer sano cuando estoy con mis amigos	1. Alimentación
8.	Soy capaz de pedir una comida sana cuando desayuno, como o ceno fuera de casa	1. Alimentación
9.	Soy capaz de entusiasarme o esforzarme para realizar un deporte	2. Deporte y actividad física

10	Soy capaz de no comer dulces cada vez que se me antojen	1. Alimentación
11	Soy capaz de rechazar invitaciones a comer comida chatarra	1. Alimentación
12	Soy capaz de realizar deporte aunque me dé flojera	2. Deporte y actividad física
13	Soy capaz de disminuir los dulces y chocolates que como	1. Alimentación
14	Soy capaz de practicar deporte más tiempo	2. Deporte y actividad física
15	Soy capaz de dejar de comer alimentos chatarra entre comidas	1. Alimentación
16	Soy capaz de utilizar las escaleras y no el elevador	2. Deporte y actividad física
17	Soy capaz de no comer a cada rato aunque me sienta mal	1. Alimentación
18	Soy capaz de poner mi máximo esfuerzo para cumplir el tiempo establecido para hacer deporte	2. Deporte y actividad física
19	Soy capaz de proponer a mis papás caminar en lugar de usar medios de transporte	2. Deporte y actividad física
20	Soy capaz de realizar tres comidas diarias sanas	1. Alimentación
21	Soy capaz de caminar más rápido	2. Deporte y actividad física
22	Soy capaz de hacer ejercicio o jugar cuando me siento inquieto	2. Deporte y actividad física
23	Soy capaz de ir con mis amigos(as) a caminar, jugar basquetbol o futbol en vez de estar en la computadora chateando o jugando video juegos	2. Deporte y actividad física
24	Soy capaz de realizar ejercicio o salir a caminar porque tengo ganas	2. Deporte y actividad física
25	Soy capaz de evitar ver la televisión mientras como	1. Alimentación
26	Soy capaz de realizar ejercicio diariamente	2. Deporte y actividad física
27	Soy capaz de dejar de tomar refresco o jugos embotellados y tomar agua	1. Alimentación

Se agregaron o modificaron los siguientes ítems:

- Soy capaz de hacer ejercicio todos los días
- Soy capaz de comer saludable cuando estoy con mis amigos (en la versión anterior se utilizó la palabra sano en lugar de saludable).
- Soy capaz de realizar ejercicio o deporte aunque tenga flojera (en la versión anterior sólo se menciona deporte).

A continuación se exponen las dos secciones del cuestionario:

### Sección I

Lee las siguientes oraciones y menciona que tanta confianza tienes en ti mismo de lograrlo, de acuerdo a las siguientes opciones:	No puedo hacerlo (1)	Puedo intentarlo (2)	Puedo hacerlo (3)	Seguro de poder hacerlo (4)
---	----------------------	----------------------	-------------------	-----------------------------

1.	Soy capaz de hacer ejercicio todos los días	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Soy capaz de no comer alimentos chatarra cuando tengo hambre (frituras, pasteles, galletas, papas)	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Soy capaz de comer menos dulces	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Soy capaz de hacer más ejercicio del que hago en la escuela	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Soy capaz de evitar comer chocolates u otras golosinas cuando me siento inquieto(a)	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Soy capaz de subir y bajar escaleras en vez de utilizar el elevador o las escaleras eléctricas, la mayoría de las veces	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Soy capaz de correr todos los días	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Soy capaz de comer saludable cuando estoy con mis amigos	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Soy capaz de evitar ver la televisión mientras como	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Soy capaz de emocionarme o esforzarme para realizar un deporte	(1)	(2)	(3)	(4)

11.	Soy capaz de no comer dulces cada vez que se me antojen	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Soy capaz de rechazar invitaciones a comer comida chatarra	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Soy capaz de hacer ejercicio o deporte aunque tenga flojera	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Soy capaz de dejar de tomar refresco y jugos embotellados y tomar agua	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Soy capaz de proponer a mis papás caminar en lugar de usar medios de transporte	(1)	(2)	(3)	(4)

## Sección II

Lee las siguientes oraciones y menciona que tanta confianza tienes en ti mismo de lograrlo, de acuerdo a las siguientes opciones:	<b>No puedo hacerlo (1)</b>	<b>Puedo intentarlo (2)</b>	<b>Puedo hacerlo (3)</b>	<b>Seguro de poder hacerlo (4)</b>
---	-----------------------------	-----------------------------	--------------------------	------------------------------------

1.	Soy capaz de hacer ejercicio por más tiempo	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Soy capaz de dejar de comer alimentos chatarra entre comidas	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Soy capaz de utilizar las escaleras y no el elevador	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Soy capaz de no comer a cada rato aunque me sienta triste	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Soy capaz de poner mi máximo esfuerzo para cumplir el tiempo establecido de hacer el ejercicio	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Soy capaz de realizar tres comidas diarias sanas	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Soy capaz de caminar más rápido	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Soy capaz de hacer ejercicio o jugar cuando me siento inquieto	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Soy capaz de ir con mis amigos(as) a caminar, jugar basquetbol o las traes en vez de estar en la computadora chateando o jugando video juegos	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Soy capaz de realizar ejercicio o salir a caminar porque tengo ganas	(1)	(2)	(3)	(4)

11.	Soy capaz de pedir una comida sana cuando desayuno, como o ceno fuera de casa	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Soy capaz de realizar ejercicio diariamente	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Soy capaz de dejar de tomar refresco y jugos embotellados y tomar agua	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Soy capaz de no comer de más cuando estoy enojado(a).	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Soy capaz de disminuir los dulces y chocolates que como	(1)	(2)	(3)	(4)

6. En la sexta sesión se realizó una revisión de las instrucciones que se utilizarían para manejar el primer laboratorio cognoscitivo y se llevó a cabo una revisión final del instrumento.

### ***Segunda fase: Aplicación del primer laboratorio cognoscitivo***

Se aplicaron dos formatos de laboratorios cognoscitivo (individuales y grupales) a niñas y niños de cuarto grado de educación primaria. Los laboratorios se formaron con dos facilitadores previamente entrenados y se aplicaron en las instalaciones de las escuelas primarias participantes, a los alumnos que presentaron el consentimiento firmado por padres o tutores. La duración de los mismos fue de 1 hora aproximadamente (se aplicaron las dos versiones de 15 ítems, ver cuestionarios anteriores). Se utilizó una cámara de video y una grabadora de audio para el registro de los mismos.

Previamente, se escribió un guion que sería utilizado para facilitar la aplicación de los laboratorios cognoscitivos.

El guion inicia con una presentación de las y los facilitadores y la explicación de las instrucciones y procedimientos que se llevarían a cabo.

## Guión

Hola, mi nombre es     (Facilitador)     y él/ella es     (Facilitador)    . ¿Cómo te llamas?                     . Mucho gusto                     , necesitamos de tu ayuda para llevar a cabo una investigación de la UNAM que trata sobre la autoeficacia que tienen los niños y niñas para cuidar su alimentación y hacer ejercicio. La autoeficacia es la habilidad de creer que podemos hacer algo bien, por ejemplo: Yo soy capaz de saltar la cuerda o yo soy capaz de leer un cuento, esto significa que creo que puedo y soy capaz de hacerlo.

Necesitamos que nos ayudes contestando y diciéndonos todo lo que se te ocurra sobre unas oraciones que vamos a leerte, esto servirá para modificar un cuestionario y que otros niños de tu edad puedan entenderlo.

La actividad no tiene ninguna calificación y nadie más sabrá tus respuestas, es anónimo. Es importante que nos digas si tienes dudas, no entendiste la oración o alguna palabra no la conoces, recuerda que debes de decirnos todo lo que se te ocurra.

¿Tienes alguna duda?

Muy bien, vamos a iniciar.

Posteriormente se plantearon los 15 ítems correspondientes a las versiones pareadas con duración de una hora. Al finalizar la lectura de cada una de los ítems, se realizaron las siguientes preguntas con la finalidad de explorar a profundidad los temas de interés.

- ¿Entendiste la oración?
- ¿Qué te hace pensar?
- ¿Qué te imaginas?
- ¿Se puede decir de otra forma?
- ¿Cómo se la dirías a otro niño de tu misma edad?

En algunos ítems, en los que aún con el guion no se conseguía la información deseada, se realizaban preguntas orientadas al tema que se estaba tratando en ese momento.

### **Análisis del laboratorio cognoscitivo**

Se transcribieron y analizaron los contenidos de los laboratorios cognoscitivos, las correcciones y observaciones se describen a continuación:

Ítem		Comentarios más frecuentes o relevantes de los niños (en base a la pregunta ¿qué entiendes o imaginas?)	Observaciones de los aplicadores
1.	Soy capaz de hacer ejercicio todos los días	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bajar de peso.</li> <li>- Trabajar.</li> <li>- Ir a correr al parque</li> </ul>	La palabra ejercicio no es comprendida por los niños como sinónimo de actividad física, <i>sino como una tarea escolar</i> . También la entienden teniendo una única finalidad, la de bajar de peso.
2.	Soy capaz de no comer alimentos chatarra cuando tengo hambre (frituras, pasteles, galletas, papas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No hay que comer eso porque hace daño a tu cuerpo.</li> <li>- Que no coma papas ni refresco. Fruta sí.</li> </ul>	La afirmación es clara para los niños.
3.	Soy capaz de comer menos dulces	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que no debo comer muchos dulces y paletas.</li> <li>- Nada más como tantitos. Como tres al día.</li> </ul>	Los niños no pueden definir cuanto es “menos dulces”.
4.	Soy capaz de hacer más ejercicio del que hago en la escuela	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que cuando llego de la escuela hago más ejercicio.</li> </ul>	La palabra deporte resulta más entendible para los

			niños.
5.	Soy capaz de evitar comer chocolates u otras golosinas cuando me siento inquieto(a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que prefiero estar quieto.</li> <li>- Que no comas golosinas con azúcar o sal porque luego te duele la panza.</li> </ul>	No todos los niños conocen el significado de inquieto ni de golosinas.
6.	Soy capaz de subir y bajar escaleras en vez de utilizar el elevador o las escaleras eléctricas, la mayoría de las veces	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hay veces que a la gente le da flojera subir las escaleras.</li> <li>- Que no utilice el elevador.</li> </ul>	La afirmación es clara para los niños.
7.	Soy capaz de correr todos los días	- Que tú eres capaz de correr todos los días. Irte a correr al parque o en tu casa si tienes algún jardín.	La afirmación es clara para los niños.
8.	Soy capaz de comer saludable cuando estoy con mis amigos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que les debes de decir a tus amigos que no coman chatarra y que coman algo saludable.</li> <li>- Que una persona es capaz de comer saludable en vez de comer golosinas.</li> </ul>	La afirmación es clara para los niños.
9.	Soy capaz de evitar ver la televisión mientras como	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que en vez de ver la tele, comas primero y después ves la tele.</li> <li>- Primero comer y luego ya ves la tele.</li> </ul>	La afirmación es clara, sin embargo, los niños no saben por qué no deben ver la televisión mientras comen, por lo que no lo consideran algo malo.
10.	Soy capaz de emocionarme o esforzarme para realizar un deporte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que en vez de emocionarme puedo hacer un deporte.</li> <li>- Cuando esté con amigos les podemos decir: ¿Por qué no hacemos un deporte que nos salga bien? Como basquetbol, futbol y más deporte.</li> </ul>	La palabra “emocionarme” no se entiende en el contexto de la afirmación.
11.	Soy capaz de no comer dulces cada vez que se me antojen	- Que no puedes comer mucho dulce cuando se te antoje. Solo puedes comer uno o dos dulces.	La afirmación es clara para los niños.

		- Que nada más comes uno y ya.	
12.	Soy capaz de rechazar invitaciones a comer comida chatarra	- Que me invitaron a una fiesta y yo tenía que comer comida chatarra. Eso yo le entendí.  - Yo iba a lo que me invitaran y luego de ahí si había dulces pues me puedo comer uno o dos dulces.	Los niños no entienden "invitación" como el ofrecimiento de comida chatarra, sino como una invitación a un lugar o una fiesta.
13.	Soy capaz de hacer ejercicio o deporte aunque tenga flojera	- Que cuando tienes flojera en vez de estar acostado o viendo tele, que te pares a hacer deportes  - Que tengo que hacer deportes para que no me aburra.	La afirmación es clara para los niños.
14.	Soy capaz de dejar de tomar refresco y jugos embotellados y tomar agua	- Es mejor tomar agua simple.  - Que en vez de tomar refresco hay que tomar agua simple porque el refresco te hace daño.	La afirmación es clara para los niños.
15.	Soy capaz de proponer a mis papás caminar en lugar de usar medios de transporte	- ¿Proponer qué es?  - Llegaremos más rápido en autobús que caminando, pero caminar es más saludable para nuestro cuerpo.	El concepto de proponer no es claro para los niños.

Observaciones de la segunda sección del instrumento:

1.	Soy capaz de hacer ejercicio por más tiempo	- Hacer algo como matemáticas.  - Que pueda hacer más ejercicio que como cinco minutos.	La palabra ejercicio no es comprendida por los niños como sinónimo de actividad física, sino como una tarea escolar.
2.	Soy capaz de dejar de	- Tienes que comer más	La afirmación es

	comer alimentos chatarra entre comidas	comidas en lugar de comida chatarra.	clara para los niños.
3.	Soy capaz de utilizar las escaleras y no el elevador	- Que tengo que caminar las escaleras en vez de subirme al elevador.  - Usar las escaleras en vez del elevador.	La afirmación es clara para los niños.
4.	Soy capaz de no comer a cada rato aunque me sienta triste	- Yo si comería.  - ¿De qué tipo de comida? ¿Chatarra o así saludable?	La afirmación es clara para los niños. Sin embargo, se necesita especificar de qué tipo de comida estamos hablando.
5.	Soy capaz de poner mi máximo esfuerzo para cumplir el tiempo establecido de hacer el ejercicio	- Que tengo que hacer de tiempo 30 abdominales en dos minutos.  - O como por ejemplo, 25 sentadillas en tres o dos minutos.	La afirmación es clara para los niños.
6.	Soy capaz de realizar tres comidas diarias sanas	- Que tengo que comer muchas verduras, ensaladas y frutas.  - Que tengo que comer como cocteles o cosas saludables.	Los niños consideran "sano" solo a las frutas y verduras.
7.	Soy capaz de caminar más rápido	- Que camina más rápido que todos.	La afirmación es clara . Sin embargo se puede interpretar como competencia
8.	Soy capaz de hacer ejercicio o jugar cuando me siento inquieto	- Puedo hacer ejercicio en vez de jugar.  - O podemos hacer las dos cosas.	La afirmación es clara para los niños.
9.	Soy capaz de ir con mis amigos(as) a caminar, jugar basquetbol o las traes en vez de estar en la computadora chateando o jugando video juegos	- Jugar futbol o un deporte más pero que sea saludable para su cuerpo en lugar de jugar computadora y juegos.	La afirmación es clara para los niños.

10.	Soy capaz de realizar ejercicio o salir a caminar porque tengo ganas	- Hacer ejercicio o si tienes muchas ganas de ir a caminar, puedes ir a caminar.	La afirmación es clara para los niños.
11.	Soy capaz de pedir una comida sana cuando desayuno, como o ceno fuera de casa	- Coctel de frutas. - Fuera como lo que sea (El niño se refiere a que su respuesta es negativa a la capacidad de pedir comida sana).	La afirmación es clara para los niños, aunque la palabra "sano" sigue siendo interpretada como comer solo frutas y verduras.
12.	Soy capaz de realizar ejercicio diariamente	- Que soy capaz de hacer ejercicio todos los días.	La afirmación es clara para los niños.
13.	Soy capaz de dejar de tomar refresco y jugos embotellados y tomar agua	- Que mejor tomes agua en vez de refresco.	La afirmación es clara para los niños.
14.	Soy capaz de no comer de más cuando estoy enojado(a).	- Mejor me aguantaría las comidas chatarras, y comería algo saludable.	La afirmación es clara para los niños.
15.	Soy capaz de disminuir los dulces y chocolates que como	- Que no comas chocolates.	La afirmación es clara para los niños.

## Discusión

Como se puede observar, la mayor parte de los ítems fueron comprendidos por los niños. Sin embargo, existen algunos términos que desconocen como proponer, golosinas, e inquieto. Por otro lado, hay conceptos que están malentendidos por los niños. Por ejemplo, el ejercicio en una ocasión fue entendido como una actividad escolar, no como actividad física. Otro error que se presentó con frecuencia fue la idea que tienen los niños sobre la alimentación saludable, ya que solo incluyen en ella las frutas y las verduras, dejando fuera todos los demás grupos de alimentos. Sin embargo, el laboratorio cognoscitivo mostró su gran utilidad al evidenciar y confirmar lo que ya Piaget señaló con respecto al tipo de pensamiento concreto.

El niño en la etapa de las operaciones concretas (7-11 años) desarrolla el uso funcional de la lógica que no poseen los niños más pequeños, sin embargo no llega a alcanzar el nivel más elevado en la aplicación de las operaciones lógicas. En este caso, el término *concreto* es significativo. En tanto que el niño desarrolla claramente las operaciones lógicas, estas operaciones (la reversibilidad, la clasificación, etc.) sólo son útiles en la solución de problemas que comprenden objetos y sucesos concretos (reales, observables) del presente inmediato.

Por lo general, los niños en la etapa operativa concreta todavía no pueden aplicar la lógica a problemas hipotéticos, exclusivamente verbales o abstractos. Además no pueden razonar correctamente ante problemas que incluyen demasiadas variables. Si a un niño en la etapa operativa concreta se le presenta un problema exclusivamente verbal, en general es incapaz de resolverlo de manera correcta; pero si se le presenta desde una perspectiva de objetos reales, es capaz de aplicar las operaciones lógicas y resolver el problema si éste no incluye variables múltiples. Estas aportaciones de Piaget se pueden confirmar en los laboratorios cognoscitivos.

### ***Modificaciones al instrumento con base en el primer laboratorio cognoscitivo***

En esta fase se pidió a los colaboradores sus observaciones y sugerencias acerca del primer laboratorio cognoscitivo. Posteriormente se llevaron a cabo dos sesiones más:

1. En la primera sesión se eliminaron ítems con contenido repetitivo, y se modificaron otros en los que se notó que el lenguaje utilizado no era comprendido totalmente por los niños. Se revisaron y modificaron las opciones de respuesta de la siguiente manera: (1) No soy capaz de hacerlo; (2) Soy capaz de intentarlo; (3) Soy capaz de hacerlo; (4) Soy muy capaz de hacerlo.

	VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN NUEVA
1.	Soy capaz de hacer ejercicio todos los días.	Soy capaz de hacer actividad física todos los días
2.	Soy capaz de no comer alimentos chatarra cuando tengo hambre (frituras, pasteles, galletas, papas).	Soy capaz de no comer alimentos chatarra cuando tengo hambre (frituras, pasteles, galletas, papas).
3.	Soy capaz de comer menos dulces.	Soy capaz de comer solamente un dulce al día.
4.	Soy capaz de hacer más ejercicio del que hago en la escuela.	Soy capaz de hacer más deporte del que hago en la escuela.
5.	Soy capaz de evitar comer chocolates u otras golosinas cuando me siento inquieto(a).	Soy capaz de evitar comer dulces cuando me siento nervioso(a).
6.	Soy capaz de correr todos los días.	Soy capaz de correr todos los días.
7.	Soy capaz de comer saludable cuando estoy con mis amigos.	Soy capaz de comer saludable cuando estoy con mis amigos.
8.	Soy capaz de evitar ver la televisión mientras como.	Soy capaz de evitar ver la televisión mientras como.
9.	Soy capaz de emocionarme o esforzarme para realizar un deporte.	Soy capaz de esforzarme para realizar un deporte.
10.	Soy capaz de no comer dulces cada vez que se me antojen.	Soy capaz de no comer dulces cada vez que se me antojen.
11.	Soy capaz de rechazar invitaciones a comer comida chatarra.	Soy capaz de rechazar la comida chatarra cuando alguien me ofrece.
12.	Soy capaz de hacer ejercicio o deporte aunque tenga flojera.	Soy capaz de hacer actividad física o deporte aunque tenga flojera.
13.	Soy capaz de proponer a mis papás caminar en lugar de usar medios de transporte.	Soy capaz de decir a mis papás que caminemos en lugar de usar medios de transporte.
14.	Soy capaz de utilizar las escaleras y no el elevador.	Soy capaz de utilizar las escaleras y no el elevador.
15.	Soy capaz de no comer a cada rato aunque me sienta triste.	Soy capaz de no comer a cada rato aunque me sienta triste.
16.	Soy capaz de caminar más rápido.	Soy capaz de caminar más rápido.
17.	Soy capaz de hacer ejercicio o jugar cuando me siento inquieto(a).	Soy capaz de hacer actividad física cuando me siento nervioso.
18.	Soy capaz de ir con mis amigos(as) a caminar, jugar basquetbol o “las traes” en vez de estar en la computadora chateando o jugando videojuegos.	Soy capaz de ir con mis amigos(as) a caminar, a jugar basquetbol o a “las traes” en vez de estar en la computadora chateando o jugando videojuegos.
19.	Soy capaz de realizar ejercicio o salir a caminar porque tengo ganas.	Soy capaz de realizar actividad física o salir a caminar porque tengo ganas.
20.	Soy capaz de pedir una comida sana	Soy capaz de pedir una comida

	cuando desayuno, como o ceno fuera de casa.	sana cuando desayuno, como o ceno fuera de casa.
21.	Soy capaz de no comer de más cuando estoy enojado(a).	Soy capaz de no comer de más cuando estoy enojado(a).
22.	Soy capaz de disminuir los dulces y chocolates que como.	Soy capaz de comer menos dulces de los que como

Ítems eliminados de la versión anterior del instrumento:

- Soy capaz de subir y bajar escaleras en vez de utilizar el elevador o las escaleras eléctricas, la mayoría de las veces.
- Soy capaz de hacer ejercicio por más tiempo.
- Soy capaz de dejar de comer alimentos chatarra entre comidas.
- Soy capaz de poner mi máximo esfuerzo para cumplir el tiempo establecido de hacer el ejercicio.
- Soy capaz de realizar tres comidas diarias sanas.
- Soy capaz de realizar ejercicio diariamente.
- Soy capaz de dejar de tomar refresco y jugos embotellados y tomar agua.

2. En la segunda sesión se elaboraron ítems sobre alimentación saludable, con el fin de explorar a profundidad este aspecto.

Los ítems sobre alimentación saludable que se propusieron fueron los siguientes:

1. Soy capaz de preferir fruta en vez de un dulce de postre
2. Soy capaz de preferir las verduras en vez del pan si me quedo con hambre
3. Soy capaz de no comer alimentos fritos
4. Soy capaz hacer 3 comidas al día y 2 colaciones
5. Soy capaz de comer solo cuando tengo hambre
6. Soy capaz de dejar de comer si me siento satisfecho

7. Soy capaz de no repetir la porción de sopa de pasta
8. Soy capaz de pedir un refrigerio que tenga de los 3 grupos de alimentos
9. Soy capaz de preferir verduras y frutas de colación en lugar de comida chatarra
10. Soy capaz de pedirle a mis papás que no tengan dulces disponibles en mi casa

Estos 10 ítems se analizaron con el equipo de trabajo y sólo se integraron 4.

- Soy capaz de comer menos alimentos fritos.
- Soy capaz de hacer 3 comidas al día y 2 colaciones.
- Soy capaz de dejar de comer si me siento satisfecho.
- Soy capaz de elegir fruta en vez de un dulce de postre.

El siguiente paso fue diseñar, en equipo, los ítems faltantes para que el instrumento contara con 30 reactivos:

- Soy capaz de evitar comer frituras o chicharrones al salir de la escuela.
- Soy capaz de comer a las mismas horas todos los días.
- Soy capaz de incluir verduras y frutas, cereales y tubérculos y productos de origen animal en los 5 tiempos de comida.
- Soy capaz de evitar comer chocolates y pastelitos tan seguido. (ver instrumento de 30 reactivos).

**VERSIÓN DE 30 ÍTEMS DEL INVENTARIO DE AUTOEFICACIA PARA ACTIVIDAD FÍSICA, ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y CONTROL DE PESO EN ESCOLARES MEXICANOS.**

Lee las siguientes oraciones y menciona que tanta confianza tienes en ti mismo de lograrlo, de acuerdo a las siguientes opciones:	<b>No soy capaz hacerlo (1)</b>	<b>Soy capaz de intentarlo (2)</b>	<b>Soy capaz de hacerlo (3)</b>	<b>Soy muy capaz de hacerlo (4)</b>
---	---------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------

1.	Soy capaz de hacer actividad física todos los días	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Soy capaz de no comer alimentos chatarra cuando tengo hambre (frituras, pasteles, galletas, papas, etc.)	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Soy capaz de comer solamente un dulce al día	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Soy capaz de comer menos alimentos fritos	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Soy capaz de hacer más deporte del que hago en la escuela	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Soy capaz de evitar comer dulces cuando me siento nerviosa	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Soy capaz de correr todos los días	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Soy capaz de comer saludable cuando estoy con mis amigos	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Soy capaz de evitar ver la televisión mientras como	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Soy capaz de esforzarme para realizar un deporte	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Soy capaz de no comer dulces cada vez que se me antojen	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Soy capaz hacer 3 comidas al día y 2 colaciones	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Soy capaz de rechazar la comida chatarra cuando alguien me ofrece	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Soy capaz de hacer actividad física o deporte aunque tenga flojera	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Soy capaz de evitar comer frituras o chicharrones al salir de la escuela	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Soy capaz de decir a mis papás que caminemos en lugar de usar medios de	(1)	(2)	(3)	(4)

	transporte				
17.	Soy capaz de utilizar las escaleras y no el elevador	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Soy capaz de comer a las mismas horas todos los días	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Soy capaz de no comer a cada rato aunque me sienta triste	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Soy capaz de incluir verduras y frutas, cereales y tubérculos y productos de origen animal en los 5 tiempos de comida	(1)	(2)	(3)	(4)
21.	Soy capaz de caminar más rápido	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Soy capaz de hacer actividad física cuando me siento nervioso.	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Soy capaz de ir con mis amigos(as) a caminar, jugar basquetbol o "las traes" en vez de estar en la computadora chateando o jugando videojuegos	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Soy capaz de dejar de comer si me siento satisfecho	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Soy capaz de realizar actividad física o salir a caminar porque tengo ganas	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Soy capaz de pedir una comida sana cuando desayuno, como o ceno fuera de casa	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Soy capaz de no comer de más cuando estoy enojado	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Soy capaz de comer menos dulces de los que como	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Soy capaz de elegir fruta en vez de un dulce de postre	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Soy capaz de evitar comer chocolates y pastelitos tan seguido	(1)	(2)	(3)	(4)

Por último, en sesión con el equipo de trabajo se propuso una revisión final al instrumento. De dicha sesión se realizaron algunas modificaciones mínimas a algunos reactivos. La mayoría de las modificaciones se realizaron en la redacción inicial de cada reactivo "Soy Capaz de" se cambió por "Puedo hacer" considerando que esta última afirmación es un juicio de capacidad. Así también, se incluyó nuevamente el reactivo "Soy capaz de no tomar refresco o jugos embotellados y tomar agua" sustituyendo al reactivo 25 "Soy capaz de realizar

actividad física o salir a caminar cuando tengo ganas” como sugerencia del equipo de investigación.

	VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN NUEVA
1.	Soy capaz de hacer actividad física todos los días	Soy capaz de hacer actividad física todos los días
2.	Soy capaz de no comer alimentos chatarra cuando tengo hambre (frituras, pasteles, galletas, papas, etc.)	Puedo dejar de comer alimentos chatarra cuando tengo hambre (frituras, pasteles, galletas, papas).
3.	Soy capaz de comer solamente un dulce al día	Soy capaz de comer sólo un dulce al día.
4.	Soy capaz de comer menos alimentos fritos	Soy capaz de comer menos alimentos fritos
5.	Soy capaz de hacer más deporte del que hago en la escuela	Soy capaz de hacer más deporte del que hago en la escuela.
6.	Soy capaz de evitar comer dulces cuando me siento nerviosa	Puedo dejar de comer dulces cuando me siento nervioso (a).
7.	Soy capaz de correr todos los días	Soy capaz de correr todos los días
8.	Soy capaz de comer saludable cuando estoy con mis amigos	Puedo comer alimentos saludables cuando estoy con mis amigos.
9.	Soy capaz de evitar ver la televisión mientras como	Puedo dejar de ver la televisión mientras como.
10.	Soy capaz de esforzarme para realizar un deporte	Puedo esforzarme para hacer deporte.
11.	Soy capaz de no comer dulces cada vez que se me antojen	Soy capaz de no comer dulces cada vez que se me antojen.
12.	Soy capaz hacer 3 comidas al día y 2 colaciones	Soy capaz de hacer 3 comidas al día y 2 colaciones.
13.	Soy capaz de rechazar la comida chatarra cuando alguien me ofrece	Soy capaz de rechazar la comida chatarra cuando alguien me la ofrece
14.	Soy capaz de hacer actividad física o deporte aunque tenga flojera	Puedo hacer actividad física o deporte aunque tenga flojera
15.	Soy capaz de evitar comer frituras o chicharrones al salir de la escuela	Puedo dejar de comer frituras o chicharrones al salir de la escuela.
16.	Soy capaz de decir a mis papás que caminemos en lugar de usar medios	Soy capaz de decir a mis papás que caminemos en lugar de usar medios

	de transporte	de transporte.
17.	Soy capaz de utilizar las escaleras y no el elevador	Soy capaz de utilizar las escaleras y no el elevador.
18.	Soy capaz de comer a las mismas horas todos los días	Soy capaz de comer a las mismas horas todos los días
19.	Soy capaz de no comer a cada rato aunque me sienta triste	Soy capaz de no comer a cada rato aunque me sienta triste
20.	Soy capaz de incluir verduras y frutas, cereales y tubérculos y productos de origen animal en los 5 tiempos de comida	Soy capaz de incluir verduras y frutas, cereales y tubérculos y productos de origen animal en los 5 tiempos de comida
21.	Soy capaz de caminar más rápido	Soy capaz de caminar más rápido
22.	Soy capaz de hacer actividad física cuando me siento nervioso.	Soy capaz de hacer actividad física cuando me siento nervioso.
23.	Soy capaz de ir con mis amigos(as) a caminar, jugar basquetbol o “las traes” en vez de estar en la computadora chateando o jugando videojuegos	Soy capaz de ir con mis amigos(as) a caminar, a jugar basquetbol o a “las traes”, en vez de estar en la computadora chateando o jugando videojuegos
24.	Soy capaz de dejar de comer si me siento satisfecho	Soy capaz de dejar de comer si me siento satisfecho
25.	Soy capaz de realizar actividad física o salir a caminar porque tengo ganas	Soy capaz de no tomar refresco o jugos embotellados y tomar agua
26.	Soy capaz de pedir una comida sana cuando desayuno, como o ceno fuera de casa	Soy capaz de pedir una comida sana cuando desayuno, como o ceno fuera de casa
27.	Soy capaz de no comer de más cuando estoy enojado	Soy capaz de no comer de más cuando estoy enojado
28.	Soy capaz de comer menos dulces de los que como	Puedo comer menos dulces de los que como.
29.	Soy capaz de elegir fruta en vez de un dulce de postre	Soy capaz de elegir fruta en vez de un dulce de postre
30.	Soy capaz de evitar comer chocolates y pastelitos tan seguido	Soy capaz de evitar comer chocolates y pastelitos tan seguido

**VERSIÓN FINAL DEL PROCESO DE LABORATORIOS COGNOSCITIVOS.  
INVENTARIO DE AUTOEFICACIA PARA ACTIVIDAD FÍSICA, ALIMENTACIÓN  
SALUDABLE Y CONTROL DE PESO**

<b>Lee las siguientes oraciones y menciona que tanta confianza tienes en ti mismo de lograrlo, de acuerdo a las siguientes opciones:</b>	<b>No soy capaz de hacerlo (1)</b>	<b>Soy capaz de intentarlo (2)</b>	<b>Soy capaz de hacerlo (3)</b>	<b>Soy muy capaz de hacerlo (4)</b>
1. Soy capaz de hacer actividad física todos los días				
2. Puedo dejar de comer alimentos chatarra cuando tengo hambre (frituras, pasteles, galletas, papas).				
3. Soy capaz de comer sólo un dulce al día.				
4. Soy capaz de comer menos alimentos fritos				
5. Soy capaz de hacer más deporte del que hago en la escuela.				
6. Puedo dejar de comer dulces cuando me siento nervioso (a).				
7. Soy capaz de correr todos los días				
8. Puedo comer alimentos saludables cuando estoy con mis amigos.				
9. Puedo dejar de ver la televisión mientras como.				
10. Puedo esforzarme para hacer deporte.				
11. Soy capaz de no comer dulces cada vez que se me antojen.				
12. Soy capaz de hacer 3 comidas al día y 2 colaciones.				
13. Soy capaz de rechazar la comida chatarra cuando alguien				

me la ofrece				
14. Puedo hacer actividad física o deporte aunque tenga flojera				
15. Puedo dejar de comer frituras o chicharrones al salir de la escuela.				
16. Soy capaz de decir a mis papás que caminemos en lugar de usar medios de transporte.				
17. Soy capaz de utilizar las escaleras y no el elevador.				
18. Soy capaz de comer a la misma horas todos los días				
19. Soy capaz de no comer a cada rato aunque me sienta triste				
20. Soy capaz de incluir verduras y frutas, cereales y tubérculos y productos de origen animal en los 5 tiempos de comida				
21. Soy capaz de caminar más rápido				
22. Soy capaz de hacer actividad física cuando me siento nervioso.				
23. Soy capaz de ir con mis amigos(as) a caminar, a jugar basquetbol o a “las traes”, en vez de estar en la computadora chateando o jugando videojuegos				
24. Soy capaz de dejar de comer si me siento satisfecho				
25. Soy capaz de dejar de tomar refresco o jugos embotellados y tomar agua				
26. Soy capaz de pedir una comida sana cuando desayuno, como o ceno fuera de casa				
27. Soy capaz de no comer de más cuando estoy enojado				
28. Puedo comer menos dulces de los que como.				

29. Soy capaz de elegir fruta en vez de un dulce de postre				
30. Soy capaz de evitar comer chocolates y pastelitos tan seguido				

### **Tercera fase. Validación por Jueces y aplicación del segundo laboratorio cognoscitivo**

Los responsables del equipo de investigación decidieron implementar el método de validación por jueces, para afinar el proceso de adaptación del inventario. Se eligieron cuatro expertos con base en su trayectoria y su *expertise* en los temas de autoeficacia y lenguaje de niños. Dicho proceso se está realizando en la actualidad y se pretende culminarlo a fines de Octubre de 2013. Así también, se tiene planeado aplicar un último laboratorio cognoscitivo confirmatorio con el propósito de evaluar las sugerencias realizadas por los jueces y afinar el instrumento final. El instrumento final estará terminado a finales de Noviembre o principios de Diciembre. Cabe señalar que estas dos últimas actividades (validación por jueces y laboratorio cognoscitivo confirmatorio) no estaban consideradas en la planeación inicial del proyecto, sin embargo durante el proceso de adaptación del lenguaje surgió la necesidad de optimizar los resultados esperados por lo que se decidió implementarlas. A continuación se presentan los resultados del jueceo llevado a cabo por dos expertos en el tema de autoeficacia (juez 1 y juez 3) y un experto en el lenguaje utilizado por niños (juez 2). Se presenta el porcentaje tanto de respuestas positivas y negativas, así como las sugerencias hechas por cada uno de los jueces.

<b>Reactivo</b>	<b>Claridad Si o No</b>	<b>Coherencia Si o No</b>	<b>Relevancia Si o No</b>	<b>Sugerencias o comentarios</b>
1. Soy capaz de hacer actividad física todos los días	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 100%	Juez 3: Cambiar a Soy capaz de realizar actividad física a diario.
2. Puedo dejar de comer alimentos chatarra cuando tengo hambre (frituras, pasteles, galletas, papas).	Si= 66% No= 33%	Si= 66% No= 33%	Si= 100% No= 0%	Juez 1: Puedo dejar de comer alimentos chatarra aunque tenga hambre (frituras, pasteles, galletas, papas). Juez 3: Galletas, etc.
3. Soy capaz de comer sólo un dulce al día.	Si= 66% No= 33%	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	Juez 3: ¿El postre es un dulce? Como ven los niños el tamaño del dulce.
4. Soy capaz de comer menos alimentos fritos	Si= 33% No= 66%	Si= 66% No= 33%	Si= 66% No= 33%	Juez 3: Puedo comer pocos alimentos que sean fritos.
5. Soy capaz de hacer más deporte del que hago en la escuela.	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	Juez 3: Puedo realizar más deporte del que hago en la escuela
6. Puedo dejar de comer dulces cuando me siento nervioso (a).	Si= 66% No= 33%	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	Juez 1: Aunque me cuando me sienta nervioso (a) puedo dejar de comer dulces
7. Soy capaz de correr todos los días	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	
8. Puedo comer alimentos saludables cuando estoy con mis amigos.	Si= 66% No= 33%	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	Juez 2: Duda sobre si los niños saben lo que son "alimentos saludables"
9. Puedo dejar de ver la televisión mientras como.	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	
10. Puedo esforzarme para	Si= 66% No= 33%	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	

hacer deporte.				
11. Soy capaz de no comer dulces cada vez que se me antojen.	Si= 66% No= 33%	Si= 66% No= 33%	Si= 100% No= 0%	Juez 1: Aunque se me antojen los dulces soy capaz de no comerlos
12. Soy capaz de hacer 3 comidas al día y 2 colaciones.	Si= 66% No= 33%	Si= 66% No= 33%	Si= 100% No= 0%	Juez 1: No creo que entiendan el término “colaciones”
13. Soy capaz de rechazar la comida chatarra cuando alguien me la ofrece	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	Juez 2: Duda sobre si los niños comprenden la palabra “chatarra”.
14. Puedo hacer actividad física o deporte aunque tenga flojera	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	
15. Puedo dejar de comer frituras o chicharrones al salir de la escuela.	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	Juez 1: Puedo dejar de comer chicharrones al salir de la escuela.
16. Soy capaz de decir a mis papás que caminemos en lugar de usar el carro o el microbús.	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	Juez 3: Soy capaz de decir a mis papás que caminemos en lugar de usar el carro o tomar micro.
17. Soy capaz de utilizar las escaleras y no el elevador.	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	
18. Soy capaz de comer a la misma hora todos los días	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	Juez 3: Soy capaz de comer a la misma hora todos los días.
19. Soy capaz de no comer a cada rato aunque me sienta triste	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	Juez 1: Aunque me sienta triste soy capaz de no comer a cada rato
20. Soy capaz de incluir verduras y frutas, cereales y tubérculos y productos de origen animal en los 5 tiempos de	Si= 33% No= 66%	Si= 66% No= 33%	Si= 66% No= 33%	Juez 2: Sería más claro el reactivo con ejemplos.

comida				
21. Soy capaz de caminar más rápido	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	
22. Soy capaz de hacer actividad física cuando me siento nervioso.	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	
23. Soy capaz de ir con mis amigos(as) a caminar a jugar basquetbol en lugar de estar con el celular (watsapp, facebook) o en la computadora chateando o jugando videojuegos.	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	Juez 3: Los chicos de 5 y 6 ya no juegan a las traes. Soy capaz de ir con mis amigos(as) a caminar, a jugar basquetbol, en vez de estar con el celular (watsapp, facebook), o en la computadora chateando o jugando videojuegos.
24. Soy capaz de dejar de comer si me siento satisfecho	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	
25. Soy capaz de dejar de tomar refresco o jugos embotellados y tomar agua	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	
26. Soy capaz de pedir una comida sana cuando desayuno, como o ceno fuera de casa	Si= 66% No= 33%	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	
27. Soy capaz de no comer de más cuando estoy enojado	Si= 66% No= 33%	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	Juez 1: Aunque esté enojado soy capaz de no comer de más
28. Puedo comer menos dulces de los que como.	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	Juez 1: Puedo comer menos dulces de los que como regularmente.
29. Soy capaz de	Si= 100%	Si= 100%	Si= 100%	

elegir fruta en vez de un dulce de postre	No= 0%	No= 0%	No= 0%	
30. Soy capaz de evitar comer chocolates y pastelitos tan seguido	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	Si= 100% No= 0%	Juez 1: Soy capaz de evitar comer chocolates y pastelitos seguido

### ***Análisis del segundo laboratorio cognoscitivo***

En la segunda sesión de laboratorios cognoscitivos, se llevaron a cabo 6 entrevistas individuales y una grupal.

Durante esta sesión se comprobó que el instrumento quedaba claro para los niños, a excepción de tres reactivos:

1. Soy capaz de comer menos alimentos fritos. En este caso los niños tenían dudas sobre el término “frito”. Al preguntarles qué creían que significaba algunos niños mencionaban alimentos como quesadillas y frituras, sin embargo comentaron no estar seguros del significado. Por lo tanto, se decidió aclarar dentro del reactivo que se hacía referencia a alimentos con mucha grasa.

2. Soy capaz de hacer 3 comidas al día y 2 colaciones. En este reactivo los niños no comprendían el término “colación”. Por lo tanto, el reactivo se modificó a: Soy capaz de hacer 3 comidas principales (desayuno, comida y cena) al día y 2 pequeñas (refrigerios).

3. Soy capaz de incluir verduras y frutas, cereales y tubérculos y productos de origen animal en los 5 tiempos de comida. En este ítem, los niños no comprendieron el significado de la palabra “tubérculos”, por tanto se eliminó dicho término del reactivo.

Por otro lado, se preguntó a los niños si las opciones de respuesta eran fáciles de comprender para ellos y se les pidió que dieran sugerencias de cómo resultarían más claras. Comentaron que las opciones eran claras, sin embargo, les parecería más fácil elegir una opción si se presentara de una forma más gráfica, en la que pudieran tachar o circular la respuesta. Por lo anterior, se modificó el formato (ver versión final del instrumento).

De acuerdo a las sugerencias hechas en el jueceo y a los resultados obtenidos a partir del último laboratorio cognoscitivo el instrumento quedó de la siguiente manera:

# INVENTARIO DE AUTOEFICACIA PARA ACTIVIDAD FÍSICA, ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y CONTROL DE PESO EN ESCOLARES MEXICANOS.

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Hombre o mujer: \_\_\_\_\_

## Instrucciones:

Lee con atención las siguientes oraciones y menciona que tanta confianza tienes en ti mismo de lograrlo. Marca con una X el número que más se adecue a tu respuesta. No existen respuestas buenas ni malas. La información que nos proporcionas es confidencial y con fines de investigación.

## Ejemplo:

“Soy capaz de sacar muy buena calificación en el examen”

Si en la oración anterior, yo me sintiera muy capaz de sacar una muy buena calificación marco con una X el número 4.

1	2	3	4
No soy capaz de hacerlo	Soy capaz de intentarlo	Soy capaz de hacerlo	<del>Soy muy capaz de hacerlo</del>

## Contesta las oraciones:

1. Soy capaz de hacer actividad física todos los días.

1	2	3	4
No soy capaz de hacerlo	Soy capaz de intentarlo	Soy capaz de hacerlo	Soy muy capaz de hacerlo

2. Puedo dejar de comer alimentos chatarra aunque tenga hambre (frituras, pasteles, galletas, papas).

**1** \_\_\_\_\_ **2** \_\_\_\_\_ **3** \_\_\_\_\_ **4**

**No soy capaz de hacerlo**      **Soy capaz de intentarlo**      **Soy capaz de hacerlo**      **Soy muy capaz de hacerlo**

3. Soy capaz de comer sólo un dulce al día.

**1** \_\_\_\_\_ **2** \_\_\_\_\_ **3** \_\_\_\_\_ **4**

**No soy capaz de hacerlo**      **Soy capaz de intentarlo**      **Soy capaz de hacerlo**      **Soy muy capaz de hacerlo**

4. Soy capaz de comer menos alimentos fritos (con mucha grasa).

**1** \_\_\_\_\_ **2** \_\_\_\_\_ **3** \_\_\_\_\_ **4**

**No soy capaz de hacerlo**      **Soy capaz de intentarlo**      **Soy capaz de hacerlo**      **Soy muy capaz de hacerlo**

5. Soy capaz de hacer más deporte del que hago en la escuela.

**1** \_\_\_\_\_ **2** \_\_\_\_\_ **3** \_\_\_\_\_ **4**

**No soy capaz de hacerlo**      **Soy capaz de intentarlo**      **Soy capaz de hacerlo**      **Soy muy capaz de hacerlo**

6. Puedo dejar de comer dulces cuando me siento nervioso (a).

**1** \_\_\_\_\_ **2** \_\_\_\_\_ **3** \_\_\_\_\_ **4**

**No soy capaz de hacerlo**      **Soy capaz de intentarlo**      **Soy capaz de hacerlo**      **Soy muy capaz de hacerlo**

7. Soy capaz de correr todos los días.

**1** \_\_\_\_\_ **2** \_\_\_\_\_ **3** \_\_\_\_\_ **4**

**No soy capaz de hacerlo**      **Soy capaz de intentarlo**      **Soy capaz de hacerlo**      **Soy muy capaz de hacerlo**

8. Puedo comer alimentos saludables cuando estoy con mis amigos (as).

**1** \_\_\_\_\_ **2** \_\_\_\_\_ **3** \_\_\_\_\_ **4**

**No soy capaz de hacerlo**      **Soy capaz de intentarlo**      **Soy capaz de hacerlo**      **Soy muy capaz de hacerlo**

9. Puedo dejar de ver la televisión mientras como.

**1** \_\_\_\_\_ **2** \_\_\_\_\_ **3** \_\_\_\_\_ **4**

**No soy capaz de hacerlo**      **Soy capaz de intentarlo**      **Soy capaz de hacerlo**      **Soy muy capaz de hacerlo**

10. Puedo esforzarme para hacer deporte.

**1** \_\_\_\_\_ **2** \_\_\_\_\_ **3** \_\_\_\_\_ **4**

**No soy capaz de hacerlo**      **Soy capaz de intentarlo**      **Soy capaz de hacerlo**      **Soy muy capaz de hacerlo**

11. Soy capaz de no comer dulces cada vez que se me antojen.

**1** \_\_\_\_\_ **2** \_\_\_\_\_ **3** \_\_\_\_\_ **4**

**No soy capaz de hacerlo**      **Soy capaz de intentarlo**      **Soy capaz de hacerlo**      **Soy muy capaz de hacerlo**



17. Soy capaz de utilizar las escaleras y no el elevador.

**1** \_\_\_\_\_ **2** \_\_\_\_\_ **3** \_\_\_\_\_ **4**

**No soy capaz de hacerlo**      **Soy capaz de intentarlo**      **Soy capaz de hacerlo**      **Soy muy capaz de hacerlo**

18. Soy capaz de comer a las mismas horas todos los días.

**1** \_\_\_\_\_ **2** \_\_\_\_\_ **3** \_\_\_\_\_ **4**

**No soy capaz de hacerlo**      **Soy capaz de intentarlo**      **Soy capaz de hacerlo**      **Soy muy capaz de hacerlo**

19. Aunque me sienta triste, soy capaz de no comer a cada rato.

**1** \_\_\_\_\_ **2** \_\_\_\_\_ **3** \_\_\_\_\_ **4**

**No soy capaz de hacerlo**      **Soy capaz de intentarlo**      **Soy capaz de hacerlo**      **Soy muy capaz de hacerlo**

20. Soy capaz de incluir verduras y frutas, cereales y productos de origen animal en todas mis comidas.

**1** \_\_\_\_\_ **2** \_\_\_\_\_ **3** \_\_\_\_\_ **4**

**No soy capaz de hacerlo**      **Soy capaz de intentarlo**      **Soy capaz de hacerlo**      **Soy muy capaz de hacerlo**

21. Soy capaz de caminar más rápido.

**1** \_\_\_\_\_ **2** \_\_\_\_\_ **3** \_\_\_\_\_ **4**

**No soy capaz de hacerlo**      **Soy capaz de intentarlo**      **Soy capaz de hacerlo**      **Soy muy capaz de hacerlo**

22. Soy capaz de hacer actividad física cuando me siento nervioso (a).

**1** \_\_\_\_\_ **2** \_\_\_\_\_ **3** \_\_\_\_\_ **4**

**No soy capaz de  
hacerlo**

**Soy capaz de  
intentarlo**

**Soy capaz de  
hacerlo**

**Soy muy capaz  
de hacerlo**

23. Soy capaz de ir con mis amigos(as) a caminar, a jugar basquetbol o a “las traes”, en vez de estar en la computadora chateando o jugando videojuegos.

**1** \_\_\_\_\_ **2** \_\_\_\_\_ **3** \_\_\_\_\_ **4**

**No soy capaz de  
hacerlo**

**Soy capaz de  
intentarlo**

**Soy capaz de  
hacerlo**

**Soy muy capaz  
de hacerlo**

24. Soy capaz de parar de comer si me siento satisfecho.

**1** \_\_\_\_\_ **2** \_\_\_\_\_ **3** \_\_\_\_\_ **4**

**No soy capaz de  
hacerlo**

**Soy capaz de  
intentarlo**

**Soy capaz de  
hacerlo**

**Soy muy capaz  
de hacerlo**

25. Soy capaz de dejar de tomar refresco o jugos embotellados y tomar agua.

**1** \_\_\_\_\_ **2** \_\_\_\_\_ **3** \_\_\_\_\_ **4**

**No soy capaz de  
hacerlo**

**Soy capaz de  
intentarlo**

**Soy capaz de  
hacerlo**

**Soy muy capaz  
de hacerlo**

26. Soy capaz de pedir una comida sana cuando desayuno, como o ceno fuera de casa.

**1** \_\_\_\_\_ **2** \_\_\_\_\_ **3** \_\_\_\_\_ **4**

**No soy capaz de  
hacerlo**

**Soy capaz de  
intentarlo**

**Soy capaz de  
hacerlo**

**Soy muy capaz  
de hacerlo**

27. Soy capaz de no comer de más cuando estoy enojado.

**1** \_\_\_\_\_ **2** \_\_\_\_\_ **3** \_\_\_\_\_ **4**

**No soy capaz de hacerlo**      **Soy capaz de intentarlo**      **Soy capaz de hacerlo**      **Soy muy capaz de hacerlo**

28. Puedo comer menos dulces de los que como.

**1** \_\_\_\_\_ **2** \_\_\_\_\_ **3** \_\_\_\_\_ **4**

**No soy capaz de hacerlo**      **Soy capaz de intentarlo**      **Soy capaz de hacerlo**      **Soy muy capaz de hacerlo**

29. Soy capaz de elegir fruta en vez de un dulce de postre.

**1** \_\_\_\_\_ **2** \_\_\_\_\_ **3** \_\_\_\_\_ **4**

**No soy capaz de hacerlo**      **Soy capaz de intentarlo**      **Soy capaz de hacerlo**      **Soy muy capaz de hacerlo**

30. Soy capaz de evitar comer chocolates y pastelitos tan seguido.

**1** \_\_\_\_\_ **2** \_\_\_\_\_ **3** \_\_\_\_\_ **4**

**No soy capaz de hacerlo**      **Soy capaz de intentarlo**      **Soy capaz de hacerlo**      **Soy muy capaz de hacerlo**

## CAPÍTULO VII

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo del presente estudio fue llevar a cabo la adaptación del Cuestionario de Autoeficacia percibida para el control de peso de Román et al. (2007), para ser utilizado en niños escolares, el cual había sido previamente adaptado para preadolescentes mexicanos por Guzmán et al. (2011).

De acuerdo con Bandura (1999), la autoeficacia percibida se refiere a las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras. Por lo tanto, dichas creencias influyen sobre el modo de pensar, sentir, motivarse y actuar de las personas, al mismo tiempo que contribuyen significativamente a la motivación y a los logros humanos.

Por otro lado, las cogniciones relativas a la salud regulan la adopción de conductas favorecedoras y la eliminación de conductas perjudiciales para la misma. De la misma manera, la autoeficacia percibida influye significativamente en la formación e intenciones para hacer ejercicio y para mantener la práctica durante un tiempo considerable, así también el hacer dieta y controlar el peso son conductas gobernadas por las creencias de auto-eficacia (Bandura, 1999). Al llevar a cabo los laboratorios cognoscitivos, los niños que se consideraban capaces de llevar una alimentación saludable o de realizar actividad física eran los que reportaban llevarlo a cabo. Por ejemplo, cuando se le preguntó a una niña de qué se sentía capaz respondió que se sentía capaz de correr más rápido cuando hacía ejercicio en la clase de educación física. Cuando se le preguntó que si lo había hecho respondió que sí, en algunas ocasiones. Por otro lado, cuando hizo durante un laboratorio grupal la afirmación “Puedo dejar de comer dulces cuando me siento nervioso” un niño contestó que no se sentía capaz, ya que cuando se ponía nervioso comía galletas.

La importancia de este proyecto radica en que se cuenta con un nuevo instrumento de autoeficacia para niños, que permitirá evaluar dicha capacidad en esa población. Por otro lado, dicho instrumento permite conocer las conductas y los hábitos diarios de los niños por lo que nos muestra un panorama más amplio de las causas de la obesidad, la cual es una problemática que se está viviendo actualmente en el país y representa un problema de salud de primer orden. Por esta razón resulta de suma importancia realizar investigación que nos permita conocer el origen del problema, la evaluación de las variables que integran su multicausalidad, entre ellas la autoeficacia y, consecuentemente, llevar a cabo programas de prevención.

Para llevar a cabo la estandarización del instrumento de autoeficacia se aplicaron tres sesiones de laboratorios cognoscitivos, con formatos grupales e individuales a 29 niños entre 8 y 11 años. Los laboratorios cognoscitivos tienen como finalidad, de acuerdo con Tiburcio et al. (2007, p. 50) generar información sobre la calidad de un instrumento y sobre la forma en que se interpreta, acepta o rechaza una misma pregunta en diferentes grupos culturales. Estos pueden aplicarse en entrevistas individuales o grupales y se clasifican en dos tipos: a) los métodos concurrentes; requieren que el sujeto resuelva simultáneamente una tarea cognoscitiva y proporcione un reporte verbal de sus pensamientos en el momento en que éstos ocurren; b) los métodos retardados o retrospectivos, siguiendo al mismo autor, son aquellos en los que el niño(a) debe resolver primero la tarea cognoscitiva y posteriormente reportar cómo llegó a la solución de la tarea o problema.

Para hacer las modificaciones necesarias al instrumento resultó de utilidad hacer una revisión a la teoría del desarrollo de Piaget, la cual explica los avances cognoscitivos del niño según su edad. De acuerdo con la teoría cognoscitiva de Piaget, los participantes de este estudio se encuentran en la etapa de operaciones concretas.

En esta etapa, los niños pueden pensar de manera lógica porque pueden tomar en cuenta diversos aspectos de una misma situación. Sin embargo, su pensamiento aún se encuentra limitado a situaciones reales en el aquí y el ahora (Papalia et al., 2009). Si bien los niños eran capaces de pensar en ellos mismos en diversas situaciones, tales como haciendo ejercicio, alimentándose sanamente o rechazando invitaciones para comer comida chatarra, en ocasiones les resultaba complicado imaginarse en situaciones que no habían vivido previamente.

Al momento de llevar a cabo los laboratorios cognoscitivos, algunas de las respuestas de los niños resultaron demostraciones del pensamiento concreto que se mencionó anteriormente. Por ejemplo, cuando a los niños se les leyó el reactivo de “Soy capaz de hacer ejercicio todos los días”, los niños no comprendían la palabra “ejercicio” como actividad física, sino como sinónimo de una tarea escolar. Otro caso similar se puede apreciar en las respuestas obtenidas al presentar el reactivo “Soy capaz de rechazar invitaciones a comer comida chatarra”, ya que los niños no comprendían el término *invitación* como el ofrecimiento de comida chatarra, sino como una invitación *a un lugar o una fiesta*. Estas interpretaciones hechas por los niños demuestran que su pensamiento aún es concreto y está limitado a situaciones que resultan familiares para ellos, sin considerar otro significado posible de las palabras utilizadas.

En la etapa operativa concreta el niño desarrolla procesos de pensamiento lógico (operaciones) que pueden aplicarse a problemas existentes (concretos). A diferencia del niño en la etapa preoperativa, el niño en la etapa operativa concreta no tiene dificultades para resolver sus problemas de conservación y proporcionar el razonamiento concreto de sus respuestas (Wadsworth, 1992). Por lo tanto, los niños pueden pensar en soluciones cuando se les presentaba un caso específico. Por ejemplo, cuando se les planteaba comer saludablemente, en varias ocasiones ofrecían ejemplos de lo que ellos consideraban saludable (“como frutas y verduras”), o cuando se les preguntaba acerca de la actividad física ellos mencionaban actividades tales como “correr, brincar o jugar”.

Tal como lo afirma Wadsworth (1992), en esta etapa el niño no es egocéntrico (a diferencia del niño en la etapa preoperativa), pues se da cuenta de que los demás pueden llegar a conclusiones distintas a las suyas y en consecuencia es más probable que trate de confirmar sus pensamientos. Esto resultó evidente al momento de llevar a cabo los laboratorios cognoscitivos grupales, en donde los niños daban inicialmente una respuesta a la afirmación que se les daba y posteriormente, después de escuchar las respuestas de los demás, modificaban su respuesta o agregaban nueva información. Así también, algunos niños al escuchar la respuesta de alguno de sus compañeros ofrecían respuestas similares. Por ejemplo, cuando a los niños se les preguntó que entendían de la afirmación “Soy capaz de poner mi máximo esfuerzo para cumplir el tiempo establecido de hacer ejercicio” un niño respondió “Que tengo que hacer de tiempo 30 abdominales en dos minutos”, e inmediatamente su compañera respondió “Hacer 25 sentadillas en tres o dos minutos”. Esto pone en evidencia que, si bien son capaces de responder de acuerdo a su propio criterio, sus respuestas se encuentran influenciadas por lo que contestan los demás niños.

Un aspecto a tomar en cuenta durante los laboratorios cognoscitivos fue el lenguaje que utilizan los niños que se encuentran en esta etapa. Tal como lo establece Papalia (2009), las capacidades de lenguaje y el vocabulario aumentan durante la tercera infancia (entre los seis y los once años de edad, aproximadamente). Gracias a esto, los niños son más capaces de comprender e interpretar la comunicación oral y escrita y de darse a entender, ya que a medida que el vocabulario aumenta durante los años escolares, los niños utilizan verbos cada vez más precisos.

Por otra parte, durante esta etapa los niños se vuelven más analíticos y lógicos en su comprensión de las palabras y las reglas gramaticales. De esta forma, cada vez utilizan con mayor capacidad estructuras gramaticales complejas y pueden crear relatos coherentes (Santrock, 2006). Por ejemplo, cuando se le leyó a una niña la afirmación “Soy capaz de no comer alimentos chatarra cuando tengo hambre” y se

le pidió que imaginara que tenía que preguntárselo a un amigo, respondió lo siguiente: “Amigo, ¿puedes dejar de comer comida chatarra? Porque (o si no) vas a subir de peso.

Por su parte, Acuña et al. (2004, p. 51) establecen que, a pesar de que los comportamientos dialógicos de los niños revelan ser muy diferentes entre los siete y doce años, es posible identificar, a lo menos, tres estrategias:

a) A los siete años, la comunicación del niño se orienta a dar a conocer e interpretar los contenidos discursivos. No concibe que una de las funciones dialógicas que debe desempeñar consiste, como participante, en aportar información y responsabilizarse en la construcción de contenidos compartidos. De aquí, entonces, que no solicite a su interlocutor información adicional clarificadora. Esto se vio en varias ocasiones al aplicar los laboratorios cognoscitivos, especialmente en los individuales, ya que las respuestas de los niños no brindaban nueva información a la que nosotros aportábamos, a pesar de que entendían la afirmación correctamente. Por ejemplo, al preguntar a una niña qué entendía de la afirmación “Soy capaz de hacer más deporte del que hago en la escuela”, su respuesta fue “Que debo hacer más deporte del que hago aquí en la escuela”. Al preguntarle qué otros deportes se le ocurrían contestó que caminar, correr e ir a natación, lo que deja en claro que entendió la afirmación, sin embargo su respuesta no aportaba nada nuevo a la afirmación.

b) De los diez años en adelante, los niños se muestran más competentes en la comprensión de las tareas dialógicas reseñadas, por lo que demuestran una mayor destreza en tomar el punto de vista del interlocutor. Coordinan y complementan sus perspectivas mediante otras demandas comunicativas y lingüísticas. Las normas sociales de derechos, deberes y de participación social son respetadas de manera frecuente. Los niños de esta edad, que son cognoscitiva y lingüísticamente capaces de pedir información, comienzan a usar clarificaciones respecto del estado del oyente, solicitando información

complementaria. Durante los laboratorios cognoscitivos, los niños que se encontraban en este rango de edad eran más propensos a preguntar por términos que no conocían como “fritos” o “colación”. Por otra parte, su vocabulario es más extenso y utilizan términos más complejos que los niños pequeños. Por ejemplo, cuando se les preguntó a los niños por qué no debían de comer comida chatarra, respondieron que porque causaba obesidad y paros cardiacos.

c) Desde los doce años, los preadolescentes emplean asiduamente como estrategia fundamental las corroboraciones y las clarificaciones para “reparar” de acuerdo con Acuña et al. (2004) el continuo, que normalmente es afectado por distintas clases de ruido, tales como: partidas falsas, fracaso en la alternancia, expresiones confusas o poco claras, inferencias de malas intenciones, propósitos descorteses, etc. La estrategia principal corresponde a un permanente control del contenido discursivo, corroborando intenciones y propósitos explícitos o implicados.

El empleo de esta estrategia de “reparación” del flujo discursivo señala efectivamente el dominio pragmático del “control del discurso” por parte de los participantes.

Respecto al proceso de Jueceo de expertos, de los especialistas consultados, se consideraron observaciones mínimas pero importantes como utilizar el “puedo” en lugar del “soy capaz” en algunos reactivos, ya que ambos eran juicios de capacidad.

De la información obtenida a partir de los laboratorios cognoscitivos se puede concluir que:

- Debe considerarse *la etapa de desarrollo cognoscitivo* en la que se encuentra la población blanco, ya que el pensamiento y el lenguaje son

determinantes que garantizan la validez y confiabilidad de los instrumentos de medición.

- Los laboratorios cognoscitivos son una herramienta de suma importancia para la adaptación de lenguaje en las escalas de medición psicológica.
- Los formatos individuales y grupales de laboratorios cognoscitivos, arrojan diferente tipo de información. Incluso puede ser complementaria.
- Es determinante *involucrar a la población blanco* en la construcción de las escalas de medición.
- La autoeficacia percibida se encuentra directamente relacionada con los hábitos y la práctica de conductas saludables.
- Los niños parecen no tener claro el concepto de alimentación saludable, ya que ellos consideran que ésta sólo se basa en frutas y verduras, excluyendo a los demás grupos alimenticios.
- Los niños parecen entender la importancia del ejercicio físico ya que muchos lo asocian a bajar de peso o a mantener un peso saludable.
- La validez de contenido llevada a cabo por el método de jueceo por expertos mostró ser de gran utilidad al complementar los resultados obtenidos en los laboratorios cognoscitivos.

Algunas sugerencias a considerar son las siguientes:

- Se sugiere utilizar la técnica de laboratorios cognoscitivos en la adaptación de lenguaje en instrumentos de medición, utilizados en las áreas de la salud.
- Realizar estudios para con el propósito de explorar la relación entre autoeficacia con hábitos alimentarios y actividad física.
- Obtener las características psicométricas (validez y confiabilidad) del instrumento.
- Aplicar el cuestionario en niños de diferente nivel socioeconómico, para conocer si este factor se encuentra relacionado con la autoeficacia percibida.

- Por último, con base en los resultados del inventario, instrumentar programas de prevención de obesidad para desarrollar, mantener e incrementar la autoeficacia para el control de peso en escolares, padres y maestros, y disminuir este problema de salud pública que aqueja a los mexicanos.

## REFERENCIAS

- Achor, M., Benítez, N., Brac, E., & Barslund, S. (2007). Obesidad infantil. *Revista de Posgrado de la Sexta Cátedra de Medicina*, 168, 34-38.
- Acuña, X., & Sentis, F. (2004) Desarrollo pragmático en el habla infantil. *Onomázein*, 10, 33-56.
- Aedo, A., & Ávila, H. (2009). Nuevo cuestionario para evaluar la autoeficacia hacia la actividad física en niños. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(4), 324-9.
- Aguilar, H., Pérez, P., Díaz de León, E., & Cobos, H. (2011). Factores psicosociales asociados a sobrepeso y obesidad en niños de 8 a 15 años. *Pediatría de México*, 13(1), 17-23.
- Aranceta, J., Pérez, C., Ribas, L., & Serra, L. (2005). Epidemiología y factores determinantes de la obesidad infantil y juvenil en España. *Revista pediatría de atención primaria*, 7(1), 13-47.
- Avendaño, M., & Barra, E. (2008). Autoeficacia, apoyo social y calidad de vida en adolescentes con enfermedades crónicas. *Terapia psicológica*, 26(2), 165-172.
- Azcona, C., Romero, A., Bastero, P., & Santamaría, E. (2005). Obesidad infantil. *Revista Española de Obesidad*, 3(1), 26-39.
- Bacardí, M., Jiménez, A., Jones, E., & Guzmán, V. (2007). Alta prevalencia de obesidad y obesidad abdominal en niños escolares entre 6 y 12 años de edad. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 64, 362-369.

- Bandura, A. (1999). *Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. España: Desclée De Brouwer.
- Bartrina, J., & Alustiza, E. (2004). Prevención y tratamiento de la obesidad infantil en atención primaria. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 10(4), 192-196.
- Bautista, I., Sangil, M., & Serra, L. (2004). Conocimientos y lagunas sobre la implicación de la nutrición y la actividad física en el desarrollo de la obesidad infantil y juvenil. *Medicina Clínica*, 123(20), 782-93.
- Bresh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(4), 537-46.
- Campos, S., & Pérez E. (2007). Autoeficacia y conflicto decisional frente a la disminución del peso corporal en mujeres. *Revista Chilena de Nutrición*, 34(3), 1-17.
- Cantera, M., & Devís-Devís, J. (2002). La promoción de la actividad física relacionada con la salud en el ámbito escolar. Implicaciones y propuestas a partir de un estudio realizado entre adolescentes. *Educación física y deportes*, 67, 54-62.
- Carrasco, M., & Barrio, V. (2002). Evaluación de la autoeficacia en niños y adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 323-332.
- Casado, M., Camuñas, M., Navlet, R., Sánchez, B., & Vidal, J. (1997). Intervención cognitivo-conductual en pacientes obesos: implantación de un programa de hábitos de alimentación. *Revista Electrónica de Psicología*, 1(1), 1-18.

Centro para el Control de Enfermedades y Prevención (2000). *Las discapacidades y la salud*. Documento recuperado de: <http://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/disabilityandhealth/obesity.html>.

Chiang, M., Torres, M., Maldonado, M., & González U. (2003). Propuesta de un programa de promoción sobre un estilo de vida saludable en preescolares mediante una intervención multidisciplinaria. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 22, 245-52.

Chueca, M., Azcona, C., & Oyarzábal, M. (2002). Obesidad infantil. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 25, 127-141.

Colomer, C., Colomer, J., Mercer, R., Peiró, R., & Rajmil, L. (2004). La salud en la infancia. *Gaceta Sanitaria*, 18, 39-46.

Colomer, J., & Grupo, P. (2005). Prevención de la obesidad infantil. *Revista pediatría de atención primaria*, 7(26), 79-99.

Devís, J., & Peiró, C. (1993). La actividad física y la promoción de la salud en niños/as y jóvenes: la escuela y la educación física. *Revista de psicología del deporte*, 4, 71-86.

Días, D., & Enríquez, D. (2007). Obesidad infantil, ansiedad y familia. *Boletín Clínico Hospital Infantil Estado de Sonora*, 24(1), 22-26.

Durá, T., & Sánchez-Valverde, T. (2005). Obesidad infantil: ¿Un problema de educación individual, familiar o social? *Acta Pediátrica Española*, 63, 204-207.

ENSANUT (2012). *Resultados de Nutrición de la ENSANUT*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.

- Flores, A., González-Celis, A., & Valencia, A. (2010). Validación del instrumento de autoeficacia para realizar conductas saludables en niños mexicanos sanos. *Psicología y Salud, 20*(1), 23-30.
- García, E., Llata, M., Kaufer, M., Tusié, M., Calzada, R., Vázquez, V., Barquera, S., Caballero, A., Orozco, L., Velásquez, D., Rosas, M., Barriguete, A., Zacarías, R., & Sotelo-Morales, J. (2008). La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública: Una reflexión. *Salud pública de México, 50*(6), 530-547.
- García, I. (1998). Promoción de la salud en el medio escolar. *Revista española de Salud pública, 72*(4), 285-287.
- Gil, A. (2002). Obesidad y genes. *Vox Pediátrica, 10*(2), 40-45.
- Guzmán, R., Gómez-Peresmitré, G., García, M., & del Castillo, A. (2011). Análisis Factorial Confirmatorio del Inventario de Autoeficacia Percibida para Control de Peso en Población Mexicana. *Psicología Iberoamericana, 19*(2), 78-88.
- Hernán, M., Fernández, A., & Ramos, M. (2004). La salud de los jóvenes. *Gaceta Sanitaria, 18*, 47-55.
- Jobe, J. B., & Mingay, D. J. (1990). Cognitive laboratory approach to designing questionnaires for surveys of the elderly. *Public Health Reports, 105*(5), 518-530.
- Kain, B., Olivares, C., Castillo, A., & Vio D. (2001). Validación y aplicación de instrumentos para evaluar intervenciones educativas en obesidad de escolares. *Revista chilena de pediatría, 72*(4), 308-318.

- Lama, R., Alonso, A., Gil-Campos, M., Leis, R., Martínez, V., Moráis, A., Moreno, J., & Pedrón, M. (2006). Obesidad Infantil. Recomendaciones del comité de nutrición de la asociación española de pediatría parte I. Prevención. Detección precoz. Papel del pediatra. *Anales de Pediatría*, 65(6), 607-615.
- Lugli, Z. (2011). Autoeficacia y locus de control: variables predictoras de la autorregulación del peso en personas obesas. *Pensamiento Psicológico*, 9(17), 43-56.
- Maddaleno, M., Morello, P., & Infante-Espínola, F. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud pública de México*, 45(1), 132-139.
- Marquillas, J. (2005). Obesidad en la infancia y la adolescencia. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, 7(26), 33-54.
- Martín, L., & Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y salud*, 14(1), 89-99.
- Medina-Blanco, R. I., Jiménez-Cruz, A., Pérez-Morales, M. E., Armendáriz-Anguiano, A. L., & Bacardí-Gascón, M. (2011). Programas de intervención para la promoción de actividad física en niños escolares: revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 26(2), 265-270.
- Meléndez, G. (2008). *Factores asociados con sobrepeso y obesidad en el ambiente escolar*. México, DF: Médica Panamericana.
- Moreno-Altamirano, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*, 49(1), 63-70.

Olivari Medina, C., & Urra Medina, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería*, 13(1), 9-15.

Organización Mundial de la Salud (1946). *Preguntas más frecuentes*. Documento recuperado de: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>.

Organización Mundial de la Salud (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. En *Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública*.

Organización Mundial de la Salud (2004). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Documento recuperado de: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_spanish\\_w eb.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_w eb.pdf).

Organización Mundial de la Salud (2011). *Riesgos para la salud de los jóvenes*. Documento recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>.

Organización Mundial de la Salud (2012a). *Obesidad y sobrepeso*. Documento recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.

Organización Mundial de la Salud (2012b). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*. Documento recuperado de: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/).

Organización Mundial de la Salud (2013). *Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud*. Documento recuperado de: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_recommendations/es/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/es/).

Organización Mundial de la Salud (2014). *Sobrepeso y obesidad infantiles*. Documento recuperado de: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>.

Osterlind, S. J. (1989). *Constructing test items*. Boston: Kluwer.

Papalia, D., Olds, S., Feldman, R., Bari, S., & Sierra, G. (2009). *Psicología del desarrollo: de la infancia a la adolescencia*. Bogotá: McGraw-Hill.

Pérez, E., Sandoval, M., Schneider, S., & Azula, L. (2008). Epidemiología del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 179, 16-20.

Ríos, B., Rangel, G., Álvarez, R., Castillo, F., Ramírez, G., Pantoja, J., Yáñez, B., Arrieta, E., & Ruiz, K. (2008). Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 6(4), 147.

Román, Y., Díaz, B., Cárdenas, M., & Lugli, Z. (2007). Construcción y validación del Inventario Autoeficacia Percibida para el Control de Peso. *Clínica y Salud*, 18(1), 45-56.

Rubio, A. (2005). Prevención integral de la obesidad infantil: el Plan Andaluz. *Revista de pediatría de atención primaria*, 7, 30-42.

Sanabria-Ferrand, P., González, L., & Urrego, D. (2007). Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos: Estudio exploratorio. *Revista Médica*, 15, 207-217.

Sánchez, C., Pichardo, E., & López, R. (2004). Epidemiología de la obesidad. *Gaceta Médica de México*, 140(2), 3-20.

- Sánchez, J. (2006). Efectos de la presentación del mensaje para realizar conductas saludables; el papel de la autoeficacia y de la motivación cognitiva. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 613-630.
- Sanjuán, P., Pérez, A., & Bermúdez, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12, 509-513.
- Santrock, J. (2006). *Psicología del desarrollo. El ciclo vital*. España, Madrid: McGraw-Hill.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 9-21.
- Shaffer, D. R., Kipp, K., Hernández, J. C. P., Talavera, J. B., & de Pezzolato, M. G. (2007). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. México: Thomson.
- Silvestri, E., & Stavile, A. (2005). Aspectos Psicológicos de la obesidad: Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario. *Tesis Inédita Córdoba: Universidad Autónoma de Favaloro*.
- Tercedor, P., Jiménez, M., & López, B. (1998). La promoción de la actividad física orientada hacia la salud. Un camino por hacer. *Motricidad*, 4, 203-217.
- Tiburcio, M., & Natera, G. (2007). Adaptación al contexto Ñahñú del cuestionario de enfrentamientos (CQ), la escala de síntomas (SRT) y la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D). *Salud mental*, 30(3), 48-58.

- Trisciuzzi, L., & Cambi, F. (1993). *La infancia en la sociedad moderna—del descubrimiento a la desaparición*. Rome: Riunite.
- UNICEF (2013). *Salud y nutrición*. Documento recuperado de: <http://www.unicef.org/mexico/spanish/17047.htm>.
- Vázquez, V., & López, J. (2001). Psicología y la Obesidad. *Revista de endocrinología y nutrición*, 9(2), 91-96.
- Villamarin, F. (1994). Autoeficacia: investigaciones en psicología de la salud. *Anuario de psicología*, 61, 9-18.
- Wadsworth, B. J. (1992). *Teoría de Piaget del desarrollo cognoscitivo y afectivo*. México:Diana.
- Yeste, D., García, N., Gussinyer, S., Marhuenda, C., Clemente, M., Albisu, M., Gussinyer, M., & Carrascosa, A. (2008). Perspectivas actuales del tratamiento de la obesidad infantil. *Revista Española de Obesidad*, 6(3), 139-152.
- Youssefzadeh, M. (2001).Cognitive Laboratory Approach to Instrument Design.*Transportation Research Board.Personal Travel.The Long and Short of it*, 431-447.
- Zayas, G., Chiong, D., Díaz, Y., Torriente, A., & Herrera, X. (2002). Obesidad en la infancia: Diagnóstico y tratamiento. *Revista Cubana de Pediatría*, 74(3), 233-239.
- Zimmerman, J., Kitsantas, A., & Campillo, M. (2005). Evaluación de la autoeficacia regulatoria: una perspectiva social cognitiva. *Revista Evaluar*, 5, 1-21.