



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



IMPACTO EN EL ESTILO DE VIDA SALUDABLE Y ACTIVO DE LOS NIÑOS A
TRAVÉS DE LA MODIFICACIÓN CONDUCTUAL PARENTAL

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
PRESENTAN:

MONTALVO MURO ANA KAREN
PALOMINO ÁLVAREZ ROCÍO

DIRECTOR DE TESIS: DR. ARIEL VITE SIERRA
REVISOR: DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA

SINODALES:

DR. BENJAMÍN DOMÍNGUEZ TREJO
LIC. JOSÉ LUIS REYES GONZÁLEZ
LIC. ROCÍO MALDONADO GÓMEZ

NOVIEMBRE, 2014

Ciudad Universitaria, D. F.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ÍNDICE

TEMA	PÁGINA
Resumen	1
Introducción	3
Marco teórico	6
Obesidad y sobrepeso	6
Causas de la obesidad	7
Clasificación de la obesidad	8
Consecuencias de la obesidad	10
Alteraciones psicológicas en la obesidad	11
Medios de comunicación y publicidad	12
Nutrición	16
Objetivo de la nutrición	16
Nutrientes	17
Macronutrientes	18
Micronutrientes	18
Factores que condicionan el estado nutricional	19
Alimentación	20
Importancia de la alimentación	20
Dieta	21
Plato del buen comer	22
Alimentación en la actualidad	23
Educación alimentaria	24
Estilo de vida saludable y hábitos	24
Relación entre estilos de vida y salud	25
Comportamiento y salud	26
Promoción de estilos de vida saludables	27
Hábitos	27
Hábitos sociales	28

Acciones dirigidas a la formación de hábitos saludables	28
Actividad física	29
Causas de la inactividad física	30
Importancia de la actividad física	31
Actividad física para jóvenes	31
Efectos beneficiosos de la actividad física en los jóvenes	32
Actividad física para adultos	33
Efectos beneficiosos de la actividad física en los adultos	33
Mitos sobre la actividad física	34
Justificación	35
Método	41
Participantes	41
Escenario	43
Materiales e instrumentos	44
Variables	46
Diseño	46
Procedimiento	46
Análisis de resultados	48
Resultados	49
Discusión	68
Referencias	76
Anexos	84

Dedicatorias:

Karen

A mi madre, quien ha estado conmigo en todo momento, gracias por la comprensión, amor y paciencia. Gracias por que sin duda alguna esta es la mejor herencia que puedes dejarme. Te quiero.

A mi abuelita, por escucharme y animarme siempre que lo necesite, agradezco todos los consejos y el apoyo en esos momentos difíciles. Te quiero

A mis hermanos por crecer a mi lado y por todas las experiencias compartidas, experiencias que sin duda me han hecho más fuerte y de las que he aprendido. Los quiero.

A ti Blanca, quiero agradecerte el gran apoyo que has sido en mi vida, gracias por que más que una prima, has sido una hermana. Te quiero.

A ti Juan Carlos, por estar a mi lado, gracias por todo el apoyo que me has dado y sobretodo quiero agradecerte el permitirme compartir esta que ahora es nuestra vida juntos. Te amo.

A ti Alejandra Cavita, por el gran apoyo que fuiste al inicio de este proyecto gracias por tu asesoría y amistad.

Quiero agradecer a los directores que nos abrieron las puertas de sus escuelas y que confiaron plenamente en nosotros y nuestro trabajo.

Dedico y agradezco a los participantes, su interés, confianza y tiempo, ya que sin ellos no habría sido posible este trabajo.

Gracias al Dr. Ariel Vite por acogernos sin conocernos y por todas sus invaluable asesorías y enseñanzas.

A los profesores Lic. José Luis Reyes, Lic. Rocío Maldonado, Dra. Mariana Gutiérrez y Doctor Benjamín Domínguez muchas gracias por el tiempo dedicado y por hacer de este un trabajo de calidad.

Dedicatorias:

Rocío

A mi mamá, por darme la dicha de vivir, por enseñarme grandes lecciones de vida, gracias por siempre apoyarme y alentarme en cada momento, gracias porque siempre recibir palabras de aliento, cariño y amor. Gracias a ti, por ser la persona más maravillosa conmigo y por qué siempre confiaste en mí, este éxito es también tuyo.

A mi papá que donde este sé que siempre me estas cuidando, y que te dedico este éxito porque siempre me impulsaste en ser mejor.

A mis hijos Sayuri y Axel, les agradezco porque con ellos conocí el verdadero amor incondicional, me mostraron la felicidad y por inspirarme a ser una mejor persona. Gracias por tenerme paciencia, tolerarme y comprender mi ausencia en algunas ocasiones, pero quiero que sepan que esto lo hice para que se sientan orgullosos de mí.

A mi esposo Froylan, por comenzar esta aventura juntos, por conocer el amor con él y por darme su apoyo, cariño y por alentarme cuando las cosas no salían bien y por confiar en mí.

A mi hermano Antony, por esos grandes momentos que pasamos juntos durante nuestra infancia y por darme palabras de apoyo cuando más lo necesitaba. Gracias por cuidar a mis dos hijos y por darles amor y cariño.

A mis primos Ricardo y Joel, a mi abuelo y tíos, por quererme tanto y por estar siempre presente en cada etapa de mi vida y por su apoyo.

A mi facultad a la que estoy muy orgullosa de pertenecer, en ella conocí a grandes profesores, amigos y donde me pude desarrollar profesionalmente.

A mi Director Dr. Ariel Vite por aceptarnos y por brindarnos su tiempo y conocimiento.

A los sinodales, por apoyarnos a mejorar más este proyecto y por el conocimiento que nos brindaron.

A las directoras de las escuelas y a las madres de familia que nos dieron su tiempo y la oportunidad de trabajar con ellas y confiar en nosotras.

Resumen

La obesidad y el sobrepeso son un problema común y prevenible. En los últimos años éstos han incrementado considerablemente y es por ello que se han convertido en un problema de gran importancia que atañe a la salud pública. Usualmente la obesidad y el sobrepeso son el factor de mayor riesgo para el desarrollo de varias enfermedades no infecciosas, incapacidad laboral y muerte prematura. En la actualidad México es el primer país con obesidad infantil y el segundo con obesidad en adultos. La causa principal de estas enfermedades es a causa del desbalance entre el ingreso y el gasto de calorías consumidas. Por lo que la pérdida de peso y modificación del estilo de vida en estos casos, está asociada a una mejora en la salud.

Por esta razón para tratar de contrarrestar y/o corregir la obesidad y el sobrepeso se han implementado diversas estrategias. Una estrategia implementada para tratar este problema es la intervención psicoeducativa, la cual ofrece al paciente y familiares educación para que entiendan la enfermedad que presenta y sean capaces de manejarla. A través de ésta se refuerzan las fortalezas, recursos y habilidades propias del paciente para hacer frente a la enfermedad, evitar recaídas y contribuir con su propia salud y bienestar. En la presente investigación se realizó un taller psicoeducativo con el objetivo de proporcionar a un grupo de padres de familia información sobre la obesidad infantil y sus consecuencias físicas, sociales y psicológicas. Se pesaron y midieron a 30 alumnos con una edad que oscilaba entre los 6 a 12 años, esto con el fin de detectar a aquellos que presentaban obesidad y sobrepeso. Una vez identificados los candidatos se citó y comenzó a trabajar con los padres en un período de dos meses y medio. La evaluación se llevó a cabo al inicio y terminó del taller.

Los resultados revelan que el taller psicoeducativo logró aumentar a un 84% el conocimiento de los participantes en los temas de alimentación, nutrición, hábitos saludables y actividad física, logrando así un cambio conductual en ellos y sus hijos.

Concluyendo así que la psicoeducación es una herramienta útil para lograr un cambio conductual en las personas que presentan obesidad y sobrepeso, ya que ayuda a desarrollar conductas saludables que les permite adquirir un estilo de vida saludable y activo.

Introducción

Debido al creciente aumento en la problemática del sobrepeso y obesidad, en México y en el mundo, se han realizado diversos estudios para entender esta problemática de salud pública. Actualmente México es el primer país en Latinoamérica con alta incidencia de obesidad (Ayela, 2009). El sobrepeso y la obesidad son el principal problema de Salud Pública en México, ya que este padecimiento ocupa el primer lugar mundial en niños y el segundo en adultos.

En México hay 120 millones de habitantes de los cuales el 72% de las mujeres mayores de 20 años (20.52 millones de personas), 66% de los hombres mayores de 20 años (16.96 millones de personas) y el 26% de niños en edad escolar, cuentan con obesidad o sobrepeso (5.54 millones de personas) (Secretaría de Salud del Distrito Federal [SSDF], 2014). Tan solo en el Distrito Federal estas cifras se encuentran por arriba de la media nacional, ya que el 75.4% de mujeres mayores de 20 años (2.3 millones de personas), 69.8% de hombres mayores de 20 años (1.8 millones de personas) y 35% de niños en edad escolar, cuentan con obesidad o sobrepeso (481 mil) (SSDF, 2014).

La causa fundamental de la obesidad y el sobrepeso es un desequilibrio entre el ingreso y el gasto de calorías. Su aumento es atribuible a varios factores: la modificación mundial de la dieta, un aumento en la ingesta de alimentos hipocalóricos ricos en grasa, azúcares y escasos en vitaminas y minerales, así como la disminución de la actividad física (Ayela, 2009).

La obesidad causa trastornos tanto físicos como psicológicos en los niños que la padecen. Debido al exceso de peso, los niños muestran problemas mecánicos en los huesos, sobre todo en la alineación de piernas, en la articulación de las rodillas y en la columna vertebral. Por esta razón los niños con sobrepeso a veces no pueden seguir los juegos o actividades de sus compañeros de clases o amigos, sintiéndose desplazados, diferentes, y debido a esto pueden tener pérdida de su autoestima y rechazo de su imagen corporal (Cabezuelo & Frontera, 2007).

Por otra parte, si la obesidad no se atiende a tiempo tendrá consecuencias en la productividad laboral, el desempeño escolar y el desarrollo económico. En

México se pierden hasta 250 mil millones de pesos anuales debido a la malnutrición de la población, en virtud de que afecta la productividad, deteriora las funciones cognitivas y aumenta los costos de la atención médica (SSDF, 2014). De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2014) se estima que para este año el costo directo e indirecto de todo el sector salud atribuible a la obesidad y sobrepeso será de más de 80 mil millones de pesos.

Por lo tanto, la prevención debe ser una estrategia prioritaria de salud pública que debe iniciarse en la infancia, continuarse a lo largo de la vida y tener la participación activa y comprometida del personal de salud junto con otros sectores de la sociedad. Vale la pena insistir en que cuanto más temprano sea su inicio, los beneficios a corto, mediano y largo plazo serán más importantes, evidentes y eficaces (Salud Publica México, 2008).

Las acciones de prevención y control de la obesidad deben realizarse en una colaboración intensa y comprometida de las tres órdenes de gobierno (federal, estatal y municipal), así como de los sectores público, social y privado (SSDF, 2014). El sistema de salud debe jugar un papel crucial en la promoción de la salud y la prevención de la obesidad a través de la orientación al personal y a los usuarios en los distintos temas centrales como la promoción de lactancia materna, la vigilancia del crecimiento, la promoción de una alimentación correcta y de una vida activa. En un estudio realizado por Villagrán, Rodríguez, Novalbos, Martínez y Lechuga (2010) se reportó que la familia constituye un factor importante en la prevención de la obesidad del niño. Los resultados avalan como los antecedentes familiares y los estilos de vida pueden influir en el desarrollo y mantenimiento del sobrepeso y obesidad infantil, y especialmente las diferencias en actividad física, sedentarismo y hábitos en los niños. Otro estudio realizado por Walker, Wachs, McGregor, Black, Nelson, Huff man, et al., (2011), reveló como los factores de riesgo de origen biológico y psicosocial durante el período de la primera infancia, se pueden prevenir si se da un aprendizaje temprano, con la interacción madre-hijo, esto con el fin de que se facilite el aprendizaje cognitivo, el desarrollo socioemocional y las habilidades de autocuidado.

Es por ello que una acción preventiva adecuada es a través de la intervención educativa mejor conocida como psicoeducación. La psicoeducación se refiere a la educación que se ofrece al paciente para que entienda y sea capaz de manejar la enfermedad que presenta. A través de esta se refuerzan las fortalezas, recursos y habilidades propias del paciente para hacer frente a la enfermedad, evitar recaídas y contribuir con su propia salud y bienestar (Pujals, 2009). La Secretaría de Salud Pública (SSP) establece que la psicoeducación es un proceso que facilita enormemente el inicio del cambio de conductas alteradas (Salud Pública México, 2008). En un estudio realizado por Berna, Ponce, Sotomayor y Carmona (2012), se evaluó el impacto de una intervención educativa para disminuir el sobrepeso con base en los estilos de vida, los datos obtenidos señalaron que se requiere de complementar la actividad física con hábitos alimenticios adecuados, reconociendo así la necesidad de un trabajo multidisciplinario. En otro estudio realizado por Villarreal, Garza, Gutiérrez, Méndez y Ramírez (2012) se investigó la eficacia de la intervención psicoeducativa para el manejo de la obesidad, obteniendo como resultado cambios significativos en el peso, logrando una reducción de 2.6 kg, 1.2 kg/m² en el IMC y la disminución de 2.3 cm de circunferencia de la cintura, concluyendo que esto se logró al aumentar el número y duración de las actividades físicas, más que con la exclusiva modificación en los hábitos dietéticos.

Consecuentemente, el presente trabajo tuvo como finalidad impartir un taller psicoeducativo a los padres con el objetivo de desarrollar las habilidades presentes en ellos, para generar un impacto en éstos y así modificar el estilo de vida sedentario de los hijos que padecen sobrepeso u obesidad a través de los padres. Para este estudio se impartió un taller a 30 padres de familia con la finalidad de informarlos en relación a la problemática de sobrepeso y obesidad. Se utilizaron técnicas expositivas, técnicas grupales y técnicas reflexivas durante las nueve sesiones. En cada una de las sesiones se abordaron temas como: “ Que es el sobrepeso y la obesidad”, las consecuencias físicas y psicosociales que se generan por esta enfermedad, así como la importancia de llevar una nutrición

adecuada y los beneficios que se adquieren al tener una vida más activa y saludable.

OBESIDAD Y SOBREPESO

La obesidad y sobrepeso se pueden definir como una acumulación anormal o excesiva de grasa que es perjudicial para la salud. Este exceso de grasa se debe principalmente al desequilibrio entre el ingreso y el gasto de calorías (Ayela, 2009).

De acuerdo con Ayela (2009), una persona puede desarrollar un cuadro de sobrepeso u obesidad si:

- Existe un aumento de la ingesta de calorías.
- Disminución del gasto energético.
- Desequilibrio entre la entrada y salida de energía.

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial compleja influida por factores genéticos, fisiológicos, metabólicos, celulares, moleculares, sociales y culturales. Cabe mencionar que deben diferenciarse el sobrepeso y la obesidad; el primero excede el peso de referencia del individuo en relación con su estatura, mientras que la obesidad se define de acuerdo con el peso sugerido para la talla, el sexo y la edad del sujeto, así también se toman en cuenta el exceso marcado en las tablas antropométricas (Chavarría, 2002).

Una medida de asociación para identificar el sobrepeso y la obesidad es el Índice de masa corporal (IMC) éste se emplea para clasificar a los individuos como obesos, con sobrepeso, normal y bajo peso con el fin de identificar a los que tienen alto riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con la obesidad y de buscar cambios en la grasa corporal de poblaciones clínicas.

El IMC es un factor predictivo significativo para el desarrollo enfermedad cardiovascular y diabetes tipo II. Debido a esta asociación y al hecho de que el

IMC se puede calcular con facilidad se usa en forma amplia en estudios basados en la población y prospectivos para identificar a los individuos de alto riesgo.

El índice de masa corporal se calcula a partir de la siguiente expresión matemática (Heyward, 2008).

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura}^2}$$

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al sobrepeso por medio de un Índice de Masa Corporal igual o superior a 25 kg/m² y en el caso de la obesidad con un IMC igual o superior a 30 kg/m². Estos umbrales sirven de referencia para las evaluaciones individuales, pero existen pruebas de que el riesgo de padecer enfermedades crónicas se da a partir de un IMC de 21 kg/m² (OMS, 2011).

Causas de la Obesidad

La causa principal de la obesidad se debe a un trastorno del desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. Su aumento se debe a varios factores como el genético, metabólico y psicosocial (Carvajal, Duperly, Gemperler, Katta, Llano & Zundel, 2000).

De acuerdo a la OMS (2011), en el mundo, se ha producido un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos que son ricos en grasa, sal y azúcares pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes y un descenso en la actividad física como resultado de la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, de los nuevos modos de desplazamiento y de una creciente urbanización, todos estos factores en conjunto forman parte de las causas de la obesidad por ese desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas.

Las autoridades mexicanas identifican como principales causas de la obesidad y sobrepeso infantil en México los siguientes factores:

- Balance: mayor ingesta calórica que consumo calórico.
- El incremento en el poder adquisitivo dirigido al menor costo de alimentos procesados por avance tecnológico.
- Los patrones de consumo de los padres se trasladan a los hijos.
- El desarrollo industrial y tecnológico mundial ha propiciado que la actividad laboral se vuelva más sedentaria.
- El incremento en el consumo de comida rápida y alimentos preparados fuera de casa para un sector creciente de la población.
- Disminución del tiempo disponible para la preparación de alimentos.
- La mayor exposición a publicidad sobre alimentos industrializados y productos que facilitan las tareas cotidianas y el trabajo de las personas, disminuyendo su gasto energético.
- La disminución de la actividad física en la población.
- El incremento en el consumo y disponibilidad de bebidas calóricas y alimentos industrializados, lo cual se refleja en la Encuesta Nacional de Salud Escolar (ENSE) 2008, la cual señala que los alimentos y productos con mayor disponibilidad en las primarias son: 81.2% dulces, 78.8% botanas industrializadas y 77.1% tortas y sándwiches, mientras que a nivel secundaria, 87.9% son refrescos (Comisión Federal de Mejora Regulatoria [COFEMER], 2012).

Clasificación de la Obesidad

Son múltiples las clasificaciones que se han propuesto para el estudio de la obesidad. Gómez (2000) clasifica para el estudio de la obesidad, dos tipos:

- Obesidad exógena: existe una hipertrofia (aumento de tamaño) en las células del tejido adiposo.
- Obesidad secundaria: esta se ve acompañada por enfermedades endocrinas y neurológicas, genéticas y por la ingestión de fármacos. Como en el caso de la enfermedad de Cushing, hipotiroidismo, tumores, traumatismos craneoencefálicos y por la medicación de antidepresivos tricíclicos

Otra clasificación utilizada es por medio de la distribución de la grasa corporal. El índice cintura-cadera se asocia definitivamente con la grasa visceral y el efecto que tiene la distribución regional de la grasa sobre la salud se relaciona con la cantidad de grasa visceral en la región abdominal. La grasa abdominal se asocia directamente con diabetes, hipertensión y enfermedad coronaria. Dentro de esta encontramos dos clasificaciones principalmente:

Distribución tipo androide: Se identifica por el acúmulo de grasa en tronco y abdomen, también llamada de tipo masculino. Se caracteriza por que los depósitos de grasa se centran en la región abdominal, de la parte superior del cuerpo en forma de manzana. Esta distribución es un factor de riesgo de morbilidad y mortalidad y se relaciona con diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, gota y colestiasis.

Distribución tipo Ginecoide o de tipo femenino: Con mayor frecuencia en mujeres que en varones, caracterizada por la acumulación de grasa en el bajo vientre, caderas y muslos. El depósito de la grasa es específicamente en la región glúteo-femoral.

También se le conoce como de tipo periférico, de la región inferior del cuerpo o distribución en forma de pera. Se ha observado que este tipo de distribución en la grasa provoca solo efectos de sobrepeso como alteraciones mecánicas, circulatorias o respiratorias (Chavarría, 2002).

Así también siguiendo los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) (Monereo, Moreno & Álvarez, 2000).

Se acepta la clasificación de los diferentes grados de obesidad según el valor del IMC tal como se expresa en la Tabla 1.

Tabla 1. Grados de obesidad según la sociedad española para el estudio de la obesidad y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

Normalidad	20-25 kg/m ² de peso por unidad de masa corporal
Obesidad grado I(Sobrepeso)	27-29.9 kg/m ² de peso por unidad de masa corporal
Obesidad grado II	30 -34.9 kg/m ² de peso por unidad de masa corporal
Obesidad grado III	35-39.9 kg/m ² de peso por unidad de masa corporal
Obesidad grado IV(Mórbido)	≥40 de peso por unidad de masa corporal

Consecuencias de la obesidad

La prevalencia del sobrepeso y la obesidad tienen como consecuencia el deterioro de la salud y la calidad de vida en la población. De acuerdo con la OMS (2011) un IMC mayor a 30 kg/m² es un importante factor de riesgo para enfermedades no transmisibles, como:

- Las enfermedades cardiovasculares (principalmente cardiopatía y accidente cerebrovascular), que en 2008 fueron la causa principal de defunción.
- La diabetes.
- Los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy discapacitante).
- Algunos cánceres (del endometrio, la mama y el colon).
- La obesidad infantil está asociada a la obesidad en la edad adulta, muerte prematura y discapacidad en la adultez. Cada año mueren en el mundo 2.8 millones de personas debido al sobrepeso o la obesidad, esta problemática está directamente asociada al incremento de la mortalidad y morbilidad en México (Secretaría de Salud, 2013).

Alteraciones psicológicas en la obesidad

En general se consideran muy poco los aspectos psicológicos y familiares como papel decisivo en la producción y mantenimiento de la obesidad. Las personas que padecen obesidad no sólo padecen una larga lista de enfermedades, como cardiopatías, hipertensión arterial y diabetes, sino también sufren con gran frecuencia, diversos factores psicológicos como son la distorsión de la imagen corporal, la ansiedad, angustia, entre otros, que precipitan y persisten en el consumo exagerado de alimentos y deben ser tomados en cuenta si se pretende mantener un peso, luego de haber alcanzado el ideal o deseable, ya que las características psicológicas son de fundamental importancia, pues de lo contrario el paciente no es capaz de comprometerse adecuadamente con el tratamiento y en general tiene mayor dificultad para bajar de peso y/o mantenerlo (Silvestri & Staveile, 2005).

De acuerdo con Silvestri y Staveile, (2005) las alteraciones psicológicas frecuentes en personas con obesidad son:

a) Carencia de habilidades sociales: las personas que padecen obesidad llegan a presentar dificultad cuando intentan mantener o establecer relaciones interpersonales; es posible que esto se deba a que carecen de habilidades sociales como son: asertividad y dificultades para expresar sus sentimientos.

b) Consecuencias familiares: es trascendental el reconocimiento del papel de la familia, como factor determinante en el desarrollo del niño. No existe influencia mayor sobre los hábitos alimentarios, las actitudes y conductas en torno a los alimentos que la que proviene del ambiente familiar. La percepción que los padres tienen de su hijo obeso y la percepción de éste con respecto a sus padres, sean obesos o no, puede aportar información relevante para la prevención de esta problemática

c) Distorsión de la imagen corporal: es una representación psicológica subjetiva que puede llegar a ser sorprendentemente diferente de la apariencia real.

d) Ansiedad

e) Manifestaciones depresivas

MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y PUBLICIDAD

Un medio publicitario es un recurso que se utiliza para transmitir un mensaje de una persona o empresa que desea vender un producto o un servicio a otros que estén dispuestos a adquirirlos. Las revistas, periódicos, televisión, radio y carteles son individualmente un medio publicitario y en conjunto forman parte de lo que se llama medios publicitarios. Los mensajes se dan a partir de una campaña publicitaria, esta plantea, y ejecuta una serie de anuncios alrededor de un tema en específico a fin de alcanzar los objetivos específicos por el anunciante (Vega, 1993). El objetivo de la publicidad es vender, sin embargo en general es lograr que el cliente potencial se decida por el producto que se anuncia así como comunicar, sugerir o persuadir al consumidor.

En la sociedad actual cada vez es mayor la frecuencia de campañas publicitarias dirigidas especialmente al público infantil: cuya función principal es la de estimular en los menores una necesidad y deseo de consumir. Para cumplir con este objetivo utilizan diversas técnicas, algunas de ellas obviando los valores fundamentales que se deben transmitir en estas edades (Jiménez, 2013).

Los niños son el grupo social más sensible a los estragos de la publicidad, llegando en muchos casos a convertirse en dependientes del mercado del consumo de ahí que en los últimos años haya ido incrementándose la preocupación y el interés sobre la relación entre publicidad-edad infantil así como la responsabilidad que se puede derivar de la influencia que en ellos ejerce. La publicidad intenta crear y consolidar en el menor nuevos hábitos de consumo, puesto que son la mejor garantía de tener consumidores en el futuro; explotando

las formas de comportamiento social de los niños y la tendencia infantil a imitar los modelos de conducta (Menéndez & Díez, 2009).

Otro hecho destacable y demostrado es que los niños tienden a difuminar y disminuir las diferencias entre la publicidad y los programas normales. Así, los spots publicitarios dirigidos a menores suelen ofrecer junto con la compra otros productos que resultan atractivos para los niños, todo ello unido a un gran soporte de medios audiovisuales que inducen a comprar. La fascinación infantil por los colores llamativos, regalos promocionales o personajes fantásticos que prometen sabores irrepetibles, subyugan al consumidor al poder del anuncio y, por consiguiente, al del alimento en cuestión (Menéndez & Díez, 2009).

En la etapa infantil, las imágenes tienen mucha importancia para los menores, las memorizan sin llegar a realizar un análisis de la veracidad de lo que observan, por tanto la actitud del menor será siempre aceptarla como válida, sin tener en cuenta el origen, contenido o la intención subyacente en dicha información. Este factor hace que cualquier mensaje publicitario destinado a la infancia tenga un alto grado de impacto en la voluntad y el deseo del niño. Además este grado de penetración será mayor, cuanto menor sea la edad del destinatario (Jiménez, 2013).

En un estudio realizado por Pérez y cols. (2010), indicaron que la publicidad de alimentos es mayor durante los programas infantiles que durante la programación dirigida a la audiencia general (25.8 vs. 15.4%) y los alimentos anunciados con mayor frecuencia fueron bebidas con azúcar añadida y dulces, así como cereales con azúcar añadida. Los alimentos anunciados en programas infantiles tuvieron mayor contenido de calorías, grasa y carbohidratos y las estrategias publicitarias más utilizadas fueron las promociones y la asociación de productos con emociones positivas.

Por consiguiente es necesario situar a la publicidad en el contexto en el que se produjo y produce, ya que recrea (con más o menos rigor) el contexto de consumo y los significantes culturalmente relevantes para el consumidor (Rodríguez, 2006).

En la actualidad los medios de comunicación se han vuelto muy importantes en el entorno de las personas, existen diferentes medios como son la televisión, la radio, espectaculares, trípticos, propaganda pegada en postes entre muchos más, pero los que más impactan a las personas son los comerciales que se presentan en la televisión (Matti, 1995).

La televisión, es el más poderoso sistema de información e intercambio simbólico que existe en México. Es el medio de comunicación por excelencia, de la cual crea y se involucra en los niveles micro y macro sociológicos que conforman el mundo actual (Moreno & Toro, 2009).

Actualmente la televisión se ha convertido en una de las principales, si no es que la más fundamental fuente de diversión del niño, a modo de juguete visual. Por medio de la televisión, recibe múltiples influencias, y una gran parte de estas son negativas, para el desarrollo de la personalidad (Jiménez, 2013).

La televisión es un medio de comunicación importante para transmitir y modificar las conductas alimentarias de la audiencia, por sus programas o por los anuncios. La televisión constituye parte del entorno familiar y existen tres mecanismos mediante los cuales tienen un efecto sobre la obesidad: 1) promoción de un estilo sedentario, 2) promoción de una dieta no saludable, y 3) promoción de un mayor consumo de alimentos (Díaz, Souto, Bacardí, & Jiménez, 2011). Estos medios de comunicación en muchas ocasiones suelen ser contraproducentes ya que afectan el consumo de alimentos sanos esto se debe a que estos medios solo fomentan la compra e ingestión de alimentos con escaso valor nutricional, y a un costo elevado tales como las papas, refrescos, pasteles, dulces y todo tipo de frituras (Matti, 1995).

Encontramos entonces que la influencia negativa en los infantes se manifiesta fundamentalmente en los siguientes efectos:

Pasividad y Dependencia: Los padres deben saber cuándo apagar la televisión para evitar la dependencia hacia la televisión. Esto sucede ya que la programación dirigida a los niños es muy amplia y accesible. Esta programación entretiene hasta el punto de necesitar la televisión para realizar actividades como

vestirse y comer. También fomenta la pasividad ya que la dependencia les hace permanecer tan absortos que no tiene la necesidad de realizar otras actividades.

Reduce la creatividad: La publicidad sustituye la imaginación por la imitación, debido a que la televisión aporta una realidad limitada, invita a refugiarse, evita la comunicación ; por lo que el espectador se convierte en un receptor pasivo, sin curiosidad ni alternativas creativas.

Malos hábitos: Algunas causas de ello, a parte del sedentarismo que provoca pasar varias horas viendo televisión. Se debe tener en cuenta que el 56% de los anuncios son destinados a los niños, de los cuales casi la mitad (el 48%) son productos poco recomendables según la OMS (Jiménez, 2013).

La prevalencia de obesidad está directamente relacionada con el aumento del tiempo destinado a ver televisión, en niños y adolescentes de 6 a 17 años. Esto se debe a que ver televisión representa una actividad pasiva y a que muchos telespectadores consumen diversos productos ricos en calorías mientras ven la televisión. De los miles de anuncios que ven los niños al año en televisión, dos terceras partes son sobre alimentos con elevado contenido en calorías, grasas, colesterol, azúcar y sal, como dulces, papas fritas o ciertas bebidas. Se ha demostrado que por cada hora de televisión, aumenta la prevalencia de obesidad, tanto en niños como en adultos (Muñoz, 2010). Galst et al., (1976) mostró, en niños de 3 a 11 años, que cuanto más se repetía un anuncio en la TV mayor era el número de veces que pedían a sus padres que les compraran el producto.

En otro estudio realizado por Bowman et al., (2006), se informó que los adultos que veían más de dos horas al día de TV tenían un mayor consumo de botanas, refrescos y bebidas azucaradas. También se ha descrito que la exposición a los anuncios de alimentos no saludables de TV disminuye el consumo de frutas y verduras. En la revisión de la literatura realizado por Coon et al., (2002, Citado en Díaz, Souto, Bacardí & Jiménez, 2011), se valoró el efecto de la publicidad de alimentos en TV sobre los hábitos alimentarios de los niños, con lo que concluyeron que el consumo calórico de los niños es mayor en quienes ven más TV; ya que existe una asociación entre la selección y la demanda de los

alimentos anunciados en TV y esta aumenta la probabilidad de que los padres compren los alimentos anunciados.

Dado que un gran porcentaje de estos anuncios se encuentran ofertados en televisión y que en su mayoría corresponden a productos alimentarios y dada la posible influencia de la publicidad en los niños, los hábitos alimentarios infantiles pueden estar, en parte, condicionados por la publicidad (Menéndez & Díez, 2009).

En un estudio realizado por Díaz et al., (2011) se encontró que en los pre-escolares, que son los grupos más susceptibles, se observó un efecto positivo en la selección de alimentos al exponerlos a un programa nutricional, ya que estos niños seleccionaron menos los alimentos no saludables. Lo que podría deberse a que las conductas alimentarias se desarrollan a temprana edad y la infancia es el momento esencial para el desarrollo de las preferencias alimentarias.

NUTRICIÓN

La OMS (2014) define nutrición como la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición se da con una dieta suficiente y equilibrada combinada con un ejercicio físico regular.

Objetivo de la nutrición

El objetivo principal de la nutrición del niño y del adolescente es conseguir un crecimiento y desarrollo óptimo. Además en las últimas décadas las sociedades han presentado cambios en los hábitos alimenticios que se han asociado a un determinado patrón de morbilidad y mortalidad. Por lo tanto el objetivo de la nutrición infantil se ha ampliado a la prevención de enfermedades crónicas que son de mayor prevalencia en la edad adulta como la obesidad, diabetes, hipertensión arterial, ciertos cánceres y cardiopatías isquémicas (Vázquez, De Cos & López, 2005).

De acuerdo con Mataix (2005) los objetivos de la nutrición son:

- El aporte de la energía necesaria para poder llevar a cabo las funciones vitales.
- La formación y mantenimiento de estructuras desde el nivel celular al máximo grado de composición corporal
- La regulación de los procesos metabólicos para que todo se desarrolle de manera armónica.
- Para lograr que se lleven a cabo las anteriores finalidades se requiere de evitar la deficiencia y excesos de nutrientes y al mismo tiempo de suministrar las cantidades necesarias. Ya que para el crecimiento y el desarrollo del cuerpo, así como para el mantenimiento de la vida, el ser humano ha de ingerir nutrientes, cuya digestión, absorción y metabolismo le permitan la obtención de energía.

Nutrientes

Los nutrientes son sustancias químicas que se encuentran en los alimentos y algunos de ellos son considerados nutrientes esenciales ya que el organismo no puede sintetizarlos, entre estos están algunos aminoácidos y ácidos grasos, así como minerales y vitaminas, que han de ingerirse con la dieta en cantidades adecuadas.

Teijon, Garrido y Blanco (2006) clasifican a los nutrientes en dos grupos:

- Nutrientes energéticos o macronutrientes: proteínas, hidratos de carbono y lípidos.
- Nutrientes no energéticos o micronutrientes: vitaminas y minerales.

Todos estos nutrientes, junto con el agua y la fibra alimentaria componen, en mayor o menor medida, la amplia gama de alimentos que ingerimos (Serra & Aranceta, 2006).

Macronutrientes

De acuerdo con Teijon et al., (2006) los macronutrientes son nutrientes que aportan calorías (energía), se requieren diariamente en grandes cantidades y están constituidos por:

- Carbohidratos
- Proteínas
- Grasas

Carbohidratos: Son la fuente principal de energía, constituyen en general la mayor porción de la dieta, representan únicamente del 45 al 50 por ciento de la dieta en muchas personas (Serra & Aranceta 2006).

Lípidos o grasas: Constituyen las principales reservas energéticas de los seres vivos por lo que son esenciales para la salud, sin embargo se deben suministrar en pequeñas cantidades. Además tienen como función formar parte de las membranas celulares y regulan la actividad de las células y tejidos (Latmam, 2002).

Proteínas: Son muy importantes como sustancias nitrogenadas necesarias para el crecimiento y la reparación de los tejidos corporales. Las proteínas son el principal componente estructural de las células y los tejidos, y constituyen la mayor porción de sustancia de los músculos y órganos (aparte del agua).

Micronutrientes

Están constituidos por vitaminas y minerales que han de ingerirse en pequeñas cantidades, pero que son esenciales en el mantenimiento de la actividad bioquímica ya que participan en un gran número de reacciones

catalizadas enzimáticamente, las cuales no se producirían en su ausencia y por lo tanto no se podrían metabolizar los macronutrientes (Teijon et al., 2006).

Vitaminas: son indispensables y pueden ser de dos tipos: vitaminas hidrosolubles: incluyen las vitaminas C y ocho del complejo B. y vitaminas liposolubles: A, D, E y K

Minerales: son esenciales y en estos se encuentran el hierro, zinc, cobre, manganeso, selenio, yodo y flúor, que en su mayoría son imprescindibles para que muchas enzimas sean activas.

Factores que condicionan el estado nutricional

El estado nutricional es la situación física en la que se encuentra una persona como consecuencia de la relación que existe entre el aporte y el consumo de energía y nutrientes. Un individuo bien nutrido presenta un buen funcionamiento en situaciones fisiológicas (crecimiento, lactancia, ancianidad) como en situaciones patológicas (respuesta frente a infecciones, enfermedades agudas o crónicas (Baeza, Benito, & Simon, 2009).

Baeza et al. (2009), establece que el estado nutricional del individuo es el resultado de la interacción de varios elementos:

Disponibilidad de alimentos: determina la calidad, cantidad y variedad de los alimentos que ingiere la persona y depende de la capacidad del individuo para obtener, utilizar y mantener los alimentos.

Los hábitos alimenticios y distribución de los alimentos en la familia: son influenciados por la sociedad, la economía, la cultura, la religión y la publicidad. Los hábitos alimenticios se adquieren durante la infancia, esto se da porque cuando el comportamiento es satisfactorio para los sentidos, las emociones, los valores o la autoestima, tiende a repetirse y convertirse en hábito.

Requerimientos nutricionales de la población: establecidos en función de la edad, sexo, estado fisiológico y patologías del individuo.

Proceso de la nutrición: consiste en la ingestión, digestión, absorción y utilización de los nutrientes por el organismo.

ALIMENTACIÓN

La alimentación se define como el acto mediante el cual introducimos en nuestro organismo fundamentalmente por la boca distintos alimentos que nos sirven de sustento. Este es un proceso voluntario y consciente ya que elegimos los alimentos y la forma de consumirlos según nuestros hábitos (Pérez, 2011).

La alimentación en todas sus variantes culturales define la salud de las personas, su crecimiento y desarrollo. Es por ello que los estudios epidemiológicos revelan constantemente la estrecha relación que existe entre los hábitos alimenticios y la salud. Por la tanto una alimentación diaria de cada individuo debe contener la cantidad suficiente de los diferentes micronutrientes y micronutrientes para cubrir las necesidades fisiológicas. Éstas necesidades están influenciadas por factores como; sexo, edad, estado fisiológico y actividad física (Calañas, 2012).

Importancia de la alimentación

De acuerdo con Delgado, et al., (2007) la importancia de la alimentación se adquiere desde la infancia y la adolescencia, esto se debe a que durante este tiempo se producen los procesos de crecimiento, desarrollo y maduración del ser humano. Además los hábitos alimenticios adquiridos durante estas edades tienen un carácter determinante frente al rendimiento físico- deportivo del niño y desarrollo de ciertas patologías. Es por ello que el objetivo fundamental es buscar una adecuada capacidad de autorregulación alimentaria, que permitirá hacer frente a las necesidades fisiológicas y necesidades secundarias originadas por estímulos sociales: moda, publicidad y rutinas.

Dieta

Se define como la técnica para utilizar los alimentos de forma adecuada. Esta ciencia propone formas de alimentación equilibrada y variada que permite los requerimientos nutricionales en situaciones de salud y enfermedad respecto al gusto, costumbres y posibilidades individuales (Melvin, 2008).

Melvin (2008), establece que una dieta equilibrada se basa en consumir una gran variedad de alimentos con moderación, obteniendo los nutrientes necesarios para el crecimiento, desarrollo de los tejidos y la proporción de la energía necesaria para el control del peso.

Dicho de otro modo, la dieta saludable es aquella que minimiza el riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas con la nutrición (Becoña, Vázquez, & Oblitas, 2004).

Para que la dieta sea equilibrada Becoña et al., (2004), señala que esta debe aportarnos todos los nutrientes básicos y la fibra necesaria de acuerdo a nuestras necesidades a base de ingerir diversos alimentos de los grupos básicos: cereales, frutas y verduras, productos lácteos, carnes y pescados. Esta variedad de alimentos son importantes porque no existe ningún alimento que contenga todos los nutrientes esenciales para nuestro organismo, así cada alimento contribuye a nuestra nutrición de manera especial y en las cantidades adecuadas.

Es por ello que para lograr lo anterior se debe seleccionar una variedad de los grupos alimenticios en la pirámide alimentaria. Melvin (2008), menciona que en la actualidad existe cierto consenso para agrupar los alimentos en la pirámide alimentaria en seis categorías generales, que a su vez representan los grupos correspondientes a los nutrientes.

La Pirámide de los alimentos se constituye de la siguiente manera: En la base de la pirámide alimentaria se encuentran: los panes, los cereales, el arroz y la pasta, todos provenientes de granos estos se deben consumir de (6-11 raciones al día). Sigue el grupo de las verduras (5-3 raciones al día) y el de las frutas (2-4 raciones al día). Respecto al grupo de la leche, yogurt y queso (2-3 raciones al día) y el grupo de la carne, aves, pescado y huevo se recomienda que se

consuman muy poco. Así como las grasas, aceites y azúcares, los cuales no están seleccionados como grupo estos deben ser consumidos de forma escasa al día. Cabe destacar que las porciones ingeridas no serán las mismas para todos, estas dependerán de la edad, sexo y la actividad física realizada.

Plato del buen comer

El Plato del Bien Comer forma parte de la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005 para la promoción y educación para la salud en materia alimentaria, la cual da los criterios para la orientación alimentaria. El propósito fundamental de esta norma es establecer los criterios generales para la orientación alimentaria dirigida a brindar a la población, opciones prácticas con respaldo científico, para la integración de una alimentación correcta que pueda adecuarse a sus necesidades y posibilidades. Así como promover el mejoramiento del estado de nutrición de la población y a prevenir problemas de salud relacionados con la alimentación.

La NOM (2005) establece con claridad las características de una dieta correcta:

- Completa: Que contenga todos los nutrientes. Se recomienda incluir en cada comida alimentos de los tres grupos.
- Equilibrada: Que los nutrientes guarden las proporciones apropiadas entre sí.
- Inocua: Que su consumo habitual no implique riesgos para la salud porque está exenta de microorganismos patógenos, toxinas y contaminantes y se consuma con moderación.
- Suficiente: Que cubra las necesidades de todos los nutrientes.
- Variada: Que incluya diferentes alimentos de cada grupo en las comidas, ajustada a sus recursos económicos, sin que ello signifique que se deban sacrificar sus otras características.

La alimentación en la actualidad

Durante las últimas décadas se han modificado de forma paulatina los hábitos alimenticios que junto con el estilo de vida sedentario han contribuido al aumento significativo del sobrepeso y la obesidad.

De acuerdo a Salas, García, y Sánchez (2005), esto se debe a que en la actualidad la disposición de alimentos es abundante y variada ya que antes se reservaban para celebraciones excepcionales. Al aumentar los recursos económicos de parte de la población, existen mayores opciones para la elección de alimentos y se aumenta la frecuencia del consumo de los alimentos más apreciados que suelen ser más ricos en nutrientes, lo que favorece la disminución de las deficiencias nutricionales, si bien ello no proporciona necesariamente estados nutricionales óptimos, lo que ocurre es que las patologías nutricionales cambian y se producen trastornos por exceso.

Por tal motivo el primordial interés en la actualidad es difundir la importancia de establecer una buena nutrición debido a que en la actualidad se está optando por consumir alimentos preparados fuera del hogar, haciendo que se esté dando un aumento del número de restaurantes, fondas y cocinas económicas (Pérez, 2011).

En un estudio realizado por la Encuesta de Percepción y Acceso a los Satisfactores Básicos (EPASB, 2009) se reportó que un 42.88 % de los habitantes del D.F consumían alimentos fuera de casa y un 49.83% preparaban alimentos para llevarlos al trabajo o escuela. De acuerdo con una encuesta realizada por Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) 2012, el 40% de los mexicanos aseguró que prefería comer en puestos ambulantes, mientras que el 38% optó por fondas de comida rápida, mientras que un 32% prefirió las loncherías (Agencias de Noticias del Estado de México [NOTIMEX], 2012).

Educación alimentaria

La educación nutrimental actualmente reconoce el valor esencial en la repercusión de la seguridad alimentaria, la nutrición comunitaria y las intervenciones en materia de salud. También está demostrada su capacidad por sí sola en el comportamiento dietético y estado nutricional, así mismo tiene efectos a largo plazo en la actuación independiente de los progenitores y por medio de estos en la salud de sus hijos. (FAO, 2011).

Además la educación alimentaria establece un alcance muy extenso y contribuye a todos los pilares de la seguridad alimentaria y nutricional, centrándose especialmente en lo que puede influir en el consumo de alimentos, las prácticas dietéticas, los hábitos alimenticios, la compra de alimentos y la preparación de estos. La educación está pasando a ser indispensable en los países afectados por la globalización y la urbanización cuyos regímenes alimentarios son objeto de una transición peligrosa al consumo de alimentos elaborados baratos, con alto contenido de azúcar, grasa y sal.

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE Y HÁBITOS

Un estilo de vida saludable es definido como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida (Wong, 2010). Los estilos de vida son determinados por la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

Relación entre estilos de vida y salud

El hecho de que las causas principales de muerte se desplacen paulatinamente desde los procesos infecciosos a los factores ambientales, hace que cobre importancia el debate sobre los estilos de vida y su impacto sobre la salud. Así, el interés social que despierta este ámbito de estudio ha conducido a la proliferación de investigaciones y publicaciones, de forma que en la actualidad el concepto de estilo de vida se utiliza en mayor medida desde el área de la salud que desde otros ámbitos de estudio. Sin embargo, a pesar del interés creciente desde el campo de la salud, el concepto de estilo de vida no constituye un ámbito de estudio nuevo. Según revisiones históricas realizadas, los orígenes de este concepto se remontan a finales del siglo XIX y las primeras aportaciones al estudio de este concepto fueron realizadas por filósofos como Karl Marx y Max Weber. Estos autores ofrecieron una visión sociológica del estilo de vida, enfatizando los determinantes sociales de su adopción y mantenimiento. Desde la orientación sociológica, la mayoría de definiciones convergen al atender el estilo de vida como un patrón de actividades o conductas que los individuos eligen adoptar entre aquellas que están disponibles en función de su contexto social (Becoña & Fernando, 2004).

Por otra parte la comunidad médica defendía que las personas practican estilos de vida insanos por su propia voluntad. Es decir, el modelo biomédico no reconocía la importancia del contexto social y de los factores psicológicos como condicionantes de la adquisición de los estilos de vida, precisamente porque culpabiliza a la víctima de sus hábitos o estilos de vida insanos. Aunque este fue criticado de reduccionista, el modelo biomédico contribuyó a que el estilo de vida fuera un tema de estudio e investigación para las ciencias de la salud y para que los ciudadanos llegaran a ser más conscientes de que algunas de sus conductas conllevan riesgos para la salud (Wong, 2010).

El constructo estilo de vida se asocia a las ideas de comportamiento individual y patrones de conducta, aspectos permeables que dependen de los sistemas socioeducativos. Estilo de vida hace referencia a la manera de vivir, a

una serie de actividades, rutinas cotidianas o hábitos, como el número de comidas diarias, características de alimentación, horas de sueño, consumo de alcohol, cigarrillo, estimulantes y actividad física entre otras, El estudio del estilo de vida procede de enfoques de reflexión psicosocial y socioeducativa tradicionales; desde los cuales se piensa la salud. A partir de estos enfoques se analiza la existencia de determinados estilos de vida que propician o inhiben algunas formas de enfermedad. Según estas visiones, los factores sociales, psicológicos y de comportamiento condicionan los modos de vida de los individuos y condicionan sus consecuencias (Guerrero & León, 2010).

Comportamiento y salud

El factor más decisivo en el campo de la salud, ha sido el que las principales causas de muerte ya no son las enfermedades infecciosas sino las que provienen de estilos de vida y conductas poco saludables, tales como una alimentación poco saludable, llevar una vida sedentaria, el estrés, etc. Actualmente hay evidencias considerables de que las causas de la enfermedad radican en la conducta y el estilo de vida del individuo.

En la actualidad se está asistiendo a un cambio en los patrones de mortalidad en las sociedades desarrolladas. Las enfermedades infecciosas han cedido su protagonismo, respecto a la morbilidad y mortalidad, a las crónicas y a las suscitadas por comportamientos inadecuados. Cada vez es mayor la evidencia del peso que ejerce nuestra conducta, nuestros estados psicológicos y el contexto en el que vivimos sobre nuestra salud. La salud de los individuos depende en gran medida de comportamientos tales como realizar hábitos saludables, buscar cuidados médicos, obedecer las recomendaciones de los médicos, etc. La peculiaridad de tales enfermedades es que se encuentran asociadas estrechamente a la conducta humana y al estilo de vida de los sujetos. De ahí que en la actualidad sea más adecuado hablar de patógenos y de inmunógenos conductuales. Por *patógenos conductuales* entendemos aquellas conductas que incrementan el riesgo de un individuo a enfermar (ej., fumar, beber alcohol). Por

contra, los *inmunógenos conductuales* son todos aquellos comportamientos que hacen a uno menos susceptible a la enfermedad (Becoña & Fernando, 2004).

Promoción de estilos de vida saludables

La promoción de estilos de vida saludables implica conocer aquellos comportamientos que mejoran o socavan la salud de los individuos. Se entiende por conductas saludables aquellas acciones realizadas por un sujeto, que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo, que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad. En la actualidad, se conoce un número importante de comportamientos relacionados con la salud, apresados a través de la investigación epidemiológica.

Hábitos

Un hábito puede ser definido como el modo de actuar, adquirido por la práctica frecuente de un acto (Botero, 2010).

Los hábitos son un mecanismo estable que crea destrezas o habilidades, es flexible y puede ser utilizado en varias situaciones de la vida diaria. De acuerdo con Mendoza, 2011, el proceso de formación de hábitos en los niños y las niñas, se basa en la construcción de rutinas en las cuales es importante que los adultos tengan en cuenta los siguientes aspectos:

Estructurar los pasos o secuencias a seguir para su adecuada implementación y práctica constante en la vida diaria.

Dar a conocer la importancia y las ventajas de su práctica oportuna y constante, por parte de los(as) niños(as) y la familia.

Los hábitos conforman las costumbres, actitudes y formas de comportamientos que asumen las personas ante situaciones concretas de la vida diaria, las cuales conllevan a formar y consolidar pautas de conducta y aprendizajes que se mantienen en el tiempo y repercuten (favorable o desfavorablemente) en el estado de salud, nutrición y el bienestar (Botero, 2010).

La formación de hábitos alimentarios y estilos de vida saludables son un proceso interactivo en el que es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

Hábitos sociales

La influencia social y cultural ejerce claramente un poderoso efecto sobre las elecciones de los alimentos en los niños. La exposición inicial de un alimento en un contexto social determinado permite la unión de las características sensoriales del alimento a las condiciones sociales en que es consumido. Así, los niños pequeños prefieren alimentos que les son familiares o que ven cómo los consumen sus padres. Los adultos representan modelos a seguir por los niños y las niñas mediante sus acciones, lenguaje y actitud, marcan la pauta de acción en el desarrollo oportuno de las rutinas y actividades que contribuyen a formar hábitos saludables (Mendoza, 2011).

La teoría del aprendizaje propone que se aprende imitando modelos. Por lo tanto, los hábitos y estilos de alimentación de los padres se transmiten a los hijos (Mendoza, 2011). En la medida que los niños son pequeños dependen más estrechamente de las decisiones de sus padres, quienes determinan, por ejemplo, qué alimentos son o no son apropiados para sus hijos. Así, un alimento permitido, según el criterio de los padres, será más frecuentemente expuesto y llegará a formar parte de los hábitos alimentarios del niño (Botero, 2010). Los padres tienen en sus manos la oportunidad de brindar una gran variedad de experiencias para enriquecer el aprendizaje de hábitos y vigilar que se den las condiciones e interacciones apropiadas, en torno a este proceso (Guerrero & León, 2010).

Acciones dirigidas a la formación de hábitos saludables

Es importante que los niños y las niñas vivencien experiencias que les permitan avanzar en la consolidación de hábitos saludables. En este sentido se sugiere considerar los siguientes aspectos:

Sensibilizar a los niños y las niñas en cuanto a la importancia de tomar decisiones oportunas en relación al cuidado responsable de su salud y los efectos que estas pueden producir.

Motivar y explicar en el lenguaje de los (as) niños (as) los pasos a seguir para practicar los hábitos, haciendo énfasis en los beneficios que éstos brindan a la salud y bienestar integral.

Intercambiar opiniones, escuchar sus preguntas, sugerencias, agrado o aceptación, ya que los niños y las niñas pueden actuar como comunicadores, proporcionando a los padres y a la familia nueva información que mejore sus condiciones de vida.

Mostrar de manera práctica las indicaciones de los pasos a seguir durante la rutina diaria para formar hábitos saludables. Los niños y las niñas comprenden mejor observando el cómo hacer, que simplemente escuchando (Mendoza, 2011).

Ahora bien como se ha venido mencionado antes los adultos representan modelos a seguir por los niños, mediante sus acciones, lenguaje y actitud, marcan la pauta de acción en el desarrollo oportuno de las rutinas y actividades que contribuyen a formar hábitos saludables, es por ello que no debemos perderlos de vista y resaltar la importancia que estos tienen como generados de hábitos mas saludables en los niños, ya que ellos tienen en sus manos la oportunidad de brindar una variedad de experiencias para enriquecer este aprendizaje.

ACTIVIDAD FÍSICA

La OMS (2014), define a la actividad física como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija un gasto de energía. Por ejemplo, cualquier trabajo manual, como lavar el coche, cuidar el jardín, sacar a pasear al perro, entre otros.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el 2013 realizó un informe estadístico sobre la participación de los hombres y mujeres en la práctica de algún deporte o ejercicio físico en su tiempo libre. Reportando que de las 2336 viviendas encuestadas, un 43.8 % de los encuestados eran activos

físicamente, mientras que un 56.2 % eran inactivos físicamente. (INEGI, 2013). La OMS reporta que la inactividad física en adultos ha tenido un incremento del 14% en los últimos tres años en el ámbito mundial. Al menos un 60% de la población mundial no realiza la actividad física necesaria para obtener beneficios para la salud. Esto se debe en parte a la insuficiente participación en la actividad física durante el tiempo de ocio y a un aumento de los comportamientos sedentarios durante las actividades laborales y domésticas. El aumento del uso de los medios de transporte "pasivos" también ha reducido la actividad física (OMS, 2014).

Causas de la inactividad física

Los niveles de inactividad física son elevados en prácticamente todos los países desarrollados y en desarrollo. En los países desarrollados, más de la mitad de los adultos tienen una actividad insuficiente. En las grandes ciudades en desarrollo la inactividad es un problema aún mayor. La urbanización ha creado varios factores ambientales que desalientan la actividad física: Superpoblación, aumento de la pobreza, gran densidad del tráfico, mala calidad del aire, inexistencia de parques, aceras e instalaciones deportivas y recreativas. Se necesitan con urgencia medidas de salud pública eficaces para mejorar la actividad física de todas las poblaciones (OMS, 2014).

La ENSANUT (2012), revela que el 58.6% de los niños y adolescentes de 10 a 14 años refieren no haber realizado alguna actividad física organizada desde hace un año. Olivares et al., (2006) demostró en su estudio que más del 55% de los niños no realizaba actividad física fuera del colegio. Los niños mostraron escasas motivaciones y múltiples barreras para adquirir hábitos de alimentación saludable y actividad física, así como una baja autoestima y autoeficacia.

Se ha observado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Además, se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de

los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica (OMS, 2014).

Importancia de la actividad física

Las presentes recomendaciones mundiales sobre actividad física tienen principalmente por objeto prevenir las Enfermedades no Trasmisibles (ENT) mediante la práctica de actividad física. Está demostrado que la actividad física practicada con regularidad reduce el riesgo de cardiopatías coronarias y accidentes cerebro vasculares, diabetes tipo II, hipertensión, cáncer de colon, cáncer de mama y depresión. Además, la actividad física es un factor determinante en el consumo de energía, por lo que es fundamental para conseguir el equilibrio energético y el control del peso (OMS, 2010).

Actividad física para jóvenes

Para los niños y jóvenes entre 5 y 17 años de edad, la actividad física consiste en juegos, deportes, desplazamientos, actividades recreativas, educación física o ejercicios programados, en el contexto de la familia, la escuela o las actividades comunitarias. Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y de reducir el riesgo de ENT, la OMS, recomienda que:

Que los niños y jóvenes de 5 a 17 años inviertan como mínimo 60 minutos diarios en actividades físicas de intensidad moderada a vigorosa.

60 minutos diarios de actividad física reporta beneficios para la salud.

La actividad física diaria debería ser, en su mayoría, aeróbica. Convendría incorporar, como mínimo tres veces por semana, actividades vigorosas que refuercen, en particular, los músculos y huesos.

Sin embargo en el caso de los niños y jóvenes inactivos, se recomienda un aumento progresivo de la actividad para alcanzar finalmente el objetivo indicado más arriba. Es conveniente empezar con una actividad ligera y aumentar

gradualmente con el tiempo la duración, la frecuencia y la intensidad. También hay que señalar que si los niños no realizan ninguna actividad física, cualquier actividad inferior a los niveles recomendados será más beneficiosa que no hacer nada en absoluto (OMS, 2014).

Efectos beneficiosos de la actividad física en los jóvenes

La realización de una actividad física adecuada ayuda a los jóvenes a: desarrollar un aparato locomotor (huesos, músculos y articulaciones) sano; desarrollar un sistema cardiovascular (corazón y pulmones) sano; aprender a controlar el sistema neuromuscular (coordinación y control de los movimientos) y mantener un peso corporal saludable (González, 2003). La actividad física se ha asociado también a efectos psicológicos beneficiosos en los jóvenes, gracias a un mejor control de la ansiedad y la depresión. Asimismo, la actividad física puede contribuir al desarrollo social de los jóvenes, dándoles la oportunidad de expresarse y fomentando la autoconfianza, la interacción social y la integración (OMS, 2014). También se ha sugerido que los jóvenes activos pueden adoptar con más facilidad otros comportamientos saludables, como evitar el consumo de tabaco, alcohol y drogas, y tienen mejor rendimiento escolar. Una investigación de Dishman (1986, citado en Márquez, 1995), encontró que 1.750 médicos prescribían ejercicio en casos de depresión (85%), ansiedad (65%) y dependencia de ciertas sustancias o fármacos. Márquez (1995) reveló que la actividad física de tipo aeróbico rítmico como correr, andar, montar bicicleta y nadar resultaba benéfica a nivel psicológico para las personas.

Por otra parte la Secretaría de Educación Pública (SEP) impulsa el programa de Activación física promoviendo la obtención de beneficios en diferentes dimensiones como en el trabajo, escolar, físicos y psico-sociales. Los beneficios que se obtienen a nivel escolar son: mejorar el desempeño académico, disminución de la ausencia escolar, mejora las relaciones con los padres, previene el consumo de drogas y alcohol.

Actividad Física para los adultos

Para los adultos de 18 a 64 años de edad, la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos a pie o en bicicleta), actividades ocupacionales (es decir, trabajo), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias (OMS, 2014).

Con el fin de mejorar las funciones cardiorespiratorias, musculares, la salud ósea y la reducción de riesgo de ENT y depresión, la OMS recomienda que:

Los adultos de 18 a 64 años dediquen como mínimo 150 minutos semanales a la práctica de actividad física aeróbica, de intensidad moderada, o bien 75 minutos de actividad física aeróbica de intensidad vigorosa cada semana.

Practicar actividad aeróbica en sesiones de 10 minutos de duración, como mínimo.

Realizar dos o más veces por semana, actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares: dorsales, pectorales, piernas y hombros.

Con esto los adultos inactivos o con enfermedades limitantes verán mejorada su salud en alguna medida (OMS, 2014).

Efectos beneficiosos de la actividad física en los adultos

En general, una sólida evidencia demuestra que, en comparación con los hombres y mujeres adultos menos activos, las personas más activas: presentan menores tasas de mortalidad por todas las causas, cardiopatía coronaria, hipertensión, accidentes cerebro vasculares, diabetes tipo II, síndrome metabólico, cáncer de colon y mama, y depresión; tienen un menor riesgo de fractura de cadera o columna; presentan un mejor funcionamiento de su sistema cardiorrespiratorio y muscular, y mantienen más fácilmente el peso, y tienen una mejor masa y composición corporal. En algunos casos el ejercicio reduce la necesidad de medicación, lo cual reduce los riesgos que esto conlleva (González, 2003).

Así mismo los beneficios que se obtienen en ambientes como el trabajo son, una mejor disposición en el trabajo, previene la fatiga, disminuye el estrés, mejora la productividad. En el aspecto psicosocial aumenta la autoestima, mejora la autoimagen, disminuye la depresión, alivia el estrés y disminuye el aislamiento social. (SEP, Programa Nacional de Activación Física, 2008)

Es por ello que la existencia de una relación positiva entre los niveles de actividad física y salud mental ha llevado a los expertos Berger y Owen (1988), a aconsejar y animar a realizar de una forma regular algún tipo de actividad física. En concreto es recomendable que la gente se implique en más de una actividad cambiando de una aeróbica a anaeróbica evitando las de competición y sin olvidar el carácter de diversión y agrado. Si la actividad no es agradable para quien la practica es poco probable que haya una mejora tras esta (Márquez, 1995).

Mitos sobre la actividad física

Mantener la actividad física resulta muy caro. Se necesitan equipos, ropas y zapatos especiales, y a veces incluso hay que pagar por el uso de las instalaciones deportivas. La actividad física se puede realizar prácticamente en cualquier sitio y no requiere equipo necesariamente. Cargar las compras, libros o niños son buenas actividades físicas complementarias, igual que subir escaleras en vez de utilizar el ascensor (González, 2003). La actividad física más practicada y recomendada (caminar) es totalmente gratuita. Algunas zonas urbanas disponen de parques, paseos marítimos u otras zonas peatonales ideales para caminar, correr o jugar. No es imprescindible acudir a un gimnasio, piscina u otra instalación deportiva especial para mantenerse físicamente activo (OMS, 2014).

Para mejorar y mantener su salud bastan 30 minutos de actividad física de intensidad moderada 5 días por semana. Sin embargo, esto no significa que la actividad física deba realizarse siempre durante 30 minutos seguidos. Puede irse acumulando a lo largo del día: por ejemplo, 10 minutos de caminata a paso rápido tres veces al día, o 20 minutos por la mañana y otros 10 más tarde (González, 2003). Estas actividades pueden incorporarse a sus rutinas diarias: laborales,

escolares, domésticas o lúdicas. Gestos simples como subir por las escaleras, ir al trabajo en bicicleta o salir del autobús dos paradas antes de su destino final y hacer el resto del trayecto a pie van acumulando actividad física a lo largo del día y pueden formar parte de las actividades diarias (OMS, 2014).

Por esta razón y debido al aumento de la obesidad y enfermedades crónicas, en México actualmente cada vez hay más consentimiento en poner a disposición de niños y adolescentes información para promover estilos de vida saludables, además se está encaminando a formar un entorno promotor de actividad física, así como una dieta saludable que sustituya al ambiente actual que promueve el sedentarismo y el consumo de alimentos con alta densidad energética (ENSANUT, 2012).

Justificación

La mayoría de los casos de la obesidad son de origen multifactorial. Existen factores genéticos, metabólicos, endocrinológicos y ambientales. Sin embargo la obesidad exógena o por sobrealimentación constituye la principal causa de esta problemática. Entre los factores ambientales destacan tanto el aumento de ingesta de alimento como la reducción de la actividad física. Los trastornos psicológicos, el sedentarismo, así como la presión social y comercial para ingerir alimentos excesivamente calóricos, parecen ser los factores más importantes en la etiología de la obesidad hoy en día (Ayela, 2009).

La principal problemática de la obesidad está en la desproporción de la cantidad de alimentos consumidos y el gasto calórico, es decir, consumimos más de lo que gastamos, éste es en realidad el principal problema y factor de riesgo en la aparición de la obesidad. Actualmente la obesidad se ha convertido en un problema a nivel mundial ya que las personas llevan una vida más pasiva esto debido a las actividades que realizan en los trabajos, por ejemplo ahora se han extendido los horarios laborales y si a esto le agregamos que la mayoría de los trabajos que se realizan ahora requieren de poca movilidad, los trabajos quedan lejos de casa y para llegar las personas toman transporte y no requieren de

caminar largas distancias aumentamos el porcentaje de llevar una vida sedentaria y por tanto de padecer obesidad.

En nuestro país, esta problemática se observa de manera preponderante en la población infantil, respecto a su prevalencia e incidencia. La Encuesta Nacional de Salud (ENSA, 2006) indica que a nivel nacional el sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años, fue de 26% para ambos sexos, dato que representa aproximadamente 4, 158, 800 niños en toda la República Mexicana. El aumento en la prevalencia de sobrepeso en niños fue de 41% y en niñas 27%. Sin embargo el incremento más alarmante fue en la prevalencia de obesidad en los niños, pasando de 5.3 a 9.4% (77%); en las niñas este aumento fue de 5.9 a 8.7% (47%).

Factores de riesgo de obesidad

A) Sociodemográficos

Obesidad en los padres

En un estudio realizado por Villagran, Rodríguez, Novalbos, Martínez y Lechuga (2010) se encontró que en relación a los antecedentes de los padres, se aprecia una asociación significativa entre el IMC de los padres e hijos con sobrepeso, fundamentalmente a partir de la figura materna, de tal modo que el IMC de la madre es un potente indicador de obesidad en el niño, lo que posiblemente señala además de intervención genética, la existencia de una alimentación y estilos de vida imitados entre padres e hijos.

A pesar de estudios como este aun sigue resultando difícil diferenciar el origen genético o ambiental como factor predictivo de la obesidad. En un estudio realizado por Fogelholm , Nuutinen , Pasanen , Myöhänen & Säätelä (1999) se observó la relación que existía entre padres e hijos sobre los patrones de actividad física y la obesidad. Obteniendo como resultado que la inactividad de los padres y la presencia de obesidad ($IMC > 30 \text{ kg / m}^2$) es un predictor fuerte y positivo de la inactividad del niño, y la presencia de obesidad. Concluyendo que los padres deben prestar atención a su propio estilo de vida para reducir la falta de inactividad física y la obesidad en sus hijos.

Nivel socio-económico bajo

A pesar de las dificultades para la comparación, debido a los diferentes planteamientos de las investigaciones existentes, parece posible concluir que el nivel socioeconómico elevado es un factor de riesgo de obesidad en los países pobres y en los de transición nutricional (como China). Sin embargo, en los países desarrollados el nivel socioeconómico bajo es generalmente un factor de riesgo de obesidad.

Habitar en medio rural versus urbano

Según los países, la influencia del lugar de residencia sobre el riesgo de obesidad en niños es variable. En los países pobres y en los de transición nutricional, el medio rural parece un factor de protección, sin embargo, en estudios realizados en países desarrollados se ha identificado como de riesgo.

B) Antecedentes en la infancia

La precocidad del rebote adiposo, antes de los 5 años. El análisis de las curvas de IMC en función de la edad ha permitido describir su evolución a lo largo de la infancia. Se ha identificado una pendiente de crecimiento durante el primer año de la vida que decrece a partir de esta edad llegando a sus valores mínimos entre los 4 y 8 años momento en el que se produce un nuevo aumento hasta la edad adulta. Se ha observado que este incremento, al que se ha denominado “rebote adiposo”, cuando se produce precozmente, antes de los 5 años, conduce a una elevación más rápida del IMC y se asocia significativamente a un mayor riesgo de obesidad en la edad adulta (Anaes, 2004). La importancia del valor del IMC antes y en el momento del rebote adiposo deberá ser tenida en cuenta en próximos estudios para poder hacer una valoración más ajustada del riesgo.

Peso elevado al nacimiento

Los datos de la literatura van a favor de una asociación positiva entre macrosomía (peso superior a 4 kg al nacimiento) y padecer obesidad en la infancia y la adultez. También hay literatura que muestra una relación positiva, tanto en el ámbito ecológico como individual, entre el bajo peso al nacimiento y el exceso de mortalidad por infartos y en general con los diversos componentes del síndrome metabólico (obesidad, hipertensión arterial, dislipemias) siendo la

combinación de bajo peso al nacimiento y desarrollo de obesidad central la de mayor riesgo (Oken & Gillman , 2003).

C) Estilos de vida

La escasa actividad física (Arenz, Ruckerl, Koletzko & Von Kries, 2004) y el sedentarismo, indirectamente estimado por el número de horas consumidas en actividades lúdicas sedentarias (televisión, computadora, videojuegos) están significativamente asociados a la obesidad. Además, varios estudios epidemiológicos han evidenciado una relación directa entre la cantidad de horas consumidas en ver televisión y la ingesta energética y grasa. Sin embargo , la actividad física moderada se identifica como un factor protector.

A partir de los datos de los que disponemos actualmente es difícil concluir si es la actividad física el origen de la obesidad o es esta obesidad la que condiciona un modo de vida más sedentario.

Duración del sueño

En un estudio realizado en niños y jóvenes españoles la prevalencia de obesidad fue inferior en el grupo que dormía una media de 10 horas en relación con los que duermen menos de 7 horas. Aunque otros estudios descriptivos han identificado una relación entre menor duración del sueño y obesidad infantil, son necesarias más investigaciones que la confirmen y la naturaleza de la misma (ANAES, 2004).

D)Características de la alimentación

Una revisión sistemática que evaluó la fuerza de evidencia científica de estos factores clasificó como fuertemente implicados en la etiología la elevada ingesta de alimentos densos en energía, como probables la poderosa publicidad para el consumo de estos alimentos y el elevado consumo de refrescos con azúcar y como posible (con menor nivel de evidencia) el gran tamaño de las porciones (Jain, 2004).

Los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades

cardiovasculares. El sobrepeso, la obesidad y las enfermedades conexas son en gran medida prevenibles.

Los cambios metabólicos observados en niños y adolescentes obesos se conocen también como síndrome premetabólico y pueden estar relacionados con los trastornos endocrinos que se observan en la obesidad, como déficit de hormona del crecimiento o hiperleptinemia (Serra, Ribas, Aranceta, Pérez, Saavedra, & Peña, 2003).

También se han descrito problemas ortopédicos que se acompañan de alteraciones en la movilidad física e inactividad; trastornos en la respuesta inmune con aumento en la susceptibilidad a infecciones; alteraciones cutáneas que reducen la capacidad de cicatrización de heridas e infecciones y problemas respiratorios nocturnos e incluso apnea del sueño (Committee on Nutrition, 2001).

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 (Bjornturp, 2001).

Por otra parte, la exposición de los niños a los medios de comunicación, están jugando un papel relevante en esta problemática. Una investigación publicada en 1999 de Reilly y otros, realizada en niños británicos, muestra un exceso de sobrepeso y obesidad en los niños de edad preescolar y apunta la idea de que los esfuerzos para prevenir la obesidad del adulto deberían comenzar en la niñez temprana (Reilly, Dorosty, & Emmet, 1999).

Una investigación posterior del mismo autor (Reilly, Jackson, Montgomery, Kelly, Slater, Grant, & Paton, 2004) señala que los niños británicos modernos establecen un estilo de vida sedentario a una edad temprana y que la obesidad se atribuye a la declinación del gasto de la energía total (TEE, por sus siglas en inglés) y no al aumento de la ingesta. El autor refiere el papel que juega la televisión y los videos entre las causas de esta vida sedentaria.

Informes de la Kaiser Family Foundation (2003) sobre la exposición de los niños a los medios en los Estados Unidos, señalan que casi la mitad (48%) de los niños menores de 6 años han usado una computadora y casi un tercio (30%) ha

jugado con videojuegos. Un 43% de los niños menores de 2 años miran televisión todos los días, y un 26% tiene televisión en su cuarto. En un día cualquiera, dos tercios (68%) de los niños menores de dos años usarán la pantalla de algún medio con un promedio de 2:05 horas.

Con respecto a los videojuegos, un 50% de los niños de 4 a 6 años han jugado videojuegos y un niño de cuatro (25%) juega muchas veces a la semana. En el uso de este medio aparecen diferencias entre varones y mujeres: 56% de los niños jugaron videojuegos comparado con el 36% de las niñas; en un día cualquiera, 24% de los niños jugarán comparado con el 8% de las niñas.

En relación a lo revisado se puede resumir que, la obesidad se debe principalmente a los hábitos de vida pobres, tales como el consumo de grasas y productos azucarados, que comúnmente se combina con un entorno caracterizado por una marcada reducción de la actividad física. En suma, es un aumento en el consumo de energía y una disminución en el gasto de energía en la niñez.

Por lo tanto, se requiere poner énfasis en lograr una detención temprana de las enfermedades y producir una serie de cambios que motiven un estilo de vida saludable. Las conductas o comportamientos de salud son generados y mantenidos por la información y el conocimiento específico; existen factores familiares que determinan el comportamiento de la salud. Por ello es esencial ofrecer a los padres de familia ejemplos para que adopten un estilo de vida saludable y con ello poder controlar conductas de riesgo asociadas a la adquisición de hábitos como la inadecuada alimentación o el excesivo tiempo delante de una televisión o video consola. Esto debido a que los niños observan e imitan los hábitos alimenticios, de ocio y de actividad física de sus progenitores (Hernandez & Curiel, 2007).

Por lo tanto el objetivo del presente estudio es proporcionar a un grupo de padres de familia información sobre la obesidad infantil y sus consecuencias (físicas, sociales y psicológicas), así como, estrategias para propiciar en ellos y sus hijos un estilo de vida saludable (hábitos alimenticios, y actividad física).

MÉTODO

Participantes

Formaban parte del proyecto 29 madres y un padre de familia con un rango de edad que oscilaba entre los 26 y 49 años, cuyos hijos estudiaban en nivel escolar básico primaria, con un rango de 6 a 12 años de edad distribuidos en tres primarias oficiales del municipio de Naucalpan de Juárez, Estado de México, mismos que en caso de dos escuelas, eran pesados y medidos, mientras que en la tercera, se obtenían los datos de peso y talla por medio del certificado médico que proporcionaba la directora de dicha escuela; esto con la finalidad de detectar si los alumnos y alumnas presentaban sobrepeso u obesidad por medio del resultado del Índice de Masa Corporal (IMC).

Las principales características de la muestra se presentan a continuación: La tabla 2 muestra que en promedio la población tiene un nivel socioeconómico medio, con un nivel escolar de secundaria y en su mayoría casadas.

Tabla 2.

Datos sociodemográficos de los participantes.

Datos sociodemográficos	
Mujeres	29
Hombres	1
Edad	26-49
Promedio de edad	37
Nivel socioeconómico	
Bajo	9
Medio	21
Estado civil	
Soltera	1
Casada	20
Unión libre	8
Divorciada	1

En la tabla 3 se observan los datos de escolaridad, ocupación y el IMC de los Participantes

Tabla 3.

Datos sociodemográficos de los participantes.

Escolaridad	
Sin estudios	2
Primaria	6
Secundaria	19
Bachillerato	1
Licenciatura	1
Posgrado	1
Ocupación	
Hogar	25
Trabajadora	5
IMC	
Normal	4
Sobrepeso	20
Obesidad	6

En la tabla 4 se observan los datos sociodemográficos de los hijos de los participantes, todos ellos cumplieron con el requisito de presentar sobrepeso u obesidad. Se obtuvo el IMC de 17 niñas y de 13 niños con una edad promedio de 9 años; como se puede observar en la tabla 13 de ellos presentaron sobrepeso y 17 obesidad.

Tabla 4.

Datos sociodemográficos de los hijos de los participantes.

Datos sociodemográficos	
Niñas	17
Niños	13
Edad	6-12
Promedio de edad	9
Grado escolar	
Primero	2
Segundo	4
Tercero	11
Cuarto	3
Quinto	4
Sexto	6
IMC	
Sobrepeso	13
Obesidad	17

Escenario

El taller se impartía en un aula de cada escuela primaria, cada una contaba con adecuadas condiciones de iluminación, sin distractores y estaba acondicionado con el material necesario para el desarrollo de las actividades.

Materiales

Se utilizaba una lap top, un proyector, plumas, plumones, tijeras, recortes, cinta adhesiva, pegamento, hojas de papel bond y materiales impresos para cada una de las sesiones.

Instrumentos

Información de los hijos:

Entrevista realizada por las autoras dirigida a las madres, elaborado con la finalidad de recopilar información general de ellas y sus hijos; en este se obtenía información de los alumnos sobre la frecuencia de tiempo dedicado a actividades lúdicas sedentarias y deportivas, así como la edad de inicio de exposición frente al televisor (Cuestionario realizado por las autoras para esta investigación).

Cuestionario de nutrición y actividad en la edad escolar. (Confederación Nacional de Pediatría de México, 2008). Cuestionario constituido por 20 preguntas, la finalidad de éste era determinar con qué frecuencia se consumían ciertos alimentos así como las actividades que realizaban. La forma de calificar el cuestionario se dividía en cuatro respuestas esperadas, nunca, (1 punto), 1 a 2 veces, (2 puntos), 3 a 4 veces, (3 puntos), 5 a 6 veces (4 puntos) y toda la semana (5 puntos).

Para las madres:

Para la evaluación de los participantes se llevó a cabo la aplicación de 4 cuestionarios con el objetivo de conocer los hábitos de alimentación y de actividad física que realizaban. Estos cuestionarios se aplicaban en la primera y en la última sesión del taller de manera colectiva:

Cuestionario de hábitos alimenticios. Cuestionario constituido por 7 preguntas, este tenía la finalidad de determinar cuáles eran los hábitos del padre o cuidador primario. Éste se calificaba por medio de frecuencias. (Cuestionario realizado por las autoras para esta investigación).

Cuestionario de actividad física. Cuestionario constituido por 10 reactivos que evaluaba la actividad física. Se calificaba por medio de frecuencias (Cuestionario realizado por las autoras para esta investigación).

Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (O'Donnell & Warren; 2007). Este cuestionario mide aspectos que se relacionan con la obesidad, tales como hábitos, pensamientos y actitudes, se compone de 80 reactivos con un rango de respuesta de 5 puntos (de 0 a 4): 0 = para nada, 1 = un poco, 2 = moderadamente, 3 =

bastante y 4 = muchísimo. El cuestionario ha mostrado una adecuada confiabilidad a lo largo de su desarrollo. Las estimaciones alfa de consistencia interna se encuentran entre .79 y .88 para las 11 subescalas, con un valor mediano de .82, en una muestra de 1788 participantes, mientras que los cálculos de confiabilidad test-retest se hallan en un rango que va de .64 a .94, con una mediana de .88 en un intervalo de una semana para una muestra de 24 participantes. La validez de sus constructos fue analizada por medio de correlaciones entre las escalas que componen el instrumento y los resultados de los análisis factoriales que examinaban las relaciones entre las respuestas proporcionadas por los reactivos de la prueba. Además de observar la validez de constructos se realizaron pruebas para determinar la validez discriminante, encontrando que las puntuaciones del OQ y el historial de peso informado para tres grupos dentro de la muestra de estandarización (peso normal, sobrepeso y obesidad), brindaron evidencia pertinente a la validez discriminante. Consta de seis escalas que permiten medir hábitos y actitudes que se relacionan de manera específica con comer y con el mantener un peso corporal sano. Estas escalas son: Sobre-ingesta alimentaria, Sub-ingesta alimentaria, Antojos alimentarios, Expectativas relacionadas con comer, Racionalizaciones y Motivaciones.

Así también cuenta con cuatro escalas que se refieren a los hábitos generales de salud y al funcionamiento psicosocial, en el que se llevan a cabo los esfuerzos por bajar de peso. Estas escalas comprenden: Hábitos de salud, Imagen corporal, Aislamiento social y Alteración afectiva. Se incluye además una escala de Defensividad la cual consta de 7 reactivos que denotan autoafirmaciones idealizadas.

Cuestionario de conocimiento de obesidad infantil y estilo de vida saludable. Formado por 50 reactivos, este evaluaba el conocimiento que tenían los participantes acerca de la obesidad infantil, mitos y realidades de la obesidad y la alimentación, nutrición, hábitos y actividad física. La forma de calificar era con 0 por cada reactivo incorrecto y 1 punto por cada respuesta correcta. (Cuestionario realizado por las autoras para esta investigación).

Variables

Variable Dependiente

Estilos de vida saludables: Conjunto de conductas relacionadas con la selección, preparación y consumo de alimentos saludables y la realización de actividad física regular.

Variable Independiente

Taller de Obesidad infantil para padres o cuidadores primarios este consta de:

Técnica Expositiva: Presentación verbal de los temas por parte del instructor ante el grupo de asistentes.

Técnica Grupal (discusión en pequeños grupos): Estimulación por parte del instructor al intercambio de experiencias, ideas, opiniones y comentarios entre los participantes con la finalidad de facilitar la comprensión de los temas.

Discusión guiada mediante la formulación de preguntas: Estimulación por parte del instructor a la reflexión y el dialogo en relación a un tema, a través de preguntas que suscitan intercambio informal de ideas e información.

Diseño

Se empleara un Diseño pre-experimental de un solo grupo con pre-test-pos-test.

Procedimiento

Se solicitaba la autorización de las autoridades correspondientes de tres Escuelas Primarias del Municipio de Naucalpan de Juárez en el Estado de México para desarrollar el estudio dentro de las instalaciones de las mismas. Posteriormente y una vez obtenida su aprobación , se pesaban y medían a los

alumnos de 6 a 12 años, para obtener el índice de masa corporal (IMC), y aquellos alumnos que fueran identificados con sobrepeso u obesidad se seleccionaban para que la madre o tutor participara en el taller, haciéndole una invitación formal.

Una vez identificados los niños se convocaba a los padres de familia y se les daba a conocer las razones por las que habían sido citados, se les explicaba en qué consistía el taller, duración de éste y los días que sería impartido. Posteriormente se les proporcionaba una breve introducción de la problemática del sobrepeso y la obesidad, una vez que habían aceptado participar en el taller se les pedía a los padres que firmaran una carta de consentimiento donde se informaba que el taller era con fines de investigación, así como también que la información que ellos proporcionaban para trabajar en el taller era de carácter confidencial y que de no poder continuar con éste, podían abandonarlo con la única condición de informar que no podrían continuar; junto con esta carta también se les entregaba un cuadernillo que contenía la pre-evaluación para que la respondieran en ese momento. Este cuadernillo contenía los siguientes instrumentos de evaluación: *Cuestionario de horas de televisión* (este solo se aplicaba en la primera sesión) y *Cuestionario de nutrición y actividad en la edad escolar hijos* (éste se aplicaba en la primera y segunda evaluación). Los dos cuestionarios indagaban sobre las conductas de sus hijos. A las madres se les evaluaba con el *Cuestionario de hábitos alimenticios*, *Cuestionario de actividad física* y *Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (O'Donnell & Warren 2007)*, con la finalidad de conocer sus hábitos alimenticios y de actividad física. Todos los instrumentos se aplicaban en la primera y última sesión junto con el *Cuestionario de conocimientos*, el cual tenía como objetivo proporcionar información acerca del conocimiento que poseían los padres con respecto a la obesidad y sus consecuencias.

Una vez cubierta la fase de evaluación, se impartían ocho sesiones donde se desarrollaban los siguientes temas: a) teoría del aprendizaje social de Bandura, b) obesidad infantil, c) mitos y realidades de la obesidad y la alimentación, d) medios de comunicación, e) concepto de alimentación y nutrición, f) opciones de alimentos saludables, g) formación de hábitos y h) actividad física. Cada tema se

impartía una vez por semana a cada grupo y la duración de cada sesión era de dos horas.

Las sesiones se impartían por medio de técnicas expositivas, se proyectaban audio-videos y se realizaban dinámicas correspondientes a los temas expuestos en cada sesión.

En total se trabajó con 29 madres y un padre de familia de las tres primarias, de los cuales 7 tomaron el taller en el turno vespertino, y los otros 23 en el turno matutino, estos últimos formaban los otros dos grupos correspondientes a cada una de escuelas; éstos eran grupos formados por 14 madres, 8 madres y 1 padre (9 en total) respectivamente.

El taller se impartía los martes y jueves; los martes se trabajaba con dos grupos uno en el turno matutino y el otro en turno vespertino, en ambas escuelas se daba en un espacio asignado únicamente para dar el taller ese día, en estas escuelas se trabajaba en un salón de clases que contaba con proyector para mostrar los videos.

En la tercera escuela se impartía el taller en el aula de trabajo del psicólogo de la primaria, de igual manera éste estaba reservado ese día para poder trabajar en el taller, el aula contaba con proyector para mostrar los audio visuales.

En la novena sesión que correspondía a la última del taller, se exponía el último tema, se proyectaba el audio vídeo, se realizaba la dinámica correspondiente y se daba el cierre del taller para concluir con la entrega del cuadernillo para que realizara la post- evaluación.

Análisis de resultados

Se realizó el análisis estadístico para comparar las medias de los instrumentos del *Cuestionario de Sobre-ingesta Alimentaria* y el *Cuestionario de conocimiento de obesidad infantil y estilo de vida saludable* a través de la prueba T de Student para conocer los efectos del taller.

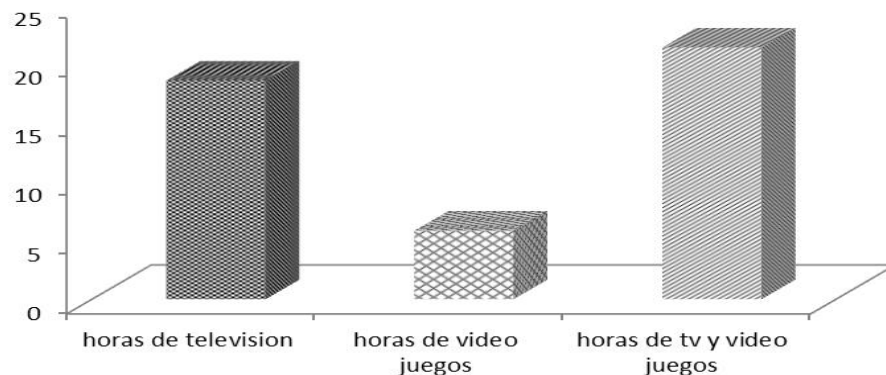
Resultados

A continuación se presenta el reporte de los padres con respecto al promedio de horas que dedican sus hijos a la televisión y los videojuegos.

En la Figura 1 se observa que los hijos de los participantes tienen a la semana un promedio de 18.5 horas dedicadas a la televisión, de los cuales un 33% además dedica 5.8 horas más a los videojuegos. Es decir que un 33% de los hijos tiene un promedio general de 21.3 horas destinado a actividades lúdicas sedentarias (televisión y videojuegos).

Figura 1

Cuestionario de actividades lúdicas sedentarias.

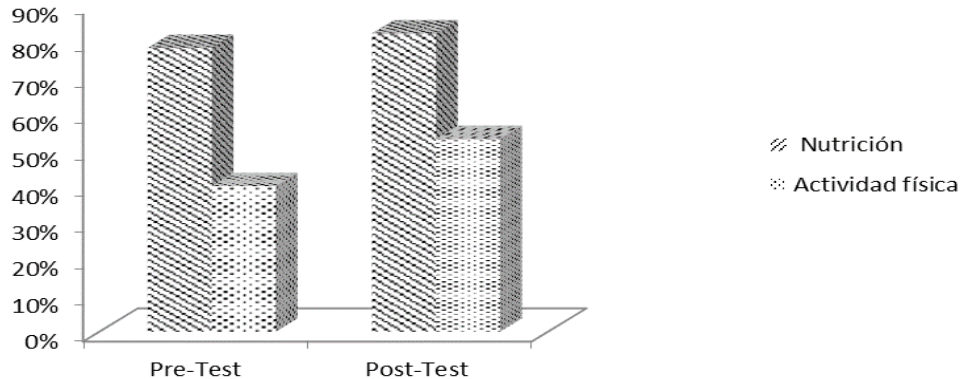


La siguiente grafica muestra los resultados de los participantes en el Cuestionario de Nutrición y Actividad en la edad escolar.

La Figura 2 muestra los porcentajes del reporte alimenticio de los hijos de los participantes antes y despues de la aplicación del taller, como se puede observar, el reporte de los padres muestra que para la segunda evaluacion se presentó un aumento del 4% en el apartado de nutricion, lo que sugiere que los niños adquirieron una alimentacion mas saludable, en lo que respecta al apartado de actividad física se observó un incremento del 13% en la actividad física para la post-evaluacion.

Figura 2

Porcentaje de los participantes del Cuestionario de Nutrición y Actividad en la edad escolar.



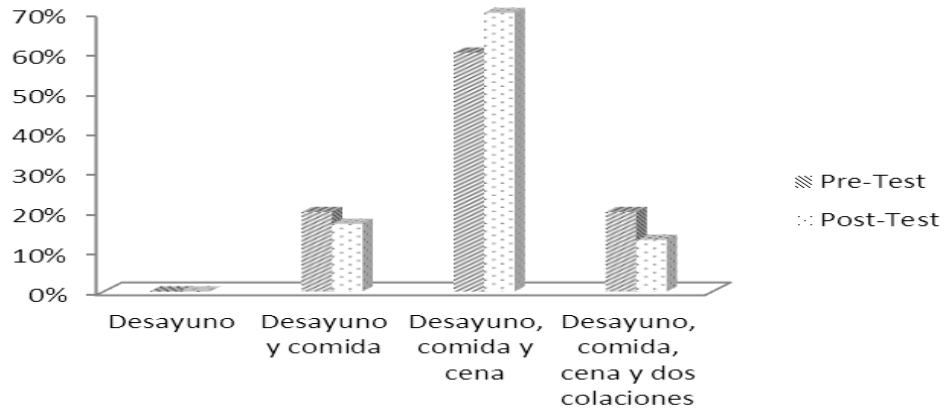
A continuación se muestran los resultados obtenidos en el Cuestionario de Hábitos Alimenticios en la Pre y Post-evaluación de los participantes.

La Figura 3 representa los porcentajes obtenidos antes y después del taller con respecto a las comidas realizadas al día. En la primera aplicación el 60% de los participantes respondió que realizaba tres comidas al día (desayuno, comida y cena), para la segunda evaluación se observó un aumento del 10% en ésta.

Por su parte, un 20% de los participantes respondieron que realizaban sólo dos comidas al día (desayuno y comida), mientras que para la segunda evaluación hubo un descenso del 3% en ésta, el otro 20% respondió que realizaba tres comidas y dos colaciones, en este último hubo un decremento en la segunda evaluación del 7%, es decir, que solo un 13% reportó seguir consumiendo tres comidas y dos colaciones.

Figura 3

Porcentajes de los participantes reporte del número de comidas realizadas al día.

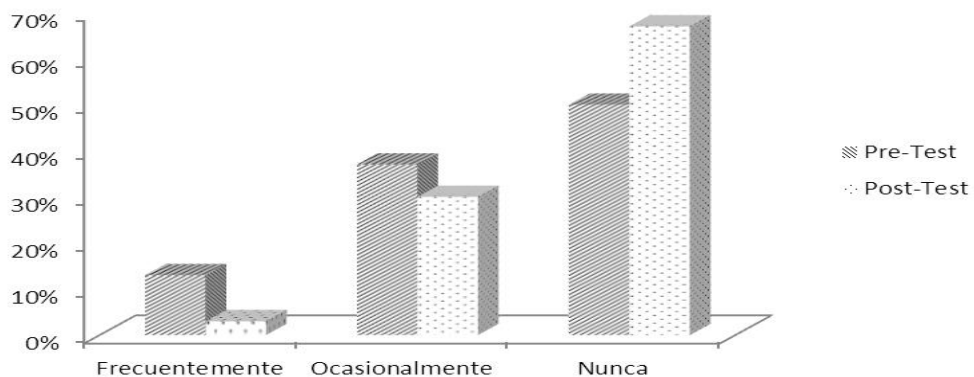


La Figura 4 representa los porcentajes obtenidos en la pre y post-evaluación en relación a si los participantes comían habitualmente sin hambre. El 13% de ellos respondieron que con frecuencia consumían alimentos sin tener hambre, para la segunda evaluación se observó un descenso del 10 % en ésta.

Por otra parte un 37% de los participantes respondió que consumía alimentos sin presentar hambre ocasionalmente, no obstante para la segunda evaluación se observó un decremento del 7% en ésta, el 50 % restante respondió que nunca consumía alimentos sin tener hambre, para la segunda evaluación hubo un aumento del 17% en los participantes que no consumían alimentos sin hambre.

Figura 4

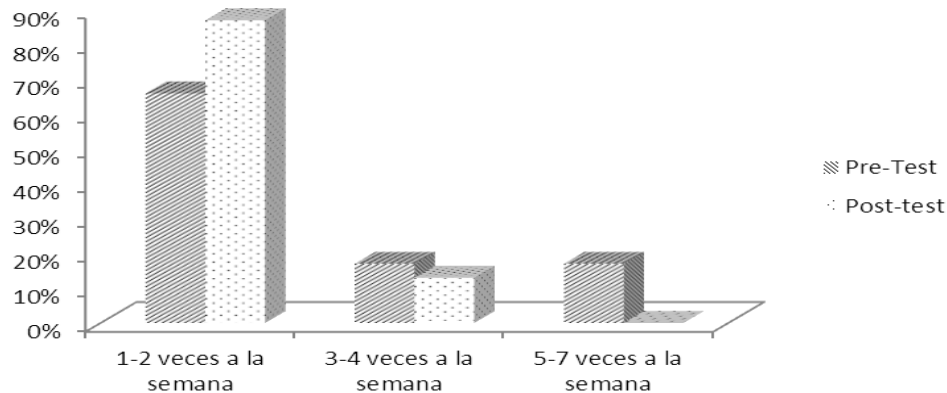
Porcentajes de los participantes reporte de la frecuencia de consumo de alimentos sin hambre.



En la Figura 5, correspondiente a los porcentajes obtenidos en la pre y post-evaluación del consumo de alimentos chatarra se observó que un 66% de los participantes consumía alimentos chatarra de una a dos veces por semana, cabe mencionar que ésta es la respuesta que hace referencia a la menor frecuencia de consumo según las opciones de respuesta presentadas para esta pregunta; en la segunda evaluación hubo un aumento del 21% en lo participantes que consumían sólo una o dos veces por semana estos alimentos. Por otro lado un 17% de los participantes reportó consumir estos alimentos de tres a cuatro veces por semana, mientras que en la post evaluación hubo un decremento del 4%; el otro 17% de los participantes tuvo un consumo de comida chatarra de cinco a siete veces por semana mientras que para la post evaluación se observó que ya no había participantes que consumieran estos alimentos más de cinco veces por semana, es decir, que se llegó a un nulo consumo de alimentos chatarra.

Figura 5

Porcentajes de los participantes frecuencia de consumo de alimentos chatarra a la semana.

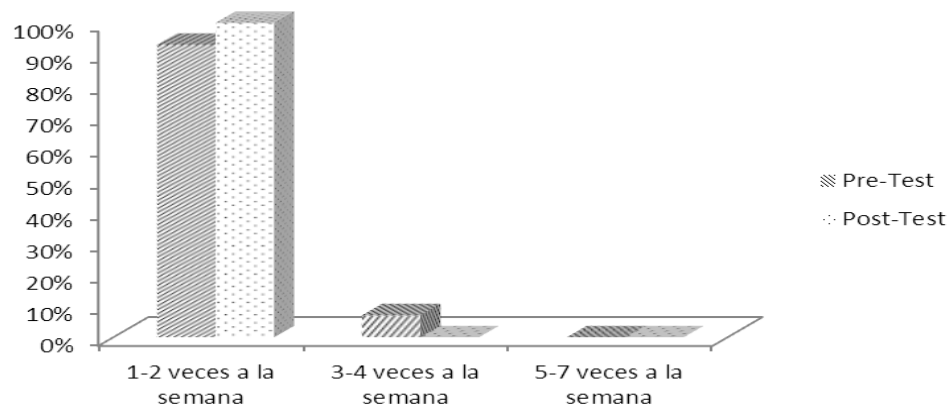


La Figura 6 corresponde a la frecuencia de consumo de comida rápida. En la pre- evaluación el 93% de los participantes respondió que consumía comida rápida (pizza, hamburguesa) una o dos veces por semana, cabe mencionar que ésta es la respuesta que hace referencia a la menor frecuencia de consumo según las opciones de respuesta presentadas para esta pregunta; para la segunda

evaluación se observó un aumento de consumo del 7%, mismo que reportó en la pre evaluación tener un consumo de comida rápida de 3 a 4 veces a la semana, teniendo como resultado un nulo consumo en esta opción de respuesta en la post-evaluación . Cabe resaltar que en ningún momento de la evaluación los participantes mencionaron consumir más de cinco veces por semana comida rápida.

Figura 6

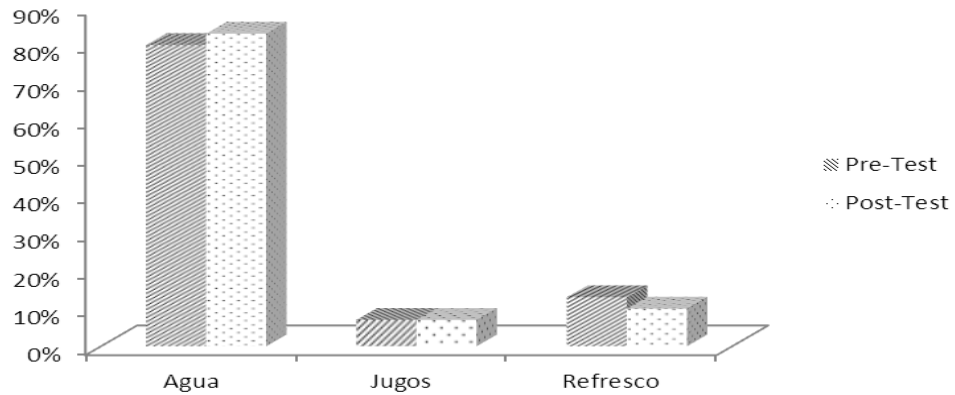
Porcentajes de los participantes reporte de consumo de comida rápida a la semana.



La Figura 7 corresponde al consumo de bebidas habituales. En la pre evaluación el 80% de los participantes reportó el agua como bebida habitual, para la segunda evaluación se observó un aumento del 3% en el consumo de esta bebida. Un 7% de los participantes respondió que consumía jugos, no se reportaron cambios para la post-evaluación, el otro 13% de los participantes refirió que el refresco era su bebida de consumo habitual, sin embargo, para la segunda evaluación hubo un descenso del 3% en su consumo.

Figura 7

Porcentajes de los participantes reporte del consumo de bebidas habituales.

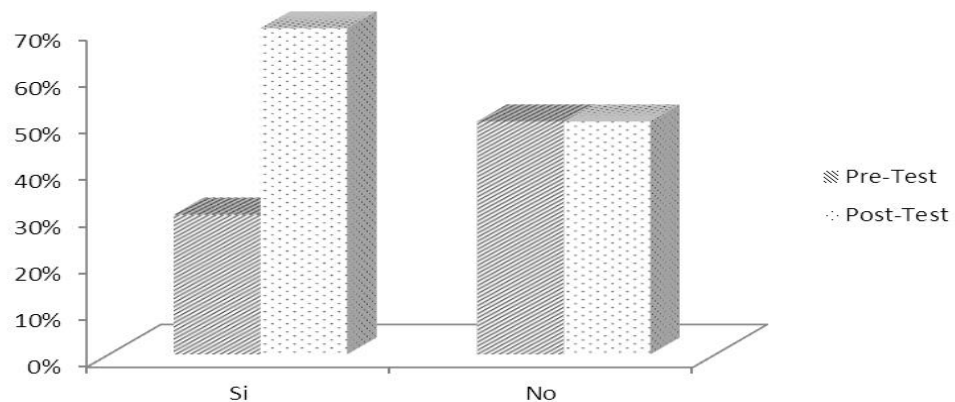


La Figura 8 representa los porcentajes obtenidos antes y después del taller con respecto a cómo consideran sus hábitos los participantes. En la primera aplicación el 30% de ellos respondió que consideraban adecuados sus hábitos alimenticios, sin embargo para la segunda evaluación hubo un incremento del 20% en ésta.

El otro 70% de los participantes respondió que no consideraban adecuados sus hábitos alimenticios sin embargo para la segunda evaluación se observó un decremento del 20% en ésta.

Figura 8

Porcentajes de los participantes reporte de como consideran sus hábitos alimenticios.

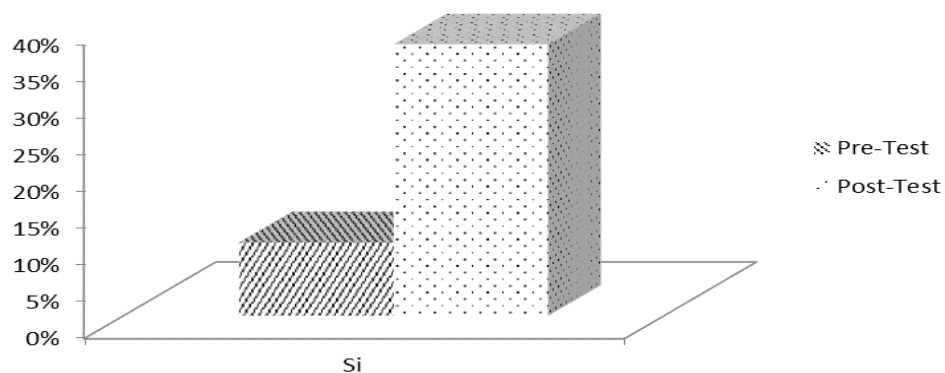


A continuación se muestran las figuras de los porcentajes de los participantes reportados en el Cuestionario de Actividad Física en el Pre-Test y Post-Test.

En la Figura 9 se observan los porcentajes de los participantes que realizaban alguna actividad física y de aquellos que no lo hacían. En el pre-test, el 10% de los participantes respondió que si realizaban una actividad física, para el post-test se observó un aumento del 27% en la actividad.

Figura 9.

Porcentajes de los participantes que reportaron realizar actividad física.

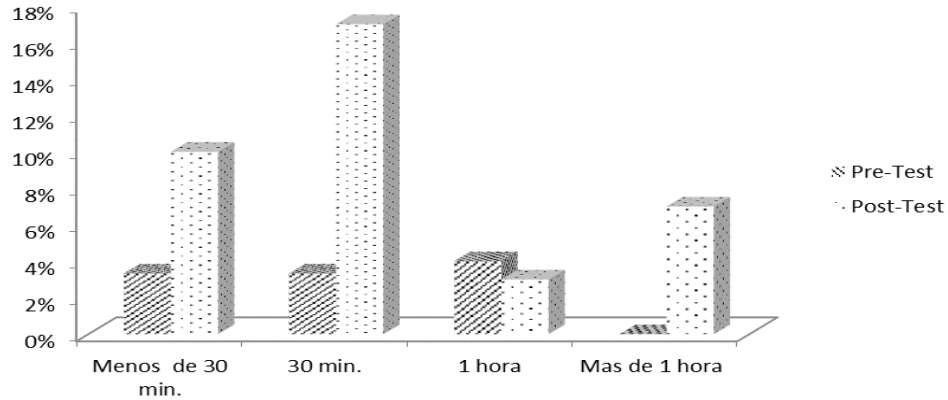


En la Figura 10 se observan los porcentajes de las horas de actividad física que realizaban al día los participantes. Un 3% de los participantes respondió que realizaba menos de 30 minutos de actividad física, en la segunda evaluación se observó un aumento del 7 % en este ítem.

Por otra parte, un 3% de los participantes respondió en la pre-evaluación que realizaba 30 minutos de ejercicio al día, para la post-evaluación, se observó un aumento del 14% en ésta. Otro 3% respondió que realizaba una hora de actividad, para la segunda evaluación, no se observaron cambios en ésta opción de respuesta. Cabe destacar que en la primera evaluación ningún participante reportó hacer más de una hora ejercicio, sin embargo para la post-evaluación un 7% reportó realizar más de una hora actividad.

Figura 10.

Porcentajes de los participantes de las horas al día que practicaban actividad física.

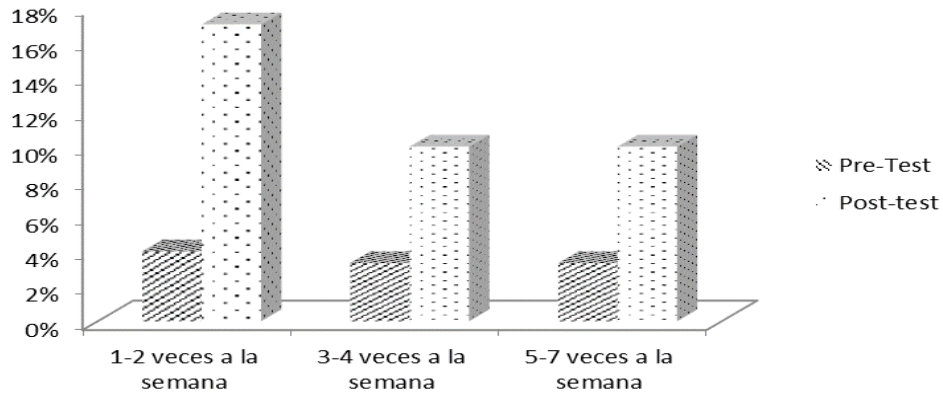


En la Figura 11, se aprecian los porcentajes obtenidos en la pre y post-evaluación respecto a cuantos días de la semana practicaban actividad física los participantes. Un 3% de los participantes respondió en la pre-evaluación que realizaban de una a dos veces por semana actividad física, en la post-evaluación hubo un aumento del 14% en ésta opción de respuesta.

Por otra parte un 3% de los participantes reportó en la pre-evaluación que realizaba actividad física de tres a cuatro veces por semana, en la post-evaluación hubo un incremento del 7% en ésta. Finalmente un 3% de ellos reportó que practicaban de cinco a siete veces por semana actividad física, para la post-evaluación se observó un incremento del 7% en ésta.

Figura 11

Porcentajes de los participantes sobre los días que realizaban actividad física.

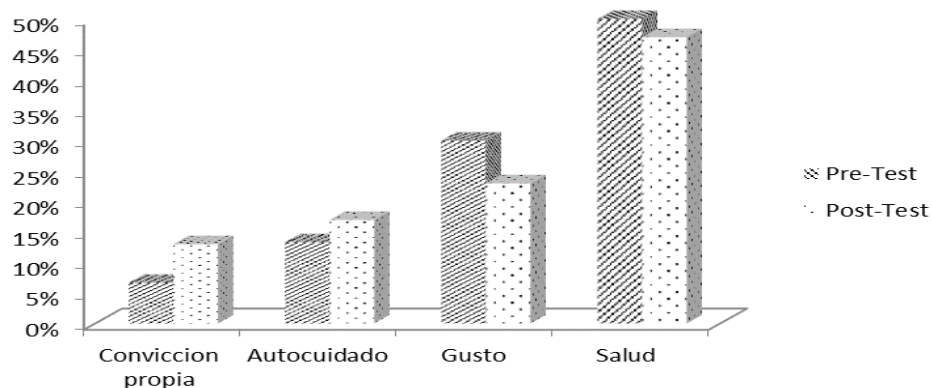


La Figura 12 muestra el motivo o incentivo por el cual realizaban algún deporte los participantes. En la pre- evaluación el 7% de los participantes respondió que practicaban deporte por convicción propia, para la post-evaluación se incrementó un 6%.

Mientras que un 13 % de los participantes respondió que lo hacían “por cuidarse”, para la post- evaluación hubo un incremento del 4%. Por otro lado un 30% de los participantes respondió que cuando practicaban un deporte lo hacían porque “les gustaba”, para la post-evaluación descendió un 7%, el otro 50% restante reportó “ salud” como motivo para realizar deporte, sin embargo en la post- evaluación se observó un decremento del 3% en esta opción de respuesta.

Figura 12

Porcentajes de los participantes que reportan el motivo por el cual practicaban un deporte.

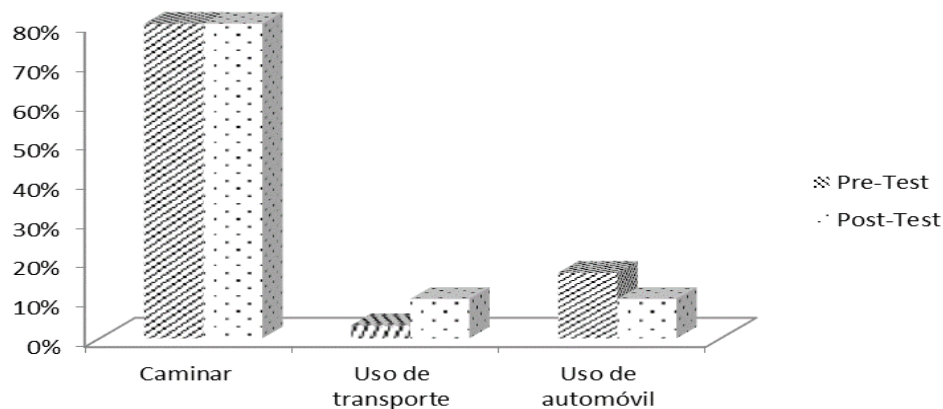


La Figura 13 muestra los porcentajes obtenidos antes y después del taller con respecto a la vía de traslado para realizar sus compras. En la primera aplicación el 80% respondió que caminaban cuando realizaban sus compras, para la segunda evaluación no se observó ningún cambio.

Por otra parte otro 3% de los participantes respondió que usaban un transporte como medio de traslado, sin embargo en la post-evaluación hubo un incremento del 7% en ésta. Mientras que el 17% restante reportó usar el auto como medio de traslado en la primera evaluación, para la segunda evaluación hubo un decremento del 7% en ésta.

Figura 13

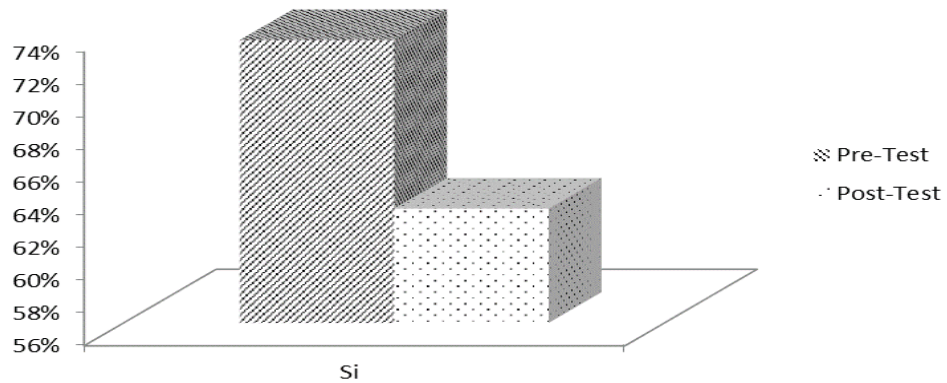
Porcentajes de los participantes que reportaron que medio de transporte usan para ir al supermercado.



La Figura 14 representa los porcentajes obtenidos en relación a si se realizaban salidas en familia. El 73% de ellos respondió afirmativo en la pre-evaluación, para la post- evaluación se observó un descenso del 10 % en las salidas familiares.

Figura 14.

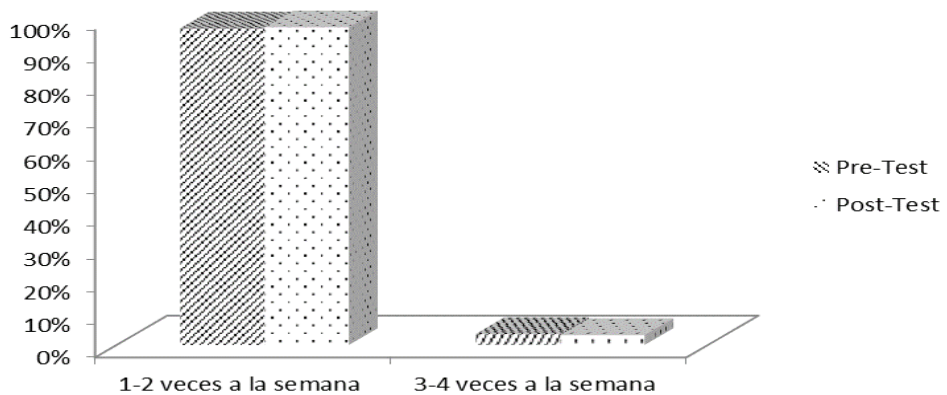
Porcentajes de los participantes que reportaron si realizaban paseos familiares.



En la Figura 15 se observan las frecuencias de los paseos familiares. En la pre-evaluación el 97% de los participantes reportó que salían de una a dos veces por semana, otro 3% de los participantes respondió que salían de tres a cuatro veces por semana, en esta opción de respuesta no se observaron cambios para la segunda evaluación.

Figura 15.

Porcentajes de los participantes que reportaron los días a la semana que realizaban los paseos familiares.



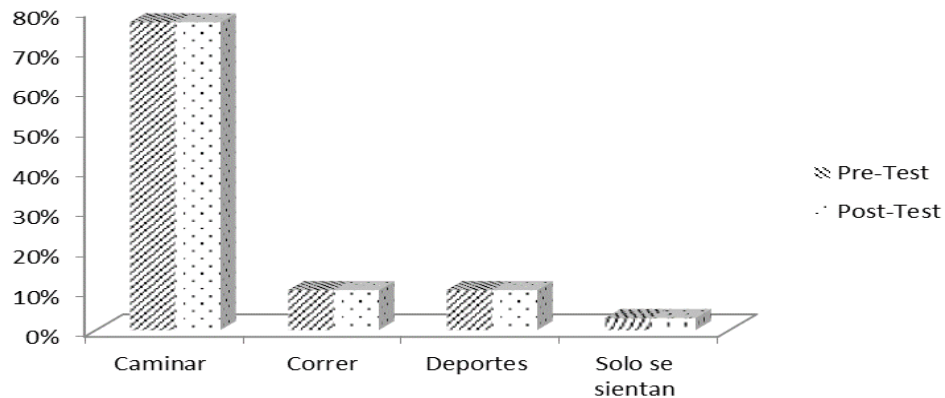
La Figura 16 muestra los porcentajes de las actividades realizadas al aire libre. El 77% de ellos respondieron que caminaban, para la segunda aplicación se

observó la misma frecuencia respecto a esta actividad. Por otro lado un 10 % de los participantes respondió que su actividad en familia era correr, no se observaron cambios en la post- evaluación.

Finalmente un 10% de los participantes refirió practicar algún deporte como parte de su actividad en familia y el 3% restante reportó solo sentarse como parte de su actividad en familia, para la segunda evaluación no se observaron cambios.

Figura 16.

Porcentajes de los participantes registrados sobre las actividades realizadas al aire libre.



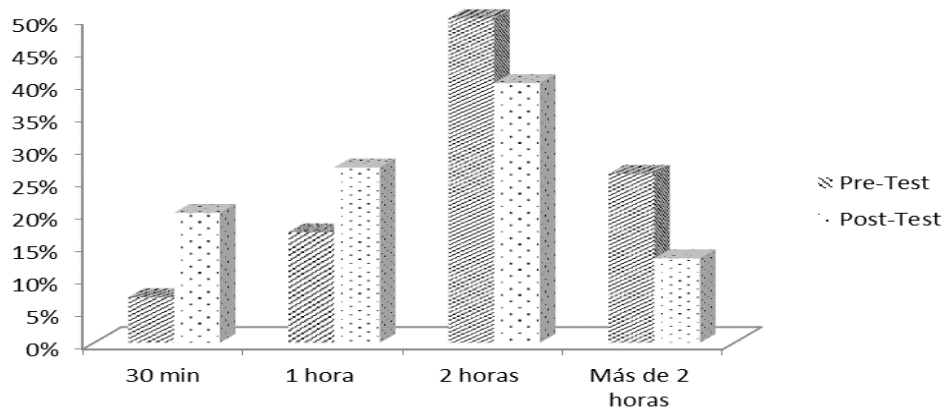
La Figura 17 corresponde a las horas que dedicaban a actividades lúdicas sedentarias (ver televisión, videojuegos o computadora al día). En la pre-evaluación el 7% de los participantes reportó que dedicaban 30 minutos a alguna de estas actividades, para la post-evaluación hubo un aumento del 13%, otro 17% de los participantes respondió que dedicaba una hora a cualquiera de estas actividades, para la post-evaluación hubo un incremento del 10% en ésta, otro 50% de los participantes refirió dedicar dos horas a estas actividades, sin embargo, en la post- evaluación hubo un decremento del 10% para ésta.

Finalmente el 26 % restante reportó dedicar más de dos horas a alguna de estas actividades, para la post-evaluación se reportó un decremento del 13% en ésta. En conclusión, aquellos participantes que dedicaban por lo menos 2 horas o

más a estas actividades, decrementaron su tiempo de inversión a dichas actividades.

Figura 17.

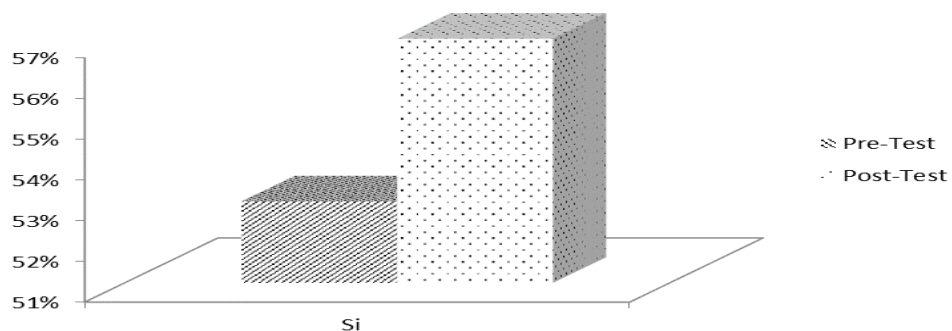
Porcentajes de los participantes sobre las horas que dedican en realizar actividades lúdicas.



En la Figura 18 se observan los porcentajes respecto a la frecuencia de actividad física realizada por los hijos de los participantes. En la primera aplicación el 53% reportó que sus hijos si realizaban un ejercicio, para la segunda aplicación se observó un incrementó del 4%.

Figura 18.

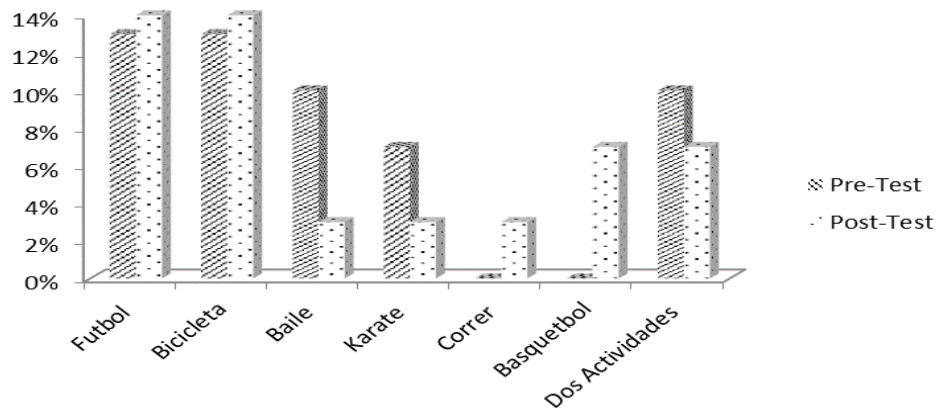
Porcentajes de los participantes sobre si sus hijos realizaban actividad física.



La Figura 19 muestra los ejercicios realizados por los hijos de los participantes. El 13 % de los participantes reportó que sus hijos practicaban fútbol o bicicleta, por otra parte en la segunda evaluación hubo un incremento del 1% en fútbol y básquetbol. Mientras que un 7% reportó karate como ejercicio practicado por los hijos, sin embargo para la segunda evaluación hubo un descenso del 4% en esta actividad. Por otro lado un 10% de ellos reportaron el baile como el ejercicio realizado por sus hijos, para la segunda evaluación hubo un decremento del 7% en esta actividad. Cabe mencionar que correr y jugar basquetbol en la pre-evaluación no fueron elegidas como actividades practicadas, sin embargo en la post-evaluación se registró un 6% para estas actividades. Finalmente el 10% de ellos reportó que practicaban más de un deporte, sin embargo en la segunda evaluación, ésta tuvo un decremento del 4%.

Figura 19.

Porcentajes de los participantes sobre las actividades deportivas practicadas por sus hijos.

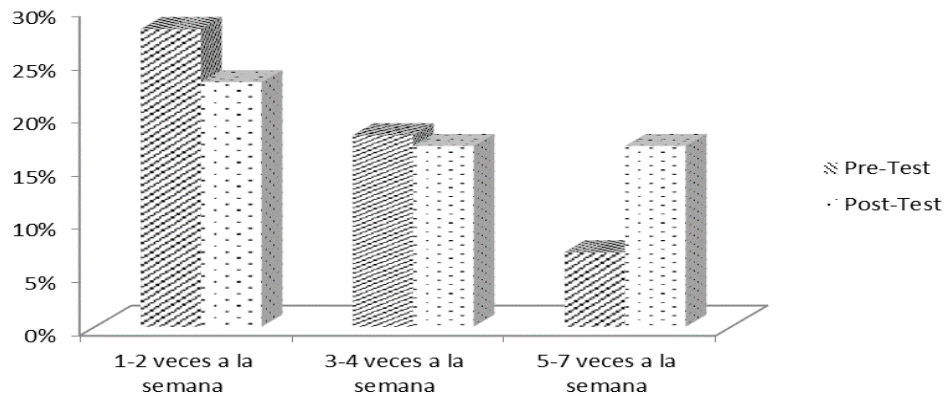


La Figura 20 corresponde a los porcentajes de los días que realizan actividad física los hijos. En la pre-evaluación el 28 % de los participantes respondió que sus hijos realizaban ejercicio de una a dos veces por semana, para la post-evaluación se manifestó un decremento del 5%. Por otro lado un 18 % de los participantes respondió que de tres a cuatro veces por semana sus hijos practicaban ejercicio, para la post-evaluación hubo un decremento del 1%. Otro

7% reportó que de cinco a siete días a la semana sus hijos hacían ejercicio, para la segunda evaluación se observó un aumento del 10 % en ésta. Finalmente el 47% restante reportó que sus hijos no practican ningún día actividad física, sin embargo para la segunda evaluación ésta decremto un 3%, favoreciendo el incremento de la actividad física.

Figura 20.

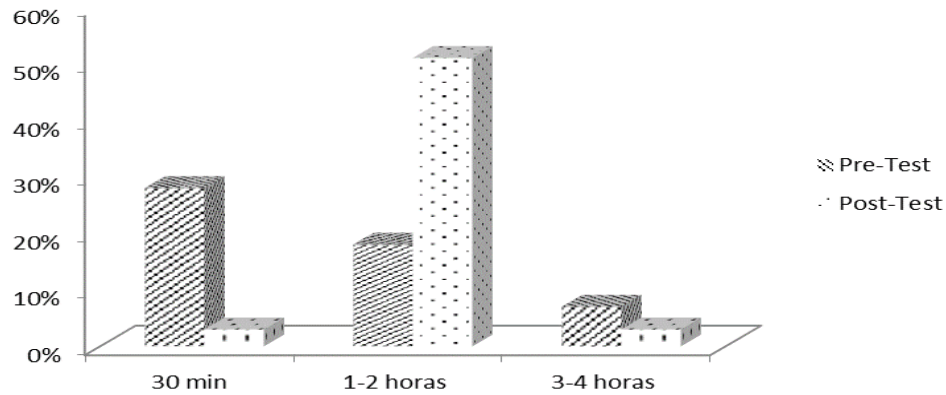
Porcentajes de los participantes de los días de práctica de actividad física de sus hijos.



La Figura 21 muestra los porcentajes de horas de ejercicio realizado al día. En la primera evaluación el 28% de ellos respondió que hacían 30 minutos de ejercicio, para la segunda evaluación se observó un decremento del 25 %. Sin embargo el 18% de los participantes respondió en la primera evaluación que hacían de una a dos horas, para la segunda evaluación se observó un aumento del 33% .El 7% restante reportó en el pre-test que realizaban de tres a cuatro horas actividad, para el post-test se presentó un descenso del 4% en las horas de actividad física realizada.

Figura 21.

Porcentajes de los participantes reporte de las horas de práctica de ejercicio físico de sus hijos.

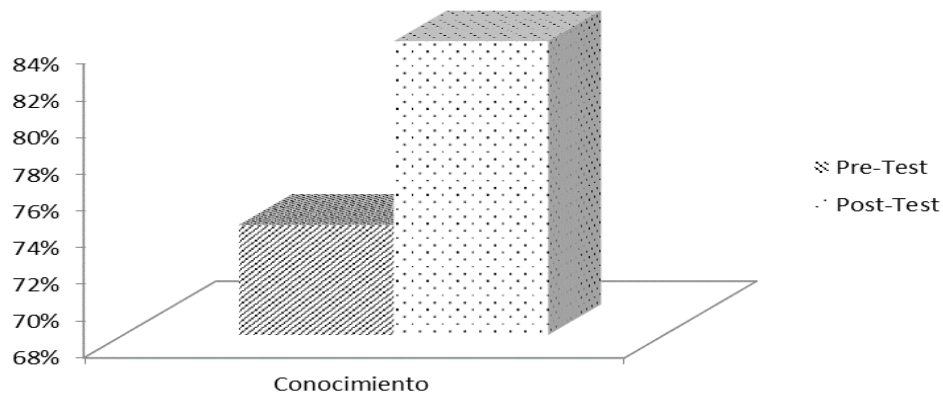


A continuación se muestran los resultados de los participantes respecto al Cuestionario de Conocimientos.

En la Figura 22 se observa que los participantes tuvieron un porcentaje de 74% en el cuestionario de conocimientos en la pre-evaluación, lo que indica que los participantes tenían un amplio conocimiento acerca de la obesidad y sus consecuencias, no obstante para la post-evaluación se observó un aumento del 10% en el conocimiento adquirido, lo cual se vio reflejado en el cambio de sus conductas alimentarias y de actividad.

Figura 22

Porcentaje de los participantes del Cuestionario de conocimiento en el Pre-Test y Post-Test.



A continuación se presentan en la Tabla 4 los resultados obtenidos del Pre-Test y Post-Test del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria. En la sub escala de Defensividad, no se observaron diferencias significativas, sin embargo en ambas evaluaciones sus puntajes ya eran bajos reflejando su disposición para trabajar con los demás así como la confiabilidad de sus respuestas, ya que puntajes altos en esta escala denotan una dudosa confiabilidad en las respuestas de los participantes.

Así mismo en la sub escala de Sobreingesta alimentaria, se observa que tampoco se obtuvieron diferencias significativas. Cabe resaltar que, puntuaciones bajas en esta escala representan un recurso conductual que ayuda al individuo a conservar un peso corporal sano como se observa en este caso, es decir, que los participantes al inicio del taller ya contaban con cierto autocontrol en lo referente al consumo de alimentos.

De la misma forma en la sub escala de Subingesta alimentaria no se observaron diferencias significativas. Sin embargo, puntuaciones bajas en esta sub escala denotan en el individuo una fortaleza actitudinal que ayuda al individuo a conservar un peso corporal sano como se observa en este caso en los participantes.

No obstante en la sub escala de antojos alimentarios se obtuvo una diferencia de puntajes estadísticamente significativa, obteniendo un decremento en el post-test lo que indica que el individuo es relativamente invulnerable al tipo de antojo apremiante de comida que con frecuencia puede sabotear los esfuerzos por conservar un peso corporal sano.

Mientras que en la sub escala de Expectativas relacionadas al comer observamos que no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la regulación emocional que poseen los participantes. Sin embargo las puntuaciones en ambas evaluaciones fueron en promedio bajas lo que es favorable ya que el individuo no tiende a utilizar la comida como estrategia de regulación emocional.

Así también en la sub escala de Reacciones notamos que no se observaron diferencias significativas entre las evaluaciones. Sin embargo cabe mencionar que las puntuaciones en ambos momentos fueron bajas lo que indica la disposición ya

presente en los participantes para la toma de responsabilidades por su peso corporal, ya sea para la conservación o pérdida de éste

En la sub escala de Motivación para bajar de peso no se obtuvieron resultados significativos, lo que indica que no hubo cambios en los participantes en cuanto a la motivación para bajar de peso.

Así también se observa que en la sub escala de Hábitos de salud no se encontraron resultados significativos, lo que indica que no hubo cambios en las conductas actuales de salud en los participantes para la conservación o reducción de su peso corporal.

Del mismo modo en la Sub escala de Imagen corporal observamos que no se encontraron resultados significativos. Sin embargo en ambas evaluaciones se presentaron puntuaciones bajas, cabe mencionar que estas puntuaciones son muy frecuentes entre aquellos individuos que tratan de bajar de peso.

En la sub escala correspondiente a Aislamiento Social no se encontraron diferencias significativas. Cabe destacar que puntuaciones bajas en esta escala denotan que la persona cuenta con recursos sociales a los que puede recurrir para facilitar sus esfuerzos por reducir o conservar el peso, como se observó aquí desde la pre- evaluación.

Sin embargo en la sub escala de Alteración afectiva se obtuvo una diferencia de puntajes estadísticamente significativa, obteniendo un decremento en el post-test lo que indica que los participantes poseen una ausencia relativa de perturbación emocional que les ayuda a centrar su máximo esfuerzo en la reducción o conservación de peso.

En general podemos observar que no se obtuvieron resultados significativos en la mayoría de las sub escalas, sin embargo cabe mencionar que desde la pre evaluación se obtuvieron puntuaciones bajas, en la mayoría de estas escalas, es decir, que los participantes tuvieron puntuaciones normales lo que indica que ya cuentan con ciertos recursos para la pérdida o mantenimiento de su peso corporal.

Tabla 5.

Resultados del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ) de O'Donnell y Warren (2007).

Sub escalas	Media Pre-Test	Media Post- Test	Puntuación T	Puntuación P
Defensividad	11.90	12.63	0.811	0.42
Sobreingesta	6.56	5.23	1.345	0.18
Subingesta	4.86	4.83	0.044282	0.96
Antojos Alimentarios	6.46	4.33	3.0084	0.00
Expectativas Relacionadas al Comer	5.20	5.63	-0.919	0.36
Reacciones	5.23	5.43	-0.255	0.80
Motivación para bajar de peso	15.53	16.06	-0.362	0.71
Hábitos de Salud	5.16	6.16	-1.390	0.17
Imagen Corporal	6.16	6.10	0.104	0.91
Aislamiento Social	6.23	5.53	0.619	0.54
Alteración Afectiva	12	8.83	3.065	0.00

Discusión

Los talleres preventivos tienen como objetivo ser una herramienta de apoyo para la prevención de las enfermedades por medio de la educación y/o información, con el fin de que las personas puedan comprender el proceso y consecuencias de la enfermedad, como en este caso lo es el sobrepeso y la obesidad, a fin de que lleven a cabo conductas saludables que ayuden a prevenir y tratar a tiempo éstas. De acuerdo con Walker, et al., (2011) la prevención contribuye a que se disminuyan los factores de riesgo durante el periodo de la primera infancia en los factores biológicos y psicosociales. Cabe mencionar que cuanto más temprano actuemos, mas beneficios obtendremos y menores riesgos se presentaran en la salud.

Por esta razón en el presente estudio se abordó la prevención del sobrepeso y obesidad, ya que actualmente estas se han convertido en una pandemia que afecta a todo el mundo, y en especial a México quien se encuentra como el primer país en obesidad infantil. Por lo cual el estudio tuvo como objetivo proporcionar a un grupo de padres de familia información sobre la obesidad infantil y sus consecuencias (físicas, sociales y psicológicas), así como, estrategias para propiciar un estilo de vida saludable (hábitos alimenticios, y actividad física).

En el estudio actual se observó dentro de la población adulta una alta prevalencia de obesidad y sobrepeso. Un 67% de los participantes presentaba sobrepeso y un 20% obesidad; mientras que en el caso de los niños un 43% presentaba sobrepeso y un 56% obesidad. Datos como estos nos muestran cómo es que los padres son esenciales a la hora de hablar de promoción de la salud, así como del desarrollo del sobrepeso y obesidad en los niños, por esta razón, las estrategias de prevención de sobrepeso y obesidad deben dirigirse a la familia, en específico a los padres ya que ellos son los encargados de la formación del estilo de vida en los niños (Flores et al. 2005). Otro aspecto importante es que la intervención debe darse a edad temprana, esto con la finalidad de fomentar en ellos hábitos alimenticios saludables y un estilo de vida activo, para que el resultado sea la obtención de beneficios a corto y largo plazo, tales como la

prevención de enfermedades asociadas a la obesidad, como lo son la Diabetes tipo II, la hipertensión, cáncer, entre otras enfermedades.

Cabe destacar que al inicio del taller se observó que los padres no tenían una clara percepción sobre el problema presente específicamente en sus hijos, ya que reportaban no tener idea de que sus hijos presentaban sobrepeso u obesidad, algunos otros minimizaban el problema, decían que sabían que sus hijos tenían un ligero problema con su peso, pero no lo percibían como un problema grave y mucho menos como una enfermedad que podía poner en riesgo la salud de sus hijos. Esto resulta interesante pues en el cuestionario de conocimientos se observó que tenían un conocimiento extenso sobre el tema. Lara y Cols (2011) realizaron un estudio sobre la percepción materna del sobrepeso-obesidad infantil y los riesgos de salud, en el cual se encontró que las madres no percibían de manera adecuada el sobrepeso u obesidad presente en sus hijos, esto debido a factores tales como las creencias y valores presentes en la madres, su nivel educativo, sexo del hijo, desconocimiento de una definición de sobrepeso u obesidad o simplemente el hecho de no aceptar que el hijo presenta un problema de sobrepeso u obesidad.

Los resultados obtenidos en el cuestionario de conocimientos, señalan de manera general que los padres ya contaban con un conocimiento extenso sobre el tema ya que sus puntuaciones al inicio del taller fueron altas, no obstante al término de éste, los participantes adquirieron mas información con lo cual se obtuvo un cambio favorable en su conducta y la de sus hijos. En cuanto a la modificación de sus hábitos alimenticios y de actividad se encontró una modificación favorable de éstos, en virtud de que al inicio del taller se reportó que había un mayor consumo de comida chatarra, así como una mayor frecuencia de consumo de estas en la semana, mientras que al término del taller se observó un decremento en el consumo y frecuencia semanal de este tipo de alimentos. En lo que respecta a la actividad física se registró al inicio una escasa actividad y para el término del taller se reportó un aumento considerable en ésta, siendo mayor en los hijos.

En el cuestionario de sobreingesta alimentaria las puntuaciones de los participantes en casi todas las escalas no reportaron datos estadísticamente significativos, cabe resaltar que estas no tuvieron un impacto puesto que al inicio del taller ya eran puntuaciones normales, no obstante dos de ellas resultaron ser significativas. En la subescala de “antojos alimentarios” en la primera evaluación se reportaron puntuaciones altas, lo que sugiere que al inicio del taller los participantes eran vulnerables al tipo de antojos apremiantes de comida que con frecuencia podían resultar un sabotaje si se quiere conservar un peso sano, es decir, que tenían conflicto en cuanto al consumo de alimentos y sus esfuerzos por mantener un peso adecuado. De acuerdo con Delgado (2000) las personas tienen un consumo de alimentos que no cuentan con los nutrientes necesarios y por esta razón se ve presente una ausencia de cromo que trae como consecuencia los antojos alimentarios debido a estos malos hábitos, ejemplo de ello sería que a lo largo del día no se consuman las tres comidas requeridas, o que no haya un ración suficiente que cubra nuestras necesidades fisiológicas de saciedad y nutrientes. Mientras que en contraste con la segunda evaluación se obtuvieron puntuaciones bajas, que de acuerdo con la prueba eran puntuaciones normales. Asimismo, se observó que en el cuestionario de hábitos alimenticios en la primera evaluación se reportó que un 17 % de los participantes tenían un consumo de alimentos chatarra durante toda la semana, mientras que en la segunda evaluación del cuestionario se registró una nula frecuencia de consumo de alimentos en toda la semana, llegando la mayoría de los participantes a un consumo máximo de una a dos veces por semana.

Por otra parte en la sub-escala de “alteración afectiva” en la primera evaluación se obtuvo un puntaje alto, lo que señala que los participantes presentaban ansiedad, depresión o estrés el cual les impedía trabajar de manera óptima. Para la segunda evaluación se reportó un decremento significativo en esta subescala con lo cual se obtuvo una ausencia relativa de las perturbaciones emocionales presentes en la primera evaluación. Silvestri y Staveille (2005) reportan que las personas con perturbaciones emocionales presentan problemas, como son la falta de atención, concentración y por lo general tienen conflicto en la

resolución de problemas, puesto que solo se centran en lo negativo. Al haber una disminución de estas afecciones los participantes pueden de este modo obtener una mejora en la concentración y resolución de problemas que les permitirá adquirir herramientas que les posibilite trabajar de manera óptima con el presente problema.

En primer lugar debemos decir que la problemática actual en la obesidad y sobrepeso es en la mayoría de los casos a causa del desbalance entre el consumo de alimentos y el resultado de una vida sedentaria que llevan actualmente las personas, esto debido a muchos factores como es que actualmente se han modificado los empleos, por ejemplo ahora se laboran más horas y en la mayoría de los empleos se permanece sentado toda la jornada laboral, así mismo el modo de traslado al trabajo, escuela u otros sitios se hace por medio de un vehículo privado o transporte público, esto debido a que la gran densidad del tránsito no permite que se puedan trasladar caminando las personas, así como la creciente urbanización y como consecuencia de esto cada vez se encuentran más retirados los lugares frecuentados, así también los pocos espacios recreativos , como son los parques o áreas de juegos no son visitados por no estar en buen estado o por falta de seguridad, aunado a esto nos encontramos hoy en día en una sociedad que está envuelta en la tecnología y es por ello que ahora los jóvenes prefieren dedicar su tiempo a jugar videojuegos, ver televisión y pasar las horas frente a la computadora e incluso en su celular (OMS, 2014).

En el presente estudio se encontró que los participantes al inicio del taller reportaron realizar poca o nula actividad física en la semana, mientras que para la segunda evaluación hubo un aumento del 14% en el reporte de actividad realizada, así también aumentó el tiempo dedicado a la actividad, el 17% de los participantes reportó dedicar por lo menos 30 min a una actividad física y reportaron hacerlo como mínimo 2 veces a la semana. Mientras que el reporte de los participantes con respecto a sus hijos reflejó que desde el inicio ya realizaban una actividad física, no obstante ésta aumento a un 57% con una duración en su mayoría, de entre una a dos horas, por lo menos dos veces a la semana. Cabe

destacar que hubo un incremento considerable en el reporte de los participantes con respecto a sus hijos ya que aumentó a un 10 % su actividad diaria. La OMS revela que dedicar por lo menos 30 minutos de actividad física tiene beneficios en el mantenimiento de la salud, así también ayuda a prevenir y tratar enfermedades ejemplo de ello son la ansiedad, depresión y estrés. En los niños los beneficios son una mejora en el aprendizaje, concentración y autoconfianza. Cabe destacar que el realizar una actividad ayuda también a mantener y a conseguir un peso adecuado con lo cual estaremos obteniendo una mejora en la calidad de vida y reduciremos riesgos de enfermedades. (OMS, 2014)

Por otra parte Márquez (1995), reporta que el practicar diversos deportes como son correr, andar, y montar bicicleta son un tipo de actividades físicas que benefician a las personas para disminuir el estrés, depresión, ansiedad, entre otros. En el presente estudio se observó que los participantes reportaron en su mayoría que cuando realizaban algún tipo de actividad se inclinaban por la actividad de correr o andar. En el caso de los niños se reportó que entre los deportes que practicaban se encontraba el jugar futbol, un deporte que implica correr, secundándolo el montar bicicleta, bailar y practicar basquetbol. Con esto encontramos que las personas al tener este tipo de actividades, no solo se ejercitan, sino que además tienen una salud mental más saludable. En el actual estudio por ejemplo se encontró que los participantes al inicio del taller tenían puntuaciones altas en la prueba de “Sobreingesta alimentaria”, en la escala de “Alteración afectiva”, sin embargo para la segunda evaluación estas puntuaciones se normalizaron.

Por otra parte los medios de comunicación juegan un papel importante en el mantenimiento del sobrepeso y la obesidad y es por ello que debemos abordarlos ya que de no prestar atención a esto, no servirán de mucho otras medidas tomadas, la razón de que centremos cierta atención en ellos, es debido a que los niños actualmente sustituyen la actividad física por medios tales como la televisión, además dentro de esta misma encontramos los anuncios publicitarios mismos que inducen a los niños al consumo de alimentos poco saludables por medio de diversas estrategias publicitarias. Jiménez (2010) reporta que cada vez

existe una mayor frecuencia de campañas publicitarias dirigidas especialmente al público infantil. En un estudio realizado por Pérez, Rivera y Hernández (2010), se encontró que había una mayor cantidad de anuncios alimenticios en el horario infantil, en donde la mayoría de los productos anunciados eran bebidas azucaradas y cereales así como los dulces, este estudio muestra también como es que hay una relación directa entre el consumo de alimentos y las horas expuestas frente al televisor, teniendo como resultado un mayor consumo de alimentos, esto sin duda es de gran relevancia, puesto que están presentes dos conflictos, en primer lugar está el consumo excesivo de alimentos con gran densidad calórica y en segundo lugar la falta de actividad física que se reemplaza por la televisión. (Díaz, Souto, Bacardí, & Jiménez, 2011).

En el presente estudio se encontró que en promedio los niños destinaban 18.5 horas a ver la televisión en la semana lo que por día es traducido a 2.6 horas dedicadas a esta actividad lúdica sedentaria. Así también se reportó que un 33% de estos niños destinaba además en promedio 5.8 horas más a los videojuegos y en total destinaban de manera general un promedio de 21.3 horas a la semana entre ambas actividades sedentarias, es decir, aproximadamente 3 horas por día.

En otro estudio realizado por Menéndez y Díez (2009) se reportó que a mayor exposición de horas de televisión aumentaba la prevalencia y riesgo de padecer sobrepeso y obesidad, tanto en adultos como en niños, esto debido a que se encuentran expuestos a las diversas estrategias publicitarias que están diseñadas para el consumo de sus productos, pues actualmente las empresas invierten mucho dinero en sus spots publicitarios, y estos cada día van dirigidos a niños de menor edad, esto con la finalidad de que el consumidor se convierta en un fiel comprador del producto o marca. En el estudio realizado los padres reportaron que expusieron a sus hijos al televisor a temprana edad, registrando como edad mínima 3 meses, si cotejamos esto con lo que reporta la literatura encontramos que los niños son más vulnerables a la publicidad debido a que su objetivo es generar en el niño nuevos hábitos de consumo, consumo que en general no es sano puesto que es rico en azúcares y grasas y pobre en nutrientes.

La literatura señala que actualmente las personas en general consumen diversidad de alimentos procesados, esto debido factores tales como: la falta de tiempo para la preparación de alimentos, un incremento en la oferta de alimentos industrializados y la accesibilidad económica de estos productos presentes en el mercado (Cofemer, 2012). Así también actualmente existen infinidad de cadenas de comida rápida, esto debido a que ha aumentado la demanda en estos establecimientos, por ello encontramos numerosos establecimientos de comida rápida y fondas; hay que tener en cuenta que además muchos de estos establecimientos cuentan con la opción de buffet y a un precio muy accesible con lo cual se genera un mayor consumo de alimentos, llegando así a la sobreingesta (Pérez, 2011).

En el presente estudio se observó que la mayoría de los participantes reportó consumir alimentos fuera de casa, un 93% de los participantes reportó un consumo de comida rápida (pizza, hamburguesa, buffet) de una a dos veces por semana y una minoría del 7% reportó hacerlo de 3 a 4 veces por semana; sin embargo para la segunda evaluación, se reportó un nulo consumo de comida rápida de tres a cuatro veces a la semana, llegando a un consumo máximo de dos veces a la semana.

Una de las limitaciones del presente estudio es que la evaluación se realizó mediante auto reportes por lo que se sugiere que para futuras investigaciones, se seleccionen instrumentos estandarizados o en su defecto se desarrollen instrumentos para la evaluación y seguimiento de personas con obesidad y sobrepeso.

De manera particular, sería pertinente que para la evaluación del “Cuestionario de sobreingesta alimentaria” se use la adaptación mexicana de Meza y Moral (2011), para una mayor validez en los resultados, debido a que en la versión mexicana este instrumento cuenta con solo 10 escalas y está constituida por 64 ítems.

Por otra parte, sería recomendable que para estudios posteriores se realicen programas multidisciplinarios a fin de tener un mayor impacto en la prevención de esta problemática. De igual modo se recomienda que los talleres

preventivos se impartan a padres e hijos, en donde se exponga a ambos al mismo tipo de información, esto con la finalidad de que tanto los padres como los hijos sean informados de las consecuencias de enfermedades como estas, es decir concientizar a la población para que modifiquen su estilo de vida.

Así también se recomienda que para futuras investigaciones se ahonde más, en la obtención de información con respecto al estilo de vida de las personas, en especial en temas relacionados con las horas destinadas a ver televisión, consumo de alimentos cuando se están realizando actividades lúdicas sedentarias y de acuerdo con esto se lleven a cabo acciones que prevengan y modifiquen estas conductas.

Por último sería conveniente de igual forma que se lleve a cabo un seguimiento con los participantes de los programas preventivos y que se obtenga información antes y después de la aplicación del programa, para obtener una mayor detección del problema y de las mejoras en los participantes.

Referencias

Agencenationalel'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). (2004). *Prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent*.

American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition. (2003). Prevention of Pediatric Overweight and Obesity. *Pediatrics*, 112, 424-430.

Arenz, S., Ruckerl, R., Koletzko.B., & Von Kries,R. (2004). Breast-feeding and childhood obesity- a systematic review. *Int J Obes.RelatMetab Disorders*, 28, 1247-1256.

Ayela, Ma. (2009). *Obesidad, problemas y soluciones*. España. Editorial Educa.

Baeza, M., Benito, M., & Simon, J. (2009). *Alimentación y Nutrición Familiar*. México: Editex.

Baron, R. (1996). *Psicología*. México (3th.ed.). Prentice Hall

Beaglehole, R., Epping-Jordan, J., Patel,V., Chopra, M., Ebrahim, S., Kidd, M. & Haines, A. (2008). Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care: a priority for primary health care. *The Lancet*, 372, 940, 943.

Becoña, I, E. & Vázquez, F. (2004). *Promoción de los Estilos de vida Saludables, Investigación en Detalle*, Universidad de Santiago Compostela, España.

Bernal, B. M. L., Ponce, G. G., Sotomayo,r S. S. M., & Carmona, M. B. (2012). Impacto de una intervencion educativa en escolares y madres de familia para la disminucion de sobrepeso. *Enfermeria Neurologica*, 11(4) 62-67.

Bjornturp, P. (2001). Thirty genes and human obesity. Are we changing ghosts? *Lancet*, 358,1006-1008.

Botero, J. (2010). Hábitos de alimentación y Estilos de vida saludable. *La crianza Humanizada*, (119) pp. 1-3

Bourges, H. Kaufer M., Casanueva E & Plazas M. (2003) *Nutriología Médica*. México, D, F: Medica Panamericana; 26(6):269-73.

Cabezuelo, G & Frontera P. (2007). *Enséñame a comer: Hábitos, pautas y recetas para evitar la obesidad infantil*. Madrid: EDAF

Calañas, C. A. (2012). *Bases científicas para una alimentación saludable*. Madrid: Díaz de Santos

Carvajal, C., Duperly, J., Gemperler, J., Katta, W., Llano, M., & Zundel, N., (2000). *Obesidad. Un enfoque integral*. [en línea] Centro editorial Universidad del Rosario. Disponible en: http://books.google.com.mx/books?id=JTKpVofzVEsC&pg=PA75&dq=causas+de+la+Obesidad&hl=es-419&sa=X&ei=4s4yU_aeMc_LsAT8k4DYAw&ved=0CCUQ6AEwAA#v=onepage&q=causas%20de%20la%20Obesidad&f=false

Chavarría, A. S. (2002). Definición y criterios de obesidad. *Nutrición Clínica*, 5(4), 237

Committee on Nutrition (2003). Prevention of pediatric overweight and obesity. *Pediatrics*, 112, 424-430.

Delgado, A. (2000). Las emociones, la salud y la mujer de hoy. Texas: Prevention.

Díaz, R. G., Souto, G. M. C., Bacardí, G. M. & Jiménez, C. A. (2011). Efecto de la publicidad de alimentos anunciados en la televisión sobre la preferencia y el consumo de alimentos: revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 26 (6), 1251.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012). *Estado de nutrición, anemia, seguridad alimentaria en la población mexicana*. Recuperado el 8 de abril del 2014. Disponible en: http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012_Nutricion.pdf

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012). *Resultados de actividad física y sedentarismo en personas de 10 a 69 años*. Recuperado el 1 de Abril del 2014. Disponible en <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/ActividadFisica.pdf>

Enriquez-Blanco H., Schneider R. & Rodríguez J. (2010). *Síndrome del intestino irritable y otros trastornos relacionados*. México: Panamericana.

Flores, M, Carrión C., & Barquera S. (2005). Sobrepeso materno y obesidad en escolares mexicanos: encuesta nacional de nutrición. *Salud pública de México* 47 (6) ,447-450.

Fogelholm M , Nuutinen O , Pasanen M , Myöhänen E & Säätelä T (1999) Parent-child relationship of physical activity patterns and obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 23, 1262-1268.

Gispert, C. & Gárriz, J. (s.f.). *Psicología práctica: para padres y educadores*. España. Oceano

Gómez, R. R. (2000). *Dieta Práctica*. (3th ed.). Madrid: Rialp.

González, A. J. M. (2003). *Actividad física, deporte y vida*. España: Oreki

Guerrero, L. & León, A. (2010). Estilo de vida y salud. *Educere, Artículos Arbitrados*, 48, 13-15

Hernández, I. & Curiel, D. (2007). *La educación física, los estilos de vida y los adolescentes: cómo son, cómo se ven, que saben y que opinan*. España: Editorial GRAO.

Hernández, R. M. (2001). *Alimentación Infantil*. (3th ed.).Madrid: Díaz de Santos

Heyward, V (2008). *Evaluación de la aptitud física y prescripción del ejercicio*. [en línea] España: Editorial Médica Panamericana. [en línea] Disponible en

[http://books.google.es/books?id=zn3dDE0R3IMC&pg=PA211&dq=By+Vivian+H.+Heyward\)+indice+de+masa+corporal&hl=es&sa=X&ei=4cwOU8SCAqji2QWnn4H4DA&ved=0CC8Q6AEwAA#v=onepage&q=By%20Vivian%20H.%20Heyward\)%20indice%20de%20masa%20corporal&f=true](http://books.google.es/books?id=zn3dDE0R3IMC&pg=PA211&dq=By+Vivian+H.+Heyward)+indice+de+masa+corporal&hl=es&sa=X&ei=4cwOU8SCAqji2QWnn4H4DA&ved=0CC8Q6AEwAA#v=onepage&q=By%20Vivian%20H.%20Heyward)%20indice%20de%20masa%20corporal&f=true) [2014,27 de Febrero]

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2013) Estadística de práctica deportiva y ejercicio físico. Recuperado 12 de Agosto del 2014. Disponible en

<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/boletines/boletin/comunicados/especiales/2014/enero/comunica2.pdf>

Jain, A. (2004). *What works for obesity? A summary of the research behind obesity interventions*. London: BMJ Publishing Group Limited.

Jiménez, G. A. (2013). *Publicidad como recurso educativo en Educación infantil*. Universidad Internacional de la Rioja. Facultad de Educación, Argentina.

Korbman, R. (2007). *Tratamiento y prevención de la obesidad en niños y adolescentes*. México: Trillas.

Lara, B., Flores, Y., Alatorre, M., Sosa, R., Cerda, R (2011). Percepción materna de sobrepeso-obesidad infantil y riesgos de salud en Nuevo Laredo, Tamaulipas, México. *Salud Pública México*, 53(3) 260-263.

Latman, M. (2002) Nutrición Humana en el mundo en desarrollo. Num. 29 *Colección FAO: Alimentación y Nutrición*

Márquez, S. (1995). Beneficios psicológicos de la actividad física. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 48 (1) 186-206

Mataix, V. J. (2005). *Nutrición para educadores* (2th ed.) España: Díaz de los Santos

Matti, T. (1995). *La salud y la nutrición*. España: Acribia

Meléndez, G. (2008) *Obesidad Infantil en Mexico*. ILSI, 1-4.

Melvin, H. W. (2002). *Nutrición para la salud, la condición física y el deporte*. (5th ed.). Editorial Paidotribo.

Mendoza, R. (2011). Formación de hábitos alimentarios y de estilos de vida saludables. Currículo de educación inicial. Caracas.

Menéndez, G. R & Franco, D. F. (2009). Publicidad y alimentación: influencia de los anuncios gráficos en las pautas alimentarias de infancia y adolescencia. *Nutrición Hospitalaria*, 24 (3), 319.

Monereo, S., Moreno, E. & Álvarez, J. (2000). *Obesidad: la epidemia del siglo XXI*. Ediciones Díaz de Santos.

Moreno, L. A. & Toro Z. L. (2009). La televisión, mediadora entre consumismo y obesidad. *Revista Chilena de Nutrición*, 36(1), 46.

Muñoz, F. (2010). *Niños, adolescentes y medios de comunicación*. [en línea] <http://www.comunicainfancia.cl/wp-content/uploads/2010/03/NINOS-ADOLESCENTES-Y-MEDIOS-DE-COMUNICACION.pdf> [2014,22 Marzo]

Norma Oficial Mexicana para la promoción y educación para la salud en materia alimentaria: NOM-043-SSA2-2005.

NOTIMEX (2012), Revisado el 2 de abril del 2014. Disponible en <http://www.dineroenimagen.com/2012-12-30/13514>

Oken, E. & Matthew, G. (2003). Fetal Origins of Obesity. *Obesity Research* 11, 496-506

Organización de Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (2011) *La importancia de la educación Nutricional*. Recuperado el 27 de marzo del 2014: Disponible en <http://www.fao.org/ag/humannutrition/31779-02a54ce633a9507824a8e1165d4ae1d92.pdf>

Organización Mundial de la salud (2014). *Actividad física adultos*. Recuperado el 3 de abril del 2014 del sitio web del OMS de http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/es/

Organización Mundial de la salud (2014). *Actividad física jóvenes*. Recuperado el 2 de abril del 2014 del sitio web de OMS: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_myths/es/

Organización Mundial de la salud (2014). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Recuperado el 2 de abril del 2014 del sitio web: [OMS:http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/)

Organización Mundial de la salud (2014). *Mitos de la Actividad física*. Recuperado el 2 de abril del 2014 del sitio web del OMS del sitio web de http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/es/

Organización Mundial de la Salud (2014). *Nutrición*. Recuperado el 26 de Marzo del 201. Disponible en <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>

Organización Mundial de Salud (2011). *Obesidad y Sobrepeso*. Recuperado 26 de marzo del 2014. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Organización Mundial de la Salud (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Recuperado el 2 de abril del 2014 del sitio web del OMS: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf

Pérez. D., Rivera-M. J. & Ortiz-H. L. (2010). Publicidad de alimentos en la programación de la televisión mexicana: ¿los niños están más expuestos? *Salud Pública de México*, 52(2), 119-126.

Pujals M. (2009). *Enfoques psicoeducativos*. Barcelona.

Reilly, J., Jackson, D., Montgomery, C., Kelly, L., Slater, C., Grant, S. & Paton, J. (2004). Total energy expenditure and physical activity in young Scottish children: mixed longitudinal study. *Lancet*, 17, 211-212.

Reilly, J., Dorosty, A. y Emmet, P. (1999). Prevalence of overweight and obesity in British children: cohort study. *BMJ*, 319, 1039.

Rodríguez, R. R. (2006). La obesidad infantil y los efectos de los medios electrónicos de comunicación. *Revista Medigraphic*, 8(2), 96.

Salud Pública México (2008). *La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública*, 50(6), 530-547.

Sánchez-Castillo, C. P., Pichardo-Ontiveros, E., & López, R. P. (2004). Epidemiología de la obesidad. *Gac Med Mex*, 140, 3-20.

Secretaria de Educación Pública (2008). *Programa Nacional de Actividad Física Escolar*. Recuperado el 11 de Julio del 2014. Disponible en <http://activate.gob.mx/Documentos/Manual%20Activacion%20Fisica%20Escolar.pdf>

Secretaria de Salud (2013). *Estrategia Nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y diabetes*. Recuperado el 7 de Julio del 2014. Disponible en http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf

Secretaria de Salud del Distrito Federal (2014). *Sobrepeso y obesidad*. Recuperado el 7 de Julio del 2014. Disponible en http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=4034

Serra, M. LL. & Aranceta, B. J. (2006). *Nutrición y Salud Pública*. Editorial Masson; 9

Serra, M. L, Ribas, B. L., Aranceta, B. J., Pérez, R. C., Saavedra, S. P. & Peña, Q. L. (2003). Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid (1998- 2000). *Médica Clínica*, 121, 725-732.

Silvestri, E. & Stavile, A. (2005). *Aspectos psicológicos de la obesidad*. Córdoba.

Stassen, K. (2007). *Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia*. [En línea]. España. Editorial Médica Panamericana. Disponible en: <http://books.google.com.mx/books?id=sGB87-HX-HQC&pg=PA45&dq=teoria+del+aprendizaje+social&hl=es&sa=X&ei=LrAwU7SoGIG3kQfgmoCABQ&ved=0CDMQ6AEwAQ#v=onepage&q=teoria%20del%20aprendizaje%20social&f=false> [2014, 24 de marzo]

Stunkard AJ, Sørensen TI, Hanis C, Teasdale TW, Chakraborty R, Schull WJ, Schulsinger F. (1986) Un estudio de adopción de la obesidad humana N Engl J Med, 314 (4), 193-198

Swinburn, B. & Egger, G. (2002). *Preventive strategies against weight gain and obesity*, *Obesity Research* 3, 289- 301.

Teijon R., Garrido P. & Blanco G. (2006). *Fundamentos de Bioquímica y metabólica*. (2th ed.). Madrid: Tebar.

UNICEF (S.F.) *Formación de hábitos alimenticios y estilo de vida saludable*. Recuperado el 31 de marzo del 2014. Disponible en www.unicef.org/venezuela/spanish/educinic9.pdf

Vasta, R. M., Marshall & Haith M. S (2008). *Psicología Infantil*. [En línea] España. Editorial Ariel. Disponible en: http://books.google.es/books?id=q4vdL2PMHScC&pg=PA51&dq=aprendizaje+social+de+bandura&hl=es&sa=X&ei=z3czU_b0E7e1sATOs4Bo&ved=0CD0Q6AEwBg

[#v=onepage&q=aprendizaje%20social%20de%20bandura&f=false](#) [2014, 26 de marzo]

Vázquez, C., De Cos, A. I. & López, N. C. (2005). *Alimentación y nutrición: Manuel teórico-práctico*. (2th ed.). España: Editorial Díaz de los Santos.

Vega, H. V. (1993) *Mercadeo Basico*. Costa Rica: Editorial EUNED

Villagrán, S., Rodríguez A., Novalbos, J., Martínez & Lechuga, J. (2010). Hábitos y estilos de vida modificables en niños con sobrepeso y obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 25(5), 8-9.

Villarreal P. T., Garza E. T., Gutiérrez H. R., Méndez, E. & Ramírez, A. (2012). . Intervención psicoeducativa en el tratamiento de la obesidad en un centro de salud de Nuevo León, México. Recuperado el 7 de Julio del 2014. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2012/af124d.pdf>

Walker S., Wachs T., Grantham-McGrego S.r, Negro M., Nelson C, Huffman S., Helen Baker-Henningham, Susan M Chang, Jena D Hamadani, Betsy Lozoff, Julie M Meeks Gardner, Christine A Powell, Atif Rahman, Linda RichterHenningham H., Chang S., Hamadani J. et al. (2011) La desigualdad en la primera infancia: factores de riesgo y de protección para early child development desarrollo infantil temprano. *The Lancet*, 378 1325-38

Wong de Liu, C. (2010). *Estilos de vida. Compilación de trabajo*. Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala.

ANEXOS

Anexo 1 Carta descriptiva.

Objetivo General: Dotar de habilidades a los padres o cuidadores primarios para un estilo de vida saludable.

PRIMERA SESIÓN

Objetivo: Se establecerá el encuadre del taller, objetivo y beneficios de éste, también se realizará la pre-evaluación de los cuestionarios de “Sobreingesta alimentaria”, “Estilos de vida saludable”, “horas de televisión”, “Nutrición y actividad en la edad escolar”, “Hábitos alimenticios”, “cuestionario de conocimientos” y “Cuestionario de Actividad física”.

Para finalizar la primera sesión se dará una breve introducción sobre lo que consistirá el taller.

Actividades	Descripción de la actividad	Técnica	Material	Tiempo
<i>Presentación</i>	Las psicólogas se presentarán y darán la bienvenida a las asistentes. Mediante la dinámica “La pelota preguntona” las asistentes se presentarán mencionando su nombre, edad, alimento que consumen regularmente y su pasatiempo favorito. Posteriormente se darán a conocer los objetivos, temas y el encuadre del taller.	-Expositiva. -Dinámica “La pelota preguntona”.	-Gafetes.	20 min.

<i>Pre-evaluación</i>	La pre-evaluación consistirá en contestar los cuestionarios de: "Sobre ingesta alimentaria", "Estilos de vida saludable", "horas de televisión", "Nutrición y actividad en la edad escolar", "Hábitos alimenticios", "Cuestionario de conocimientos" y "Cuestionario de Actividad física".	Evaluación	- Cuestionarios -pluma	1 hora y 20 min.
<i>"Introducción al taller"</i>	Se dará una breve explicación sobre lo que se verá en el taller y sobre cómo se trabajará dentro de éste.	Expositiva	-proyector - computadora	20 min

SEGUNDA SESIÓN

Se explicará a los padres la teoría del aprendizaje social para que comprendan la importancia que tienen como modelos de aprendizaje sobre sus hijos. Así también se proyectará el video "Padres e hijos" de Albertini, dicha proyección tiene la finalidad de generar un impacto visual para reforzar los conceptos explicados en el taller.

Actividades	Descripción de la actividad	Técnica	Material	Tiempo
<i>Dinámica "reflexionando o la imitación de conductas"</i>	Se pedirá a los padres que cierren los ojos y reflexionen sobre una conducta específica que sus hijos hayan aprendido de ellos se dará un tiempo para que recreen la situación y cuando ya la tengan se pedirá que abran los ojos y describan la conducta imitada, los padres que han hecho la recreación explicarán como consideran esta conducta y después el resto de los integrantes del taller dará su opinión.	Plenaria	Ninguno	30 min
<i>Primer tema: "Teoría del aprendizaje"</i>	Se realizará una exposición acerca de la teoría del aprendizaje cognitivo social.	Expositiva	proyector computador	30min

<i>social”.</i>				
<i>Proyección del video “padres e hijos”</i>	Se proyectará el video “padres e hijos” con la finalidad de crear un impacto visual en los padres o cuidadores primarios para reforzar el tema dado en la sesión.	Proyector	-proyector computador	15 min
<i>Dinámica “evaluación de la sesión de aprendizaje”</i>	Se hará la dinámica de “evaluación de la sesión de aprendizaje” se les pedirá a los padres que se acomoden de modo que estén los más cómodos posible y a continuación se le pedirá que cierren los ojos y presten atención a su respiración. Deben contar hasta diez y tomar el mayor aire posible y retenerlo, ahora deben exhalar y de igual modo contar hasta diez para sacar todo el aire. Esto se repetirá cinco veces y al termino se les harán las siguientes preguntas: ¿Qué he aprendido hoy? ¿Qué es lo que más disfrute hoy? ¿Qué es lo que no me gusto? ¿Qué he dado y que he recibido hoy? ¿En qué aspectos soy mejor hoy? ¿Cómo puedo aplicar lo que he aprendido hoy? Al término de la dinámica los participantes compartirán lo que aprendieron.	Plenaria	-sillas	30 min

TERCERA SESIÓN

Objetivo: Se proporcionará información sobre el tema de obesidad y sobrepeso. Se expondrán las consecuencias físicas, psicológicas y sociales de esta enfermedad para que los padres o cuidadores primarios se percaten del impacto global de estas.

CUARTA SESIÓN

Objetivo: Proporcionar información sobre mitos y realidades de la obesidad y la alimentación para que tengan información veraz del tema y puedan distinguir entre lo cierto y falso dentro de toda la gama de información que está disponible en los diversos medios de difusión (libros, revistas, televisión, etc.) y pueden llevar a cabo lo aprendido. Para generar un mayor impacto y aprendizaje en los padres o cuidadores primarios se proyectará el video “Mitos y realidades del buen comer” y “La gordura no es buena”

Actividades	Descripción de la actividad	Técnica	Material	Tiempo
<i>Primer tema: “Mitos y realidades de la obesidad y la alimentación”</i>	Se expondrá el apartado de mitos y realidades sobre la obesidad y la alimentación.	- Expositiva.	Computadora Proyector	25 min
<i>Dinámica de “mitos y realidades de la obesidad y la alimentación”</i>	1.-Se les pedirá a las participantes que formen dos grupos. 2.-Después se les dará la siguiente instrucción: “Se les repartirá una serie de imágenes las cuales tienen una breve descripción atrás, el pizarrón estará dividido en dos apartados verdadero y falso ustedes deben colocar la imagen en el lugar correcto.	Plenaria	-pizarrón Imágenes	30 min
<i>Proyección de video primera parte de “mitos y realidades del buen comer”</i>	Se proyectará el video “Mitos y realidades del buen comer” teniendo como objetivo un mayor impacto en los padres o cuidadores primarios con respecto al tema dado, así como una mayor gama de información dada por especialistas en el tema.	Proyectiva	Computadora -Proyector	15 min.
<i>Segunda parte del tema: “Mitos y</i>	Se concluirá el tema “Mitos y realidades de la obesidad y la alimentación.	Expositiva	Computadora Proyector	20 min.

<i>realidades de la obesidad y la alimentación</i>				
<i>Proyección Segunda parte del video "Mitos y realidades del buen comer" y "La gordura no es buena"</i>	Se proyectará la segunda parte del video "Mitos y realidades del buen comer". Al final del video se pedirá a los padres que compartan sus dudas o comentarios con respecto al tema dado en la sesión y/o la proyección del video.	Proyector	Computadora Proyector	30 min.

QUINTA SESIÓN

Objetivo: Brindar información acerca del impacto que la publicidad tiene en los espectadores así como las repercusiones de esta. Se proyectarán los videos "Impacto publicitario" y "Manipulación desde la infancia de la publicidad para prepararlos en consumidores" para que los padres se percaten del gran impacto que genera la diversidad de anuncios en los niños y se prevenga el enganche con los productos dañinos para la salud.

Actividades	Descripción de la actividad	Técnica	Material	Tiempo
<i>Primer tema "Medios de comunicación"</i>	Se dará información sobre el impacto de la publicidad y sus repercusiones en los niños.	expositiva	-computadora -proyector	30 min.
<i>Dinámica proyección de video "Impacto publicitario"</i>	Se proyectará el video de impacto sobre los medios de comunicación	Proyector	-Proyector -computadora	5 min
<i>Segunda parte del tema "Medios de comunicación"</i>	Se concluirá con el tema "Medios de comunicación".	expositiva	-Proyector -computadora	20 min.

“ <i>Manipulación desde la infancia de la publicidad para prepararlos en consumidores</i> ”	Se proyectará el video “Manipulación desde la infancia de la publicidad para prepararlos en consumidores” para que los padres tengan un mayor conocimiento sobre la repercusión de la publicidad en los niños.	Proyectiva	-Proyector -computadora	10 min.
“ <i>Como realizar un cartel</i> ”	Se dará una breve explicación sobre lo que es un cartel sus características y como realizarlo.	Expositiva	-Proyector -computadora	20 min.
<i>Diseño de un cartel</i>	Se les pedirá que realicen cuatro equipos de cinco personas y se les proporcionara papel bon y plumones para que diseñen su propio cartel. Al final se les pedirá que describan las características de su cartel. Y se procederá a pegarlo en las instalaciones de la escuela con previo permiso de las autoridades de esta.	Trabajo en grupo Expositiva	-papel bond -plumones	40 min

SEXTA SESIÓN

Objetivo: Proporcionar a los padres o cuidadores primarios información suficiente sobre la alimentación saludable y la nutrición para inducirlos a una ingesta saludable. Para reforzar estos conceptos se proyectarán los videos de “Nutrición: alimentación saludable”, “La dieta correcta” y “Nutrientes esenciales para la alimentación”, “nutrición infantil”.

Actividades	Descripción de la actividad	Temática	Material	Tiempo
<i>Primer tema: “Concepto de alimentación y nutrición (pirámide nutricional y grupos de alimento)”</i>	Se realizará una exposición acerca de la alimentación y nutrición, (grupos alimenticios y el plato del buen comer).	-Expositiva	Computadora Proyector	30 min

<i>Proyección de video "Nutrientes esenciales para la alimentación"</i>	Se proyectará el video "Nutrientes esenciales para la alimentación" y "Nutrición: alimentación saludable" para que los padres comprendan aun más el tema dado en esta sesión.	Proyector	Computadora Proyector	15 min.
<i>"Dinámica de alimentación"</i>	Se les pedirá a los participantes que hagan 5 equipos con 4 integrantes y se les dará la siguiente instrucción: " A continuación realizarán campos de los grupos de alimentos que tengan elementos que compartan ciertas características comunes y posteriormente los acomodarán de mayor a menor beneficio"	Plenaria	-Hojas blancas -plumones de colores	25 min
<i>Segunda parte del tema "Concepto de alimentación y nutrición (pirámide nutricional y grupos de alimento)"</i>	Se concluirá el tema "Concepto de alimentación y nutrición (pirámide nutricional y grupos de alimento)"	expositiva	Computadora -Proyector	30 min.
<i>Proyección del video "Nutrición infantil" y "La dieta correcta"</i>	Se proyectarán dos videos de la alimentación para reforzar aún más el tema dado. Al finalizar se les pedirá a los padres o cuidadores primarios que comenten sus impresiones acerca del tema. Se dejará como tarea llevar para la siguiente sesión una opción de alimento que ellos cocinan regularmente y que consideren que es sano (desayuno, comida o cena).	Proyector	Computadora -Proyector	20 min.

SEPTIMA SESIÓN

Objetivo: Se dará a los padres como herramienta la diversidad de alimentos saludables para que puedan aplicarlo en su vida diaria y lleven una alimentación balanceada, sana y acorde a sus necesidades. Se proyectará un video el cual tiene como objetivo que los padres o cuidadores primarios comprendan cuáles son las características de un lonche saludable.

Actividades	Descripción de la actividad	Técnica	Material	Tiempo
<i>“Actividad en casa”</i>	Se les pedirá a los padres o cuidadores primarios que compartan la opción de menú o alimento que eligieron y se les pedirá que describan la característica y modo de preparación de ésta, así también se les preguntará por que consideran que es un alimento saludable.	-plenaria	Ninguno	15 min.
<i>Primer tema: Opciones de alimentos saludables.</i>	Se les proporcionará a los padres opciones de alimentos saludables	-expositiva	-computadora -proyector	30 min.
<i>Proyección del video “Loncheras saludables”</i>	Se proyectará el video “Loncheras saludables” explicado por una profesional para que los padres tengan en cuenta la importancia de llevar desayunos nutritivos a la escuela y entiendan las características de éste.	Proyectiva	-computadora -proyector	5 min.
<i>Segundo tema: “Equivalencia de alimentos”</i>	Se les expondrá a los padres sobre la diversidad de alimentos que tienen equivalencia calórica para sepan que alimentos pueden suplir por otros con el mismo contenido calórico.	Expositiva	-computadora -proyector	30 min

<i>Dinámica: Creando un alimento saludable</i>	Con base en lo expuesto se les pedirá que realicen un menú balanceado (3 tiempos de comida), y se les preguntará al final de cada menú que suplan algún ingrediente por otro que contenga las mismas propiedades. Al finalizar se les pedirá que compartan lo aprendido con el grupo.	-Trabajo Individual. -Plenaria.	-Hojas blancas -Plumas -Plumones de colores	40 min.
--	---	------------------------------------	---	---------

OCTAVA SESIÓN

Objetivo: Motivar a los padres a poner en práctica hábitos saludables para un óptimo estado de salud físico y psicológico. Para esta sesión se proyectarán los videos “Promoviendo hábitos de vida saludable” y “Los buenos hábitos hacen niños más saludables” para que puedan identificar los beneficios de tener buenos hábitos saludables.

Actividades	Descripción de la actividad	Técnica	Material	Tiempo
<i>Dinámica : La importancia de los hábitos</i>	Se les pedirá a las participantes que comenten ante el grupo la importancia y los beneficios de establecer hábitos saludables en la familia.	-Plenaria.	Ninguno	20min
<i>Primer tema: “Formación de hábitos”</i>	Se realizará una exposición abordando el tema de formación de hábitos saludables.	- Expositiva.	Computador a. Proyector.	40 min
<i>Proyección del video “Promoviend o hábitos de vida saludable” y “Los buenos hábitos hacen niños más saludables”</i>	Se proyectarán los videos “Promoviendo hábitos de vida saludable” y “Los buenos hábitos hacen niños más saludables” para que los padres detecten los diversos beneficios de tener buenos hábitos saludables.	-Proyectiva	Computador a. Proyector.	15 min.
<i>Dinámica Representaci ón de una hábito</i>	Los padres de familia o cuidadores primarios formarán cuatro grupos de cinco integrantes y deberán representar una escena de	-expositiva -plenaria	Salón	45 min.

	<p>algún hábito saludable y explicarán cuales son las ventajas de llevar a cabo este hábito.</p> <p>Al final se pedirá a los asistentes que compartan sus dudas o comentarios con respecto a lo visto en la sesión.</p> <p>Se pedirá que para la siguiente sesión lleven opciones de actividades físicas que sean adecuadas para los niños y que puedan realizar de acuerdo al espacio, herramientas e intereses del niño.</p>			
--	--	--	--	--

NOVENA SESIÓN

Objetivo: Se dará una diversidad de actividades físicas a los padres o cuidadores primarios para que puedan realizarlas con los niños, tomando en cuenta su edad y espacio para realizarlos esto con el fin de que puedan llevar una vida más activa y reduzcan así también el riesgo de obesidad. Se hará la post-evaluación del taller y se dará el cierre del taller.

Actividades	Desarrollo de las actividades	Temática	Material	Tiempo
<i>Dinámica</i>	Los padres expondrán que tipos de actividades serían adecuadas para que realicen los niños de acuerdo a su edad, espacio e interés.	Expositiva		10min
<i>Primer tema: " La actividad física y sus ventajas "</i>	Se realizará una exposición abordando la importancia de realizar una actividad física y se proporcionarán diversas actividades que pueden realizar de acuerdo a su edad, tiempo y espacio.	expositiva	- Computadora -Proyector	30 min.
<i>"Dinámica el caza mariposas"</i>	Un aro por cada cinco jugadores. Dispersos por el campo de juego. Los portadores de los aros persiguen al resto para conseguir introducirlos dentro	Trabajo en grupo	-Ropa cómoda -Aros	15 min.

	del aro (cazarlos). Cambio de rol.			
<i>Post-evaluación</i>	La post-evaluación consistirá en contestar los cuestionarios de: “Sobre ingesta alimentaria”, “Estilos de vida saludable”, “horas de televisión”, “Nutrición y actividad en la edad escolar”, “Hábitos alimenticios”, “Cuestionario de conocimientos” y “Cuestionario de Actividad física”.		cuestionarios -plumas	1 hora y 20 min
<i>Cierre del taller</i>	Se les pedirá a los padres que comenten sus impresiones acerca del taller, así como dudas y sugerencias.	Reflexiva		20 min

Anexo 2 Glosario

COFEMER	Comisión Federal de Mejora Regulatoria
ENSA	Encuesta Nacional de Salud
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
ENSE	Encuesta Nacional de Salud en Escolar
ENT	Enfermedades no Trasmisibles
FAO	Organización de Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
GFK	Gesellschaft für Konsumforschung
IMC	Índice de Masa Corporal
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
NOM	Norma Oficial Mexicana
OMS	Organización Mundial de la Salud
SEEDO	Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad
SEP	Secretaria de Educación Pública
SSDF	Secretaria de Salud del Distrito Federal
SSP	Secretaria de Salud Pública