



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**AUTOEFICACIA PERCIBIDA Y CONDUCTAS
SALUDABLES EN ESCOLARES DE PRIMARIA**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

JESSICA RODRÍGUEZ SUÁREZ

XINEMI TEOXHUITL MAZA VALENZUELA

DIRECTORA DE PROYECTO: DRA. GILDA GÓMEZ PÉREZ-MITRE

CÓMITE TUTORIAL: DRA. CORINA CUEVAS RENAUD

DR. JORGE ROGELIO PÉREZ ESPINOSA

MTRA. MIRIAM CAMACHO VALLADARES

LIC. RAÚL JURADO CÁRDENAS



**® Facultad
de Psicología**



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

RESUMEN.....	7
INTRODUCCIÓN.....	8
CAPÍTULO I. OBESIDAD Y SOBREPESO.....	11
DEFINICIÓN.....	11
ANTECEDENTES DE LA OBESIDAD.....	12
OBESIDAD INFANTIL.....	17
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE OBESIDAD Y SOBREPESO.....	20
DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO.....	25
TIPOS DE OBESIDAD.....	27
CLASIFICACIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL.....	29
PREVALENCIA DE LA OBESIDAD INFANTIL EN MÉXICO.....	30
CAUSAS DE LA OBESIDAD.....	33
FACTORES SOCIO ECONÓMICOS.....	35
FACTORES GENÉTICOS.....	36
CONSECUENCIAS DEL SOBREPESO Y OBESIDAD.....	38
ALTERACIONES PSICOLÓGICAS EN EL OBESO.....	41
CAPITULO II. SALUD-ENFERMEDAD: PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD.....	46
CONCEPTO DE SALUD-ENFERMEDAD.....	46
PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	47
PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.....	50

DIFERENCIA ENTRE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.....	52
PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.....	53
ESTILO DE VIDA SALUDABLE: CONCEPTO.....	54
SALUD Y EDUCACIÓN.....	55
CAPITULO III. AUTOEFICACIA.....	60
LOS INICIOS DE LA AUTOEFICACIA.....	60
PROCESO DE LA AUTOEFICACIA.....	64
AUTOEFICACIA Y EXPECTATIVA DE RESULTADOS.....	68
AUTOEFICACIA Y RESULTADOS EN LA SALUD.....	71
AUTOEFICACIA Y CONDUCTAS SALUDABLES.....	72
CAPÍTULO IV. MÉTODO.....	79
OBJETIVO GENERAL.....	79
DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES.....	79
DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.....	79
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	80
MUESTRA.....	80
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	80
INSTRUMENTO.....	80
PROCEDIMIENTO.....	81
PLAN DE INVESTIGACIÓN.....	81
CAPÍTULO V. RESULTADOS.....	82
DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....	82
ANÁLISIS FACTORIAL.....	82

EXTRACCIÓN DE FACTORES.....	84
ESTRUCTURA FACTORIAL.....	85
ANÁLISIS DISCRIMINANTE.....	89
CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	96
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	102
REFERENCIAS.....	104
ANEXOS.....	116

Agradecimientos

Agradecemos a la Universidad Nacional Autónoma de México, nuestra alma máter, por acogernos en esta etapa de formación tan importante en nuestras vidas y brindarnos el apoyo necesario para nuestro desarrollo profesional.

A PAPIIT por habernos otorgado el respaldo financiero para lograr esta meta.

A la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitre por su orientación, enseñanzas, apoyo y ejemplo invaluable para nuestro crecimiento y elaboración de este proyecto. A la Dra. Corina Cuevas y la Mtra. Miriam Camacho por su buena disposición y amabilidad. Al Dr. Raúl Jurado por su admirable cordialidad, disposición y atención en la revisión de este proyecto. Al Dr. Jorge Rogelio por su apoyo y gentileza. Al Dr. Rodrigo León por su sencillez, enseñanzas y paciencia infinita.

A la Dra. Silvia Platas por su guía, tiempo y apoyo, pero sobre todo por su amistad, consejos y esa cálida manera de motivar cuando uno lo necesita.

Dedicatorias

Gracias a mis padres, Luis y Vero, por darme la vida y las herramientas para hacer mis metas una realidad, por creer en mí, apoyarme y estar a mi lado siempre, gracias por sus consejos, amor, paciencia y tolerancia en esta aventura que es la vida, sin ustedes, nada sería posible.

A mis hermanos, Sandy y Ángel, por animarme, a su manera, con sus ocurrencias y alegría.

A mis amigos, Juan y Emmanuel, por enseñarme el valor de la amistad y motivarme con sus palabras y sobre todo, sus actos.

A Erick, por compartir tu hambre de aprender conmigo y estar justo en el momento preciso.

Jessica

A mis padres, Matilde y David que no podría expresar lo infinitamente agradecida que estoy por darme la vida y demostrarles lo mucho que los quiero, por darme lo necesario para lograr mis sueños y motivación para ser lo que soy, a ustedes por siempre mi corazón y agradecimiento. Los amo.

A mi esposo Francisco, por apoyarme, comprenderme y estar en los momentos más importantes de mi vida, dándome el tiempo necesario, comprensión y cariño. Gracias por estar a mi lado, te amo.

A mi hermano Tlathui, a mi cuñada Ivette y mi sobrino Iccen, que han compartido conmigo etapas de mi vida únicos. Los amo.

A mi amiga Jessica que ha sido parte de esta gran etapa de mi vida profesional, pero sobre todo de amistad, de apoyo, paciencia y logros. Gracias Jess, te quiero mucho.

Xinemi

Resumen

El objetivo de la presente investigación* fue estimar las propiedades psicométricas del Inventario de Autoeficacia Percibida en conductas saludables y control de peso adaptado a escolares mexicanos. La muestra no probabilística quedó conformada por N= 1151 estudiantes, n=580 hombres (50.39%) y n=598 mujeres (51.95%) de entre 8 y 12 años de edad, de nivel escolar básico, pertenecientes a 5 planteles diferentes del área metropolitana, con una M= 10.19 y una (DE= 0.99). El tipo de investigación es de campo, no experimental, con diseño de una sola muestra. Se aplicó un análisis factorial, que arrojó 4 factores que explican el 43.06% de la varianza total y un índice de consistencia interna alto ($\alpha=0.92$). Los factores obtenidos son: “Autoeficacia para incrementar la actividad física” ($\alpha=0.80$), “Autoeficacia para disminuir consumo de alimentos con bajo aporte nutricional” ($\alpha=0.79$), “Autoeficacia para incrementar hábitos saludables para el control de peso” ($\alpha=0.76$) y “Autoeficacia para eliminar la alimentación emocional” ($\alpha=0.55$). En conclusión, el instrumento evaluado cumple con las propiedades psicométricas suficientes para evaluar el dominio de autoeficacia, por lo que puede ser utilizado por los profesionales del campo de la salud.

Palabras claves: Sobrepeso y obesidad, autoeficacia percibida, validez, escolares de primaria.

*Esta investigación forma parte del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica IN302913. Autocuidado de la Salud y Autoeficacia en niños escolares. Una estrategia en la prevención de la obesidad.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la obesidad se refiere a un problema de salud pública de primer orden debido al incremento acelerado de su prevalencia, además de ser un factor común de riesgo para el desarrollo de diversas patologías como diabetes e hipertensión. La Organización Mundial de la Salud (2012) señala que la obesidad es la enfermedad nutricional más frecuente en niños y adolescentes. Así mismo también enfatiza en que los principales factores de riesgo en las enfermedades crónicas no transmisibles son el régimen alimentario y la actividad física deficiente (OMS, 2004).

De acuerdo a cifras de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), México se encuentra entre los primeros lugares en obesidad infantil a nivel mundial con un 9%, de la misma manera para la OMS (2013) ocupa el primer lugar seguido por los Estados Unidos, para ambas organizaciones esta problemática que puede reducir la esperanza de vida hasta en 7 años (Sassi, 2010).

El costo directo estimado que representa la atención médica de las enfermedades atribuibles al sobrepeso y la obesidad (enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, hipertensión, algunos cánceres, atención de *diabetes mellitus* tipo 2) se incrementó en un 61% en el periodo 2000-2008, al pasar de 26,283 millones de pesos 42,246 millones de pesos. La proyección es que para el 2017 el costo total ascienda a 150,860 millones de pesos (Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, 2010). Estas cifras evidencian la dimensión del problema y los costes nacionales que representa año con año el incremento en personas obesas.

Una serie de factores psicológicos, demográficos y del ambiente físico y social están relacionados con la actividad física y el control de peso, de acuerdo con varias investigaciones, entre estos se encuentran los psicológicos como la

autoeficacia que es uno de los más relevantes (Márquez & Mac Auley, 2006; Ryan, 2005).

La niñez es una etapa donde se fincan diferentes hábitos, costumbres e importantes cambios a nivel social, afectivo, cognitivo y sobre todo en su desarrollo evolutivo, nutricional y comportamental; es por ello la vulnerabilidad de caer en rutinas alimenticias negativas que puedan favorecer la prevalencia de la obesidad, tomando en cuenta esto se hace evidente que las campañas de prevención deben estar dirigidas a niños y niñas en etapas de aprendizaje, la carencia de instrumentos de evaluación dificulta esta labor.

Ante los resultados de diferentes estudios en torno a la obesidad infantil y su prevalencia, se hace necesario implementar la creación de programas de prevención enfocados a potenciar la autoeficacia en menores, para ello, resulta evidente la necesidad de crear instrumentos para evaluar la autoeficacia percibida en niños y niñas en edad escolar.

En la presente tesis se hace un recorrido por las diferentes concepciones de la obesidad y el sobrepeso en México, sus tendencias, consecuencias y la delicada relación que guarda la autoeficacia percibida con las conductas alimentarias y control de peso de escolares mexicanos, el objetivo del proyecto fue la adaptación de un instrumento capaz de evaluar a niños mexicanos en torno a la autoeficacia percibida en alimentación sana y conductas saludables con el fin de apoyar futuras líneas de investigación y promover la creación de programas de prevención. Finalmente se discuten los resultados encontrados y las líneas futuras de investigación.

En el capítulo I, se definen los antecedentes de la obesidad y el sobrepeso infantil, así como su prevalencia en México y las alteraciones que conlleva.

En el capítulo II, se describe la diferencia entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad para la consecución de conductas saludables encaminadas a erradicar este problema.

El capítulo III, se enfoca en la Autoeficacia y conductas saludables específicas.

El capítulo IV, describe el método utilizado en la validación del instrumento de la presente investigación, el objetivo y el procedimiento.

Finalmente, en el capítulo V y VI se discute de manera general los resultados y las conclusiones obtenidos en este estudio, planteando futuras líneas de investigación así como las sugerencias y limitaciones del presente estudio.

CAPÍTULO I. OBESIDAD Y SOBREPESO

DEFINICIÓN

El sobrepeso y la obesidad se definen por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. La obesidad debe verse como una enfermedad y no como una desviación de la normalidad en el peso o un factor de riesgo para desarrollar enfermedades posteriores, debido a que constituye un problema relevante, tanto por lo que a salud física, mental y social refiere, tanto como por el aumento constante de su prevalencia (OMS, 2008).

Etimológicamente la palabra obesidad viene del latín “ob/obs” que significa delante de y “ed” del latín comer más “su (m)/ sa (m)” y “tat (em)” del latín que significa cualidad (Diccionario Médico de Salamanca, 2014).

Desde 1998, la OMS precisó a la obesidad como la enfermedad nutricional más frecuente en niños y adolescentes en los países desarrollados, aunque no solo se limita a estos. Actualmente la OMS define la obesidad como una enfermedad crónica de origen multifactorial caracterizada por la acumulación excesiva de grasa o hipertrofia general de tejido adiposo en el cuerpo (OMS, 2008).

La obesidad es un trastorno metabólico multifactorial caracterizado por un exceso de grasa corporal, especialmente de la grasa visceral, considerado hoy como un factor de riesgo para numerosas enfermedades, lo que da lugar a una mayor morbimortalidad en todo el mundo (Alvarenga, 2001).

Por otra parte el sobrepeso se define como la condición de poseer más grasa corporal de la que se considera saludable. El sobrepeso es entendido como el aumento del peso corporal por encima de un patrón dado en relación con la talla, en contraste, la obesidad se refiere a un porcentaje anormalmente elevado de la grasa corporal, debido a esto es importante determinar si el exceso ponderal

es ocasionado por obesidad o bien a un aumento en la masa muscular (Aranceta, Pérez y Ribas, 2005).

La Norma Oficial Mexicana para el manejo integral de la obesidad, define a ésta como una enfermedad crónica debido a que existe una acumulación excesiva de tejido adiposo en el cuerpo en la que se presentan alteraciones metabólicas con las cuales se deteriora la salud del individuo y que además se encuentra asociada con patología endocrina, cardiovascular y ortopédica; mientras que al sobrepeso lo define como su estado premórbido (Diario Oficial de la Federación, 2000).

Al hablar de obesidad se hace referencia a una enfermedad compleja con alta heredabilidad; hasta el 80% de la variabilidad del IMC es atribuible a factores genéticos. Está bien establecido que la rápida globalización del estilo de vida de los países occidentales es la causa de la pandemia de la obesidad; un ambiente obesogénico incrementa el riesgo de obesidad en quienes son genéticamente susceptibles (Galán, 2012).

La Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) señala que la obesidad es una entidad patológica crónica y recidivante, que se caracteriza por una proporción excesiva de grasa corporal y se relaciona con importantes riesgos para la salud (FUNSALUD, 2002).

ANTECEDENTES DE LA OBESIDAD

El obeso adulto constituido debe considerar que un adelgazamiento no será función de un plan médico únicamente, sino de un cambio total de estilo de vida; en este sentido siempre se ha hablado de una alimentación saludable, realizar actividad física y llevar a cabo una dieta balanceada, entre otras, pero ¿Qué es lo que está ocasionando que la obesidad sea una enfermedad en la actualidad? Para poder empezar a hablar de la obesidad, sus causas, sus consecuencias y el modo que es influenciada por la sociedad y del cómo se ha

convertido en un problema social es necesario contemplar su historia y su concepto primeramente.

El ser humano durante el 95% y 99% del tiempo de su existencia en la Tierra ha vivido como cazador-recolector y ha debido resistir frecuentes períodos de carencia de alimentos. Este hecho produjo, a través de un proceso de selección, el progresivo predominio en el genoma humano de aquellos “genes ahorradores” que favorecían el depósito de energía y permitían que estos individuos tuvieran una mayor supervivencia y alcanzaran la edad de la reproducción (Brown & Konner, 1987).

La única constatación que tenemos de la existencia de obesidad en tiempos prehistóricos proviene de estatuas de la edad de piedra representando la figura femenina con exceso de volumen en sus formas. La más conocida es la Venus de Willendorf, una pequeña estatua de la edad de piedra que tiene una antigüedad aproximada de 25,000 años y que está expuesta en el museo de Historia Natural de Viena. La estatua, con un gran abdomen y voluminosas mamas péndulas, representa probablemente un símbolo de maternidad y fecundidad (Brown & Konner, 1987).

En Grecia, Hipócrates señala que “la muerte súbita es más frecuente en los obesos que en los delgados”, que la obesidad es una causa de infertilidad en las mujeres y que la frecuencia de menstruación está reducida. Algunos consejos en relación con el tratamiento de la obesidad vienen condicionados por la teoría de los humores, como: “El obeso con laxitud muscular y complexión roja debido a su constitución húmeda necesita comida seca durante la mayor parte del año”. En cambio, algunos otros consejos apuntan en el correcto sentido de la importancia del ejercicio: “Los obesos y aquellos que desean perder peso deberían llevar a cabo unos fuertes ejercicios antes de la comida... y pasear desnudos tanto tiempo como sea posible” (Brown & Konner, 1987).

En Roma, Galeno identifica dos tipos de obesidad: moderada e inmoderada. La primera la considera como natural y la segunda como mórbida. En su libro *De Sanite Tuenda*, Galeno expone que: “El arte higiénico promete mantener en buena salud a aquellos que lo obedecen, pero no así a aquellos que no lo hacen”. Galeno veía, por tanto, la obesidad en relación a un estilo de vida inadecuado, algunos de sus consejos van dirigidos a intentar corregir esta desviación: “Yo he conseguido adelgazar a un paciente obeso en un tiempo breve aconsejándole que corriera velozmente”, tras el ejercicio, “...le di abundante comida poco nutritiva a fin de saciarle y de que aquélla se distribuyera poco en el cuerpo entero” (Bray, 1990).

En la primera mitad del siglo XVIII el médico holandés Herman Boerhaave enunció algunos factores causales de enfermedad que pueden ser considerados válidos en el momento actual: tipo de aire respirado, tipo y cantidad de alimento y fluidos que ingerimos, tipo de evacuaciones, cantidad de reposo y ejercicio, estado emocional de la mente y cantidad y calidad del sueño. Estos factores deberían depender del control individual. Así, en cuanto a la obesidad, la glotonería era una alteración con una responsabilidad individual, una atribución moral del paciente (Stunkard, La Fleur & Wadden, 1998).

Durante el siglo XVIII se publicaron al menos 34 tesis doctorales en relación con la obesidad, lo que demuestra un gran interés por este tema en esta época. Además, en 1727 se publicó la primera monografía escrita en inglés sobre la obesidad, debida a Thomas Short: *Discourse on the causes and effects of corpulency together with the method for its prevention and cure*. Es curioso constatar la frase de Short en la que hace constar el gran número de casos de obesidad: “*I believe no age did ever afford more instances of corpulency that our own*” (Stunkard, LaFleur & Wadden, 1998).

Para 1835 el estadístico, matemático y sociólogo belga Adolphe Quételet publicó la obra *Sur l'homme et le développement de ses facultés: essaide phisique sociale*, en la que establece la curva antropométrica de distribución de la

población belga y propone que el peso corporal debe ser corregido en función de la estatura (kg/m²). Este índice de Quételet, hoy día es conocido como índice de masa corporal (IMC) y absolutamente generalizado como medición de la obesidad en estudios epidemiológicos y clínicos (Bray, 1990).

En el siglo XIX el libro más importante sobre obesidad en lengua inglesa es el *Corpulence, or excess of fat in the human body* (1850). En esta obra el autor desarrolla interesantes ideas en distintas áreas. En antropometría se discute el concepto de “normalidad” y de “sobrepeso” a través de los valores obtenidos en 2,560 varones sanos. Estos datos parecen preceder a los publicados por Quételet. Chambers afirma que si un hombre excede considerablemente el promedio de peso en relación a otros de la misma estatura, nosotros nunca debemos juzgar que este excesivo peso depende del músculo o del hueso sino del tejido adiposo (Bray, 1990).

En el área de la fisiopatología, Chambers desarrolla dos conceptos importantes: el primero es que el origen de la grasa humana depende de las partes oleaginosas de los alimentos ingeridos, y que aunque es posible que otros componentes no oleaginosos de la dieta puedan convertirse en grasa dentro del cuerpo, este factor no desempeña un papel importante en la génesis de la acumulación adiposa; el segundo concepto importante es el que refleja la siguiente frase textual: *“For the formation of fat it is necessary that the materials be digested in a greater quantity than insufficient to supply carbon to respiration”* Este concepto del desequilibrio calórico es básico y recoge los experimentos de calorimetría de Lavoisier y la primera ley de termodinámica de Helmholtz (Bray, 1990).

Ya en la primera mitad del siglo XX la obesidad suele ser clasificada en endógena o exógena, según predominen los factores genéticos, muy poco conocidos, o los exógenos (exceso de ingesta y sedentarismo). Al mismo tiempo se identifican las características de algunos tipos especiales de obesidad, sobre

todo de tipo hormonal como el síndrome de Cushing y el hipotiroidismo (Alvarenga, 2001).

La modificación conductual, el tratamiento psicológico y la utilización de fármacos son métodos que pueden ser útiles en muchos pacientes. La cirugía bariátrica para tratar casos seleccionados de obesidad mórbida ha tenido un creciente auge, paralelo al aumento de prevalencia de obesidad, en las dos últimas décadas del siglo XX y en este inicio del siglo XXI. Este creciente uso de la cirugía bariátrica y de sus técnicas más agresivas y mal abortivas es un fehaciente exponente del habitual fracaso del tratamiento médico (Visser, 2012).

En el año 1994 se produce un descubrimiento de gran importancia en la investigación básica sobre la obesidad. La revista *Nature* publica el artículo *Positional cloning of the mouse obese gene and its human homologue*, por el grupo liderado Friedman de la Rockefeller University en nuestro país vecino, Estados Unidos. En esta publicación se describe el gen *oven* del ratón, la proteína que codifica, la leptina, y el gen homólogo en el ser humano. El ratón *ob/ob* con el gen *ob* mutado y carente de leptina padece obesidad, hiperfagia, dislipidemia, hiperinsulinemia y diabetes. Esta situación es reversible mediante la administración de leptina a estos animales. Las esperanzas de que este importante descubrimiento fuera útil en el tratamiento de la obesidad humana se desvanece pronto al descubrirse que los pacientes obesos cursan con hiperleptinemia. El descubrimiento de la leptina produjo una extraordinaria avalancha de publicaciones, una auténtica leptinomanía, que permitió avanzar no sólo en el conocimiento de los efectos reguladores de la leptina sobre el apetito en el ser humano, sino también, y especialmente, en el conocimiento de su función de señal de déficit nutricional y del nivel suficiente de reservas energéticas para poner en marcha la activación del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal en la pubertad (Zhang, Proenca, Maffei, Barone, Leopold, & Fiedman, 1994).

A finales del siglo XX el incremento en la población obesa hizo necesaria la participación de diferentes países en el mundo, en el año de 1999 se publicó la

Declaración de Milán, donde todos los países de la Unión Europea asumieron que la obesidad constituye el trastorno alimentario de mayor importancia que tiene alta comorbilidad con enfermedades de tipo cardiaco, digestivo, psicosociales entre otras (Pallaruelo, 2012).

En el año 2002 la OMS desarrolló la Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, aprobada en el año 2004 en la 57ª Asamblea Mundial de la Salud por los estados miembros, donde se declaró y etiquetó a la Obesidad como la “Epidemia del siglo XXI” a nivel mundial, uniendo esfuerzos con otras instituciones en una llamada internacional para luchar contra el sobrepeso y la obesidad, esta misma debe implicar a profesionales sanitarios, servicios de Salud Pública, gobiernos, industria alimentaria, técnicos en urbanismo y a toda población en general para lograr un impacto positivo e integral en la misma (OMS, 2008).

OBESIDAD INFANTIL

En los últimos años, la obesidad es la enfermedad metabólica más observada en la población general; siendo la obesidad en niños y adolescentes uno de los principales problemas de salud a nivel mundial. Se estima que aproximadamente el 10% del total de niños en edad escolar tienen exceso de grasa corporal y, con ello, un mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas degenerativas que pueden disminuir su calidad de vida en la adultez (Lobstein, Baur & Uauy, 2004).

Desde los años ochenta, los niños han tenido la inclinación por consumir alimentos distintos a los acostumbrados en casa, desean comer la denominada comida rápida, como hamburguesas, pizzas, hot dogs, pollo frito entre otros; aquellos de familias de recursos económicos bajos comen de lo que hay en el hogar y buscan otro sabor que disfrutar inclinándose por la comida chatarra. Asimismo, la actividad física se hace cada vez más inusual y este tipo de hábitos es lo que se está heredando a los niños actualmente (Mercado & Vilchis, 2013).

La OMS (1998) la define como la enfermedad nutricional más frecuente en niños y adolescentes en los países desarrollados, aunque no solo se limita a éstos, y como un problema de salud de primer orden, al ser un factor común de riesgo para diversas patologías y por las consecuencias negativas que tiene la salud psicológica y social del niño. Por lo tanto, hay que considerar la obesidad como una enfermedad y no solo como problema estético (Hernández, Arguelles & Méndez, 2010).

La obesidad constituye una epidemia que afecta a los diferentes grupos poblacionales, sin hacer distinciones de estratos sociales, por los detalles antes mencionados es de suma importancia indicar la relación que tiene con la población infantil, ya que son los más vulnerables de incurrir en situación de enfermedad y tener repercusión de la misma en etapas posteriores de sus vidas, por eso mismo es necesario el diagnóstico y tratamiento de la obesidad infantil tan tempranamente como sea posible, debido a las afectaciones que pueden producirse en la edad pediátrica, pues esta, como hemos visto es una de la principal causa de hipertensión arterial en niños y adolescentes entre otras con morbilidades (Visser, 2012).

En todo afrontamiento de la obesidad, la actividad física representa un factor importante, pues facilita el establecimiento y mantenimiento de un balance energético negativo, sin embargo el conseguir realizar la actividad física lo suficientemente para evitar los balances energéticos positivos, debe ser uno de los objetivos en la prevención del sobrepeso y la obesidad, a través de la creación y desarrollo de ambientes que faciliten su ejecución. Sin embargo, la educación escolar y extraescolar minimiza la importancia del problema de obesidad, la manera de determinarla y sus consecuencias físicas, metabólicas, psicológicas y sociales, por lo que es fácil entender por qué aumenta progresivamente el peso que poco a poco convierte en obeso al niño, niña o adolescente y posteriormente al adulto (García & otros, 2008; Visser, 2012).

En la población infantil, el hábito del ejercicio físico es bajo y disminuye al aumentar la edad, la actividad física moderada e intensa deja de ser parte de la vida cotidiana en los ambientes en que vive la mayoría de la población, al menos de nuestro país. En esta situación hasta el desarrollo de la tecnología puede influir negativamente pues se observa como el acceso a los juegos infantiles en la telefonía móvil constituye una fuente de estímulo a la disminución de los juegos y la recreación infantil que implica elevados gastos de energía (Visser, 2012).

En 2010, alrededor de 43 millones de niños menores de cinco años de edad tenían sobrepeso, si bien el sobrepeso y la obesidad tiempo atrás eran considerados un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos están aumentando en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos. En los países en desarrollo están viviendo cerca de 35 millones de niños con sobrepeso, mientras que en los países desarrollados la cifra es de 8 millones. En el plano mundial, el sobrepeso y la obesidad están relacionados con un mayor número de defunciones que la insuficiencia ponderal. Por ejemplo, el 65% de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad cobran más vidas que el estar en condiciones saludables o promedio (estos países incluyen a todos los ingresos altos y la mayoría de los ingresos medianos) (OMS, 2004).

En el mundo se ha producido un aumento en la ingesta de alimentos hipocalóricos 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 una vida más sedentaria, formas de trabajo, de los nuevos modos de desplazamiento y de una creciente urbanización. A menudo los cambios en los hábitos de alimentación y actividad física son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo y de la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud, agricultura, transporte, planeamiento urbano, medio ambiente, procesamiento, distribución y comercialización de alimentos y educación.

Muchos países de ingresos bajos y medianos actualmente están afrontando una doble carga de morbilidad. Mientras continúan lidiando con los problemas de las enfermedades infecciosas y la desnutrición, estos países están experimentando un aumento brusco en los factores de riesgo de contraer enfermedades no transmisibles como la obesidad y el sobrepeso, en particular en los entornos urbanos. No es raro encontrar la desnutrición y la obesidad coexistiendo en un mismo país, una misma comunidad y un mismo hogar. En los países de ingresos bajos y medianos, los niños son más propensos a recibir una nutrición prenatal, del lactante y del niño pequeño insuficiente, al mismo tiempo, están expuestos a alimentos hipocalóricos ricos en grasa, azúcar, sal y pobres en micronutrientes, que suelen ser poco costosos. Estos hábitos alimentarios, a la par con una escasa actividad física, tienen como resultado un crecimiento brusco en la obesidad infantil, al tiempo que los problemas de la desnutrición continúan sin resolver (Monroy, 2008).

Poco más de 40 años ha sido necesario para considerar a la obesidad como un problema de salud pública de orden mundial y en rápido ascenso que exige normas y acciones prontas de intervención, prevención y promoción.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE OBESIDAD Y SOBREPESO

Curiosamente, la obesidad puede diagnosticarse simplemente a través de la observación del individuo, de hecho el primer individuo que hace su diagnóstico es la propia persona obesa mirándose al espejo. No es un diagnóstico médicamente difícil pero son necesarios índices o parámetros que permitan conocer las cantidades de grasa corporal.

Una de las principales dificultades para evaluar la magnitud del exceso de peso es la diferencia de criterios para graduarlo. La discusión se centra en cuándo una persona se debe considerar obesa. Dada la definición de obesidad más ampliamente aceptada como aumento de la grasa corporal que se traduce en aumento de peso, existen numerosas técnicas de medición que estiman el

contenido de grasa del organismo, como son: la pletismografía por desplazamiento de aire, la absorciometría dual de rayos X y la impedanciometría y la entropometría que es de las más utilizadas (Hernández, Arguelles, & Méndez, 2010; Pi-Sunyer, 2009 & WHO-EURO, 1987).

Por su aceptable correlación otros métodos indirectos de valoración del tejido adiposo y su factibilidad, el Índice de Masa Corporal (IMC) es el método usado para estimar la proporción de grasa corporal; se calcula dividiendo el peso del individuo (kilogramos) por el cuadrado de su altura (metros) y se expresa en kg/m². Dicho método, fue desarrollado por Quételet en 1835 y se utiliza para identificar el sobrepeso y la obesidad.

La OMS en el año 2008 establece valores ajustados para valorar el IMC y la clasificación según sus diferentes grados, cuyas cifras son:

- IMC menos de 18.5 se considera por debajo del peso normal.
- IMC de 18.5-24.9 se considera peso normal.
- IMC de 25-29.9 se considera sobrepeso.
- IMC de 30-34.9 se considera obesidad tipo I.
- IMC de 35-39.9 se considera obesidad tipo II.
- IMC mayor de 40 se considera obesidad tipo III, severa o mórbida.

Existen más índices antropométricas del sobrepeso y obesidad, a continuación se presentan brevemente sus propiedades:

- a) Peso relativo o porcentaje de sobrepeso. Este cálculo sirve para comparar el peso de un individuo con el peso promedio de las personas de su misma estatura (peso ideal). La persona es obesa si el exceso de peso para su talla es mayor de 20% o 120% al aplicar la ecuación (FUNSALUD, 2002). El porcentaje de sobrepeso o Índice de Brocca se obtiene de la ecuación: $(\text{Peso real} \times 100) / \text{Peso recomendable (ideal)} = \text{Porcentaje de sobrepeso}$.

b) Medición cintura/cadera. Es uno de los métodos más utilizados para el diagnóstico de la obesidad ya que es de gran utilidad para estimar riesgos de enfermedades como la diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares. La circunferencia de la cintura y la cadera se mide con una cinta métrica que debe colocarse en el nivel más estrecho del tronco o cintura. En personas muy obesas no existe cintura por lo que se medirá la circunferencia mínima del abdomen en la zona media. Para la circunferencia de cintura se utilizan dos clasificaciones:

1. La propuesta por un panel de expertos convocados por los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos (ATP III), define como punto de corte en hombres >102 cm y en mujeres >88 cm., y que son también indicadores de riesgo del síndrome metabólico y de alto riesgo para enfermedades crónico degenerativas.

2. La propuesta por la Secretaría de Salud (SSA) clasifica como circunferencia abdominal saludable ≤ 80 cm en mujeres y ≤ 90 cm en hombres (Olaiz-Fernández et al., 2006). La medición de la cadera se realiza con el sujeto en ropa interior, midiendo la circunferencia máxima de la saliente de las nalgas a nivel del punto más amplio de dicha zona (FUNSALUD, 2002). La relación entre estas dos medidas se puede realizar con la siguiente fórmula:

Circunferencia de la cintura (cm)/Circunferencia de la cadera (cm)

En sujetos mexicanos se considera anormalmente elevada una relación cintura-cadera .93 en varones y .84 en mujeres, y ésta se ha sugerido como predisponente adicional de riesgos a la salud en función de una mayor acumulación de grasa corporal en el segmento superior, denominada también obesidad androide (FUNSALUD, 2002).

c) Pliegues cutáneos. Para determinar esta medición se utiliza un plicómetro para determinar el espesor de varios pliegues. El porcentaje de grasa corporal se calcula mediante la suma del valor de cuatro pliegues de la piel (bicipital, tricipital, subescapular y suprailíaco) que se compara con las tablas de referencia (FUNSALUD, 2002).

d) Índice de masa corporal (IMC) llamado correctamente Índice de Quételet (Eknoyan, 2008) que relaciona el peso con la altura:

$$\text{IMC} = (\text{peso} / \text{talla}^2).$$

De acuerdo al IMC se establecen las siguientes categorías: las personas adultas que tienen un IMC menor a 18.5 están catalogadas con bajo peso mientras que un IMC de 18.5 a 24.9 pertenece a la clase 0 o peso normal consideradas con un grado 0 de obesidad que significa que tienen muy pocos riesgos para la salud. A la clase I o sobrepeso le corresponde un IMC de 25 a 29.9, catalogado con un grado 1 de obesidad que representa un riesgo bajo para la salud. Las personas con un IMC de 30 a 34 corresponden a la clase II, catalogado con el grado 2 de obesidad y un riesgo moderado para sufrir consecuencias físicas. La clase III, también con grado 2, comprende el IMC de 35 a 40 que constituye un riesgo alto para sufrir enfermedades relacionadas con la obesidad. Y finalmente los valores de IMC superiores a 40, son catalogados en la clase IV, con un grado 3 de obesidad que representa un riesgo muy elevado para la salud de padecer enfermedades relacionadas con el exceso de grasa (WHO, 1998).

En México, la Norma Oficial para el manejo integral de la obesidad (2000) establece la existencia de obesidad en adultos cuando hay un IMC >27 y en población de talla baja cuando el IMC es >25. Se considera talla baja en mujeres adultas a una medida menor a 1.50m y para el varón adulto, menor de 1.60 metros.

El IMC tiene la ventaja de que sus dos componentes, el peso y la altura, se pueden medir fácilmente con gran precisión (Braguinsky, 1999; Soriger, 1994;

Reyly, Wilson, Summerbell & Wilson, 2002). Si bien es sumamente útil en estudios epidemiológicos, el IMC debe ser usado con precaución como indicador de obesidad individual ya que no permite hacer distinción entre los porcentajes de masa grasa y masa magra, cuyo monto varía en función de la edad (Braguinsky, 1999).

De acuerdo con lo ya mencionado, la obesidad en niños y adolescentes es un fenómeno global, puesto que es una epidemia creciente y no controlada cuya prevalencia en población infantil está aumentando de manera alarmante, por lo que se ha llegado a considerar como la enfermedad nutricional más importante del siglo (Ebbeling, Paelak, & Ludwing, 2002).

La valoración de la obesidad es más difícil en niños y adolescentes que en el adulto debido a los cambios que se producen durante el crecimiento en el acumulo de grasa y en las relaciones de los diferentes parámetros antropométricos, por esta razón para expresar los límites de la normalidad o el grado de sobrepeso u obesidad han de relacionarse con los valores de referencia para su edad, sexo y talla.

Para García (2008) con frecuencia los médicos asumen erróneamente que el peso normal en el niño es el que señala el promedio para la edad, sin considerar que el peso no se relaciona a la edad sino a la estatura, por lo cual esto podría ser una de las tantas situaciones que pueden causar las afectaciones dichas al contrario de erradicarla y/o prevenirla. Por otro lado, el ambiente escolar es uno de los escenarios donde la actividad física ha sufrido un decremento mayor.

La determinación del IMC para identificar a niños, niñas y adolescentes con obesidad parece tener una alta sensibilidad (95-100%); su principal limitación es su baja especificidad (36-66%), por no distinguir entre la masa grasa y la masa magra (Center for Disease Control and Prevention, 2004). Se ha observado que niños y niñas con cifras de IMC dentro de los límites normales tienen valores de masa grasa que llegan a caer dentro de un rango de obesidad (Cole, Bellizzi,

Flegal & Dietz, 2000; Dietz & Bellizzi, 1999). El IMC muestra limitaciones para el empleo en menores de dos años de edad, así como en algunos grupos étnicos, atletas y en adolescentes, debido a la influencia del estadio de desarrollo puberal (Dietz & Bellizzi, 1999; Colé, Bellizzi, Flegal & Dietz, 2000).

DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

En relación a los aspectos psicológicos de la obesidad, existen un sin número de teorías que mencionan factores etiopatogénicos, aunque experimentalmente las investigaciones no arrojan resultados claros y concluyentes que las comprueben. Así por ejemplo, es común la atribución psicoanalítica de que el acto de comer posee un "significado simbólico"; o bien es posible considerar la obesidad como una manifestación de neurosis, con sus componentes depresogénicos, ansiedad y culpa. También se ha considerado la obesidad como respuesta a tensiones emocionales o bien como síntoma de una enfermedad mental subyacente.

En general, no existe claridad con respecto a la etiología de este síndrome, por lo que se plantea la necesidad de abordar psicológicamente este problema con un enfoque que considere, tanto en la etiología como en la mantenimiento de la obesidad, variables cognitivas (creencias), variables afectivas (manejo de estados emocionales displacenteros) y variables ambientales (costumbres, hábitos familiares, etcétera). Esto debiera traducirse en un abordaje idiosincrático y específico a cada paciente, surgiendo, por lo tanto, la necesidad de realizar una evaluación completa de personalidad y del sistema ambiental del paciente obeso que consulta por este problema (Visser, 2012). Existen una serie de instrumentos diagnósticos recomendables para la evaluación del paciente obeso, dependiendo del foco de atención en que el profesional quiera centrarse y el grado de objetividad que éste persiga. Es posible encontrar un continuo desde instrumentos de medición de personalidad "objetivos" como el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI), por ejemplo, pasando por la Entrevista Semi estructurada (IPDE) de la OMS para el diagnóstico de

desórdenes de personalidad, basados en los criterios del DSM IV, hasta los test proyectivos de más uso, como el test de Hermann Rorschach para medir estructura de personalidad y el test de apercepción temática (TAT) (Arrivillaga, Salazar, & Correa, 2003).

Es importante considerar que para evaluar la personalidad del niño, se deben conocer sus niveles de adaptación personal, social, y escolar, así como conocer la dinámica familiar, motivo de consulta etc. delimitando de esta manera el modo de intervención que se abrirá paso a partir de las evaluaciones psicológicas y médicas pertinentes.

Ortigosa, Quiles y Méndez (2003), señalan que un buen diagnóstico psicológico debe incluir:

- Entrevista con los padres.
- Anamnesis detallada de los primeros años de vida del niño o adolescente.
- Entrevista con el niño o adolescente.
- Evaluación psicológica con base en test psicométricos, proyectivos y técnicas de juego.
- La Historia Clínica debe profundizar sobre las características de la conducta alimentaria específicamente en:
 - Sensación de hambre.
 - Avidéz y voracidad en la ingesta.
 - Dificultad para saciarse.
 - Tendencia a picar entre comidas.
 - Desorganización en los horarios.
 - Eliminación de comidas que se acompañan de ingesta fuera del horario.

- Comer a escondidas.
- Mayor atracción hacia los alimentos prohibidos (ya sea por el nutriólogo o la familia).
- Incumplimiento frecuente de las dietas que siguen.
- Después de un exceso no comer en la siguiente comida.

(Ortigosa, Quiles & Méndez, 2003 p. 182-185).

Es importante señalar que las descripciones que realizan los padres de familia de hijos obesos acerca de la forma de comer de sus hijos son muy similares a aquellas conductas presentadas por las personas con trastorno por atracón (Spitzer, Devlin, Walsh, Hassin, Wing, Marcus, Stunkard, Waden, Yanovski, Agras, Mitchell & Nonas, 1992).

Algunos estudios han demostrado que entre el 20 y el 50 por ciento de las personas con obesidad sufren períodos de atracón (Marcus, Wing & Lamparski, 1985), siendo las personas que siguen dietas restringidas quienes presentan atracones y tienen más dificultades para mantener un adecuado peso corporal (Polivy & Herman 1987).

TIPOS DE OBESIDAD

Desde el siglo XX, una de las clasificaciones de la obesidad es como endógena y exógena. La endógena es la menos frecuente, solo 5% y un 10% de los obesos la presentan, este tipo de obesidad es relacionada a problemas provocados a la disfunción de alguna glándula endocrina, como la tiroides (hipotiroidismo), el síndrome de Cushing (glándulas suprarrenales), diabetes mellitus (problemas con la insulina), el síndrome de ovario poliquístico o el hipogonadismo entre otros, esta es un tipo de obesidad causada por problemas internos, debido a estos las personas no pueden bajar de peso (incluso lo aumenta) aun llevando una alimentación adecuada y realizando actividad física (Mugica, 2010).

En cambio la exógena es aquella que se debe a un exceso en la alimentación o a determinados hábitos sedentarios, en otras palabras, la obesidad exógena es la más común y no es causada por ninguna enfermedad o alteración propia del organismo, sino que es provocada por los hábitos de cada persona. Este tipo de obesidad constituye aproximadamente entre el 90% y 95% de todos los casos de obesidad, lo que significa que la mayoría de las personas que la padecen es por un inadecuado régimen de alimentación y/o estilo de vida (Mugica, 2010).

Otra forma de clasificar la obesidad es la propuesta por Korbman de Shein (2007):

Clasificación por rasgos morfológicos

Se refieren al nivel de obesidad que presenta la persona, estos pueden ser:

- a) Leves: que corresponden de 20 a 40% de sobrepeso.
- b) Moderados: que van de 41 a 100%.
- c) Severos: cuando el sobrepeso excede al 100%.

Clasificación por rasgos anatómicos

a) Hiperplásica: Su característica principal es un aumento en el número de células adiposas que pueden acompañarse o no de un mayor contenido de lípidos (grasas). Es frecuente en la infancia y representa un factor de mayor riesgo.

b) Hipertrófica: caracterizada por un aumento en el contenido de lípidos de las células de tejido adiposo, sin que aumente el número de las mismas. Este tipo de obesidad corresponde generalmente a la obesidad en adultos (Chinchilla, 2005 p.11).

CLASIFICACIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL

En cuanto a la obesidad infantil, ésta se puede clasificar en función de cuál sea la causa, dependiendo del patrón de distribución de grasa corporal, del IMC, de la edad de comienzo de la obesidad y en función de la celularidad.

Clasificación por grasa corporal

- a) Obesidad de distribución homogénea: Existe un exceso de grasa corporal sin que predomine en ninguna región concreta del organismo.
- b) Obesidad gluteofemoral o ginecoide: Presenta un aumento de grasa corporal localizado en cadera, glúteos y muslos.
- c) Obesidad abdominal central o androide: Se caracteriza por la acumulación excesiva de grasa en la región abdominal (Chinchilla, 2005 p.11).

Clasificación por edad de aparición

- a) Obesidad de inicio en la infancia o en la adolescencia, la cual comienza a los dos años de edad. Cabe señalar que el criterio de consideración para el diagnóstico de obesidad dependerá del uso de percentiles de peso y talla por sexos.
- b) Obesidad en el adulto la cual es más frecuente y su edad de inicio se sitúa entre los 20 y los 40 años y se sitúa conforme a los puntos de corte establecido por la OMS (1995) para este tipo de población (Chinchilla, 2005 p. 11).

Clasificación por origen endócrino

- a) Síndrome de Cushing. La obesidad es de predominio central, con características físicas de cara de luna llena, joroba de búfalo y las estrías de la piel son de color violáceo.
- b) Síndrome de ovario poliquístico. Se caracteriza por presentar hiperandrogenismo y por lo tanto acné, desajustes menstruales y obesidad.
- c) Insulinoma: Presenta un tumor localizado en los islotes pancreáticos, que clínicamente produce crisis de hipoglucemia y aumento de peso secundario al efecto anabólico de la insulina.
- d) Hipogonadismos. Puede ser variable según el sexo y la edad de presentación.
- e) Hipotiroidismo. Clínicamente se manifiesta en la edad adulta y se acompaña de intolerancia al frío, sequedad de la piel, estreñimiento y aumento de peso, entre otras alteraciones (Chinchilla, 2005 p.12).

PREVALENCIA DE LA OBESIDAD INFANTIL EN MÉXICO

En el 2003, se llevó a cabo una investigación con niñas y niños mexicanos de cinco a once años donde se concluyó que el sobrepeso y obesidad son problemas de salud de alta prevalencia en niños en edad escolar en México, especialmente en niñas, y se asocia positivamente con el nivel socioeconómico, la edad de los escolares y la escolaridad de las madres; asimismo, tienen la mayor prevalencia de síndrome metabólico entendido como el conjunto de alteraciones metabólicas constituido por la obesidad de distribución central, la disminución de las concentraciones del colesterol unido a las lipoproteínas de alta densidad, la elevación de las concentraciones de triglicéridos, el aumento de la presión arterial y la hiperglucemia (Zimmet, Alberti & Serrano, 2005).

De acuerdo con un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública, con estudiantes de primaria, se encontró que un 50% adquieren un dulce, un 40% compra una fritura acompañada de una bebida azucarada y un 2% de los estudiantes eligieron una fruta, comprados en la cooperativa de la escuela en el recreo y en puestos de la calle a la hora de la salida de la escuela. Al iniciar la primaria, solo el 5% de los niños presentan sobrepeso, de estos un 25% de 11 a 12 años de edad al concluir la primaria tendrán sobrepeso (Olaiz-Fernández & otros, 2006).

En lo referente a las actividades físicas y/o ejercicio, la Encuesta Nacional de la Juventud realizada en el 2005, determinó que solo un 39.8% de los mexicanos jóvenes (entre los 12 y 30 años de edad) practica actividades físicas (los hombres son quienes hacen más ejercicio), de éstos el 23.6% lo hace diariamente, 36.65 % tres veces por semana y 32.7% por lo menos una vez a la semana (Olaiz-Fernández & otros, 2006).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, el incremento más alarmante en la prevalencia de obesidad ocurrió en niños de 5 a 11 años. Los resultados señalan la urgencia de aplicar medidas preventivas para controlar este problema en los escolares y detener el aumento progresivo durante los últimos años. Por otra parte, la información obtenida en Olaiz-Fernández, et, al, (2006), señala que más del 50% de los adolescentes pasa más de dos horas diarias frente a un televisor y de estos más de una cuarta parte hasta tres horas por día en promedio, este tipo de conductas fomenta la comercialización de productos industrializados, el sedentarismo y una ingestión energética inadecuada.

En 2012, más de 40 millones de niños menores de cinco años de edad tenían sobrepeso en el mundo. Si bien el sobrepeso y la obesidad tiempo atrás eran considerados un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos están aumentando en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos. En los países en

desarrollo con economías emergentes (clasificados por el Banco Mundial en países de ingresos bajos y medianos) la prevalencia del sobrepeso y la obesidad infantiles en niños preescolares es superior al 30%. En los países en desarrollo viven más de 30 millones de niños con sobrepeso y en los países desarrollados 10 millones (Chinchilla, 2005).

Los análisis efectuados en 2012 por la OCDE ubican a México entre los países con los niveles más altos de obesidad infantil en el mundo (OCDE, 2010). En los resultados de la Encuesta Nacional de Salud en escolares 2008 esta prevalencia fue más alta en el Distrito Federal donde 38.5% de los niños en edad escolar estaban fuera de su peso recomendado.

Los niños en edad escolar ambos sexos), de 5 a 11 años, presentaron una prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en 2012 de 34.4%, 19.8% para sobrepeso y 14.6% para obesidad.

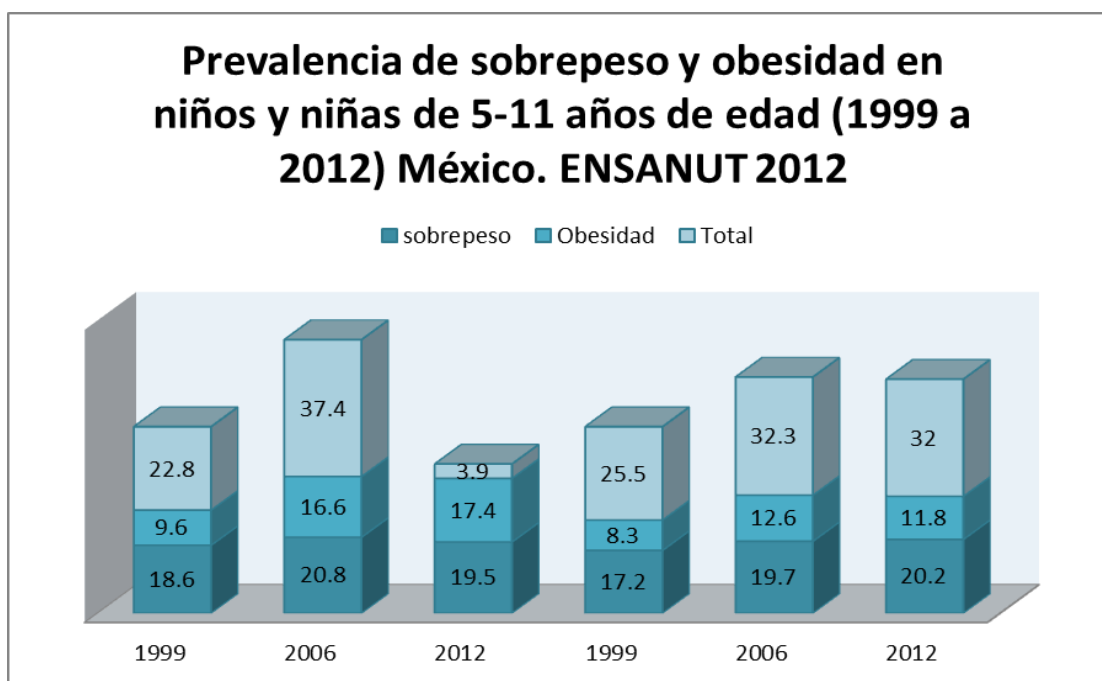


Figura 1: Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niñas y niños.

Fuente: Gutiérrez, J., Rivera-Domarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpardo-Hernández, S., Franco, A... & Hernández-Avila, M. (2012). *Encuesta Nacional*

de Salud. Estado de Nutrición, anemia, seguridad Alimentaria en la Población Mexicana. Resultados Nacionales. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Al analizar las tendencias puede observarse que las cifras de sobrepeso y obesidad en escolares no han aumentado en los últimos seis años, sin embargo, la prevalencia es alta (Gutiérrez & otros, Encuesta Nacional de Salud, 2012).

De acuerdo con la información proporcionada por la ENSANUT 2012 para la población en edad escolar, (de 5 a 11 años de edad), la prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en 2012, utilizando los criterios de la OMS, fue de 34.4% (19.8 y 14.6%, respectivamente). Para las niñas esta cifra es de 32% (20.2 y 11.8%, respectivamente) y para los niños es casi 5 pp mayor 36.9% (19.5 y 17.4%, respectivamente). En contraste, entre 2006 y 2012 se observa una ligera disminución en la prevalencia de sobrepeso y obesidad para los sexos combinados. En el 2012 la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 34.4% en ambos sexos, 0.4 pp menor que en 2006.

La obesidad infantil presenta un elevado incremento de su prevalencia, afectando la salud actual de niñas y niños, además de comprometerles la salud en su etapa adulta, por lo cual es necesario actuar de forma eficiente para disminuirla. Esto exige el diseño e implementación de programas de prevención holísticos, en cuyo desarrollo participen el mayor número posible de factores de la sociedad.

CAUSAS DE LA OBESIDAD

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad infantil es el desequilibrio entre la ingesta calórica y el gasto calórico. El aumento mundial del sobrepeso y la obesidad infantiles es atribuible a varios factores, tales como:

- El cambio dietético mundial hacia un aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos con abundantes grasas y azúcares, pero con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes saludables.

- La tendencia a la disminución de la actividad física debido al aumento de la naturaleza sedentaria de muchas actividades recreativas, el cambio de los modos de transporte y la creciente urbanización (OMS, 2008 p. 4).

Varios investigadores señalan la existencia de otros factores predisponentes de la obesidad principalmente infantil, como el destete temprano, insuficiente uso de la lactancia materna, la ablactación precoz antes del tercer mes de vida o el consumo de más de un litro de leche por día. También están consideradas como factores a la formación de malos hábitos en la alimentación como la ausencia de desayuno, ingestión de grandes cantidades de alimentos en las últimas horas del día, comer muy rápido, ingestión de alimentos con exceso de grasa o azúcares simples. Así como también los factores genéticos (Visser, 2012).

En general, los factores determinantes más estudiados de la obesidad están relacionados con el estilo de vida, especialmente el binomio de la alimentación y actividad física que se encuentran relacionados en la combinación de las siguientes condiciones:

1. Presencia de variaciones genéticas responsables de la susceptibilidad a padecer obesidad.
2. Pérdida de balance entre la ingestión de energía y el gasto que se produce con el ejercicio. En nuestra sociedad, esta condición se ve frecuentemente favorecida por permitir que los niños consuman alimentos ricos en energía y grasas totales.
3. Falta de actividades deportivas de mediano y alto gasto de energía de manera regular, es decir, tres o más veces a la semana.

4. Realización de actividades sedentarias por más de tres horas al día: tareas escolares, televisión, juegos por computadora o electrónicos entre otros (Mercado & Vilchis, 2013 p. 10).

FACTORES SOCIOECONÓMICOS

La OMS reconoce que la prevalencia creciente de la obesidad infantil se debe a cambios sociales. La obesidad infantil se asocia fundamentalmente a la dieta malsana y a la escasa actividad física, pero no está relacionada únicamente con el comportamiento del niño, sino también, cada vez más con el desarrollo social y económico y las políticas en materia de agricultura, transportes, planificación urbana, medio ambiente, educación y procesamiento, distribución y comercialización de los alimentos. El problema es social y por consiguiente requiere un enfoque poblacional, multisectorial, multidisciplinar y adaptado a las circunstancias culturales (OMS, 2008).

Al contrario de la mayoría de los adultos, los niños y adolescentes no pueden elegir el entorno en el que viven ni los alimentos que consumen. Asimismo, tienen una capacidad limitada para comprender las consecuencias a largo plazo de su comportamiento. Por consiguiente necesitan una atención especial en la lucha contra la epidemia de obesidad.

Desde el punto de vista económico existen dos vertientes por las que se puede desarrollar la obesidad. En una situación de pobreza, la falta de una dieta adecuada en cantidad y calidad, particularmente durante la gestación y los primeros dos años de vida lleva al retraso en el crecimiento uterino y postnatal, además se han descrito algunos de los mecanismos fisiológicos que se han encontrado, los cuales relacionan el balance positivo de energía con la acumulación de grasa en individuos con desnutrición temprana. Algunos estudios comentan que los niños con crecimiento restringido durante la gestación y los primeros dos años de vida y que posteriormente aumentan rápidamente de peso, tienen una mayor probabilidad de desarrollar sobrepeso y obesidad, así como tensión arterial alta, diabetes y enfermedades metabólicas y cardiovasculares,

además algunas deficiencias de nutrimentos como el zinc, pueden producir retraso en el crecimiento y aumentar el riesgo de presentar sobrepeso en la edad adulta. Las alteraciones metabólicas en niños que han sufrido desnutrición se presentan en todos los tejidos órganos, aparatos y sistemas. La mayoría de estas alteraciones trabaja para conservar la energía y mantener un metabolismo lento, aun después de la recuperación nutricional. Esto se ha determinado por mecanismos fisiológicos en niños que han sufrido desnutrición (Olaiz-Fernández & otros, 2006).

FACTORES GENÉTICOS

Desde el punto de vista genético, la obesidad tiene tres formas de presentación, la monogénica (mendeliana), la sindrómica y la común; las dos primeras ocurren con una prevalencia muy baja, menos de .01%,(Bell, Walley & Froguel, 2005). En tanto que la llamada obesidad común, agrupa todos aquellos casos donde existe un problema multifactorial que tiene como sustrato una predisposición genética, asociada a un desequilibrio entre el consumo y el uso de la energía ingerida, que constituye uno de los principales problemas de salud en la actualidad (Garduño & otros, 2008).

Dentro del marco referencial de las causas genéticas de la obesidad se encuentra una clara tendencia entre los miembros de una familia a tener un índice de masa corporal similar. Diversos trabajos han demostrado una correlación entre el índice de masa corporal de los padres y el de sus hijos, lo cual sugiere que tanto los genes como el ambiente familiar pueden contribuir al desarrollo de la obesidad (Colomer, 2005; Yoon, Scheuner, Peterson, Gwin, Faucett & Khoury, 2002; Whitaker, Wright, Pepe, Seidel & Dietz, 1997).

Es posible que la obesidad materna sea el elemento predictivo más significativo de la obesidad en niños. Los hijos menores de 10 años, de padres obesos, sean ellos obesos o no, tienen de 2 a 3 veces más riesgo de convertirse en adultos obesos, o incluso más, si ambos progenitores lo son (Whitaker, Wrigth,

Pepe, Seidel, & Dietz, 1997; Golán & Weizman, 2001). Con base en las leyes de la herencia, está establecido que si ambos padres son obesos el riesgo para la descendencia será de 69 a 80%; cuando sólo uno de los padres es obeso será del 41 al 50%, si ninguno de los 2 padres es obeso el riesgo para la descendencia será sólo del 9% (Chinchilla, 2005).

Muchos estudios han concluido que el gasto energético del metabolismo está reducido en los obesos, por lo que aun cuando la ingesta calórica por día pudiese ser normal en ellos, su bajo consumo de calorías en los procesos metabólicos favorece el ahorro y la acumulación de grasa como reserva energética. Asimismo, los obesos gastan menor cantidad de calorías para mantener una temperatura corporal estable y normal. La termorregulación es más eficiente en ellos, tanto en el estado basal como durante el ejercicio, ya que su gasto calórico invertido para mantener dicha temperatura es menor que en un sujeto delgado, lo cual les permite un ahorro de 25 a 45% de las calorías necesarias para este efecto (Méndez-Sánchez, 2002).

La obesidad y la ganancia progresiva de peso ocasiona una disminución de la sensibilidad a la insulina, también progresiva. Como la resistencia a la insulina finalmente se incrementa en los sujetos que han adquirido peso excesivo, la resistencia parece ser un mecanismo de adaptación para contrarrestar dicha ganancia, es decir, una consecuencia metabólica presente en los obesos. Un número de defectos genéticos específicos pueden producir obesidad en el hombre. Aún en casos en donde la obesidad no está causada directamente por un defecto genético, existe con frecuencia una susceptibilidad genética de base que predispone la obesidad (FUNSALUD, 2002).

Actualmente no podría comprenderse la expresión del sobrepeso sin considerar los factores genéticos que a través de los polimorfismos del DNA modificado regulan la expresión del apetito, el gasto de energía, el metabolismo y la adipogénesis en el tejido adiposo blanco. Sin embargo, a pesar de que el componente genético es un factor importante a la hora de explicar y comprender

la obesidad, los cambios tan rápidos en el número de obesos dentro de una población relativamente estable, indican que estos no son la principal causa de este rápido incremento (Lobstein, Baur & Uauy, 2004).

Se ha demostrado que mecanismos neurohormonales, epigenética, y microbiológicos pueden influir en el riesgo para la obesidad mediante la interacción con factores socio-ambientales, ya que los genes intervienen en el centro del hambre, en la regulación del peso, en el número y tamaño de los adipocitos y en la distribución del tejido graso en diferentes partes del cuerpo, así como en el gasto energético. La heredabilidad de muchos fenotipos asociados a la adiposidad, como peso corporal, porcentaje de grasa corporal, o masa libre de grasa, concentraciones circulantes de adipocitocinas y otros marcadores de inflamación, ha sido estimada en distintas poblaciones y diferentes grupos de edad, con observaciones consistentes de la contribución de factores genéticos a la variación de estos rasgos de enfermedad (Bouchard, Tremblay, Després, Nadeau, Lupien, Thériault, & Fournier, 1990). También hay muestra de 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) siendo la combinación de bajo peso al nacimiento y desarrollo de obesidad la de mayor riesgo (Colomer, 2005). Otros posibles mecanismos fisiológicos a través de los cuales la susceptibilidad genética puede actuar son una baja tasa de metabolismo basal, la disminución en la oxidación de macronutrientes, o el perfil hormonal incluyendo la sensibilidad a la insulina (OMS, 2000).

CONSECUENCIAS DEL SOBREPESO Y OBESIDAD

Como se ha mencionado la obesidad tiene un origen multifactorial, en el que involucra la susceptibilidad genética, los estilos de vida y del entorno, las influencias de diversos determinantes como la globalización, la cultura, la condición económica, la educación, la urbanización y el entorno político y social.

En este sentido, también juegan un papel primordial tanto el comportamiento individual como el familiar, el comunitario y el ambiente social.

En los últimos años la obesidad infantil se ha asociado con la aparición de alteraciones metabólicas, dislipidemias, alteración del metabolismo de la glucosa, diabetes, hipertensión, entre otras, a edades más tempranas. La Asociación Americana de Diabetes informó que del 85% de las y los niños con diagnóstico de diabetes tipo 2 que presentan obesidad y sobrepeso, el 10% de estos, pueden sufrir de tolerancia alterada a la glucosa. En adolescentes con obesidad se encontró que el 25% presentan hipertensión, el 39% bajos niveles de HDL y el 46% altos niveles de triglicéridos. Del mismo modo, se ha descrito que adolescentes con oligomenorrea y obesidad están en mayor riesgo de desarrollar síndrome poliquístico ovárico. El exceso de peso muestra que es un estrés mecánico, haciendo susceptible a los infantes a presentar anomalías ortopédicas y fracturas (Reyna, 2012).

Dependiendo de la edad y etnia, la obesidad se asocia con una disminución de esperanza de vida, entre 6 y 20 años. Existe evidencia de que las personas con obesidad grave mueren de 8 a 10 años antes que una persona promedio, se estima que cada 15 kilogramos extra aumentan el riesgo de muerte temprana aproximadamente en 30% (Álvarez, 1998).

Una niña o niño obeso puede sufrir discriminación social, baja autoestima y depresión. Se ha asociado que la obesidad en la infancia y adolescencia tienen mayor probabilidad de presentar desórdenes de la alimentación como bulimia y/o anorexia, también se han encontrado estudios transversales donde las personas con este problema reciben burlas, bullying, marginación y pobres resultados académicos. Asimismo se ha descrito que las personas presentan mayores limitaciones funcionales, físicas y psicosociales lo que repercute en una baja calidad de vida debido al estigma social y las consecuencias de la obesidad sobre la salud. Las enfermedades agudas y crónicas asociadas con el peso no solo afectan la calidad de vida del individuo sino que también incrementan el costo

individual, de la sociedad, costos de salud y baja productividad, igualmente trae como consecuencias costos indirectos por disminución de años perdidos por discapacidad, incrementa mortalidad antes de la jubilación adelantada, pensiones por discapacidad y reduce la productividad por ausentismo, se piensa que estos costos son mayores a los médicos (Reyna, 2012).

El costo directo estimado que representa la atención médica de las enfermedades atribuibles al sobrepeso y la obesidad (enfermedades cardiovasculares, cerebro-vasculares, hipertensión, algunos cánceres, atención de diabetes mellitus tipo 2) se incrementó en un 61% en el periodo 2000-2008, al pasar de 26,283 millones de pesos a por lo menos 42,246 millones de pesos (Barquera & otros, 2010).

Para el 2017 se estima que dicho gasto alcance los 77,919 millones (en pesos de 2008). El costo para 2008 representó el 33.2% del gasto público federal en servicios de salud a la persona, presupuestado en ese ejercicio fiscal. El costo indirecto por la pérdida de productividad por muerte prematura atribuible al sobrepeso y la obesidad ha aumentado de 9,146 millones de pesos en el 2000 (valor presente) a 25,099 millones de pesos en el 2008. Esto implica una tasa de crecimiento promedio anual de 13.51% (Barquera & otros, 2010).

Tan sólo en 2008 este costo indirecto afectó a 45,504 familias, las cuales probablemente enfrentarán una situación de gastos catastróficos y empobrecimiento por motivos de salud. Se estima que para el 2017 este costo indirecto alcanzará 72,951 millones (en pesos de 2008), con gastos trágicos.

El costo total del sobrepeso y la obesidad (suma del costo indirecto y directo) ha aumentado (en pesos de 2008) de 35,429 millones de pesos en 2000 al estimado de 67,345 millones de pesos en 2008. La proyección es que para el 2017 el costo total ascienda a 150,860 millones de pesos (Barquera & otros, 2010).

La carga económica que estos costos representan para un sistema de salud pública y para el gasto de los hogares, es un riesgo tanto para la sustentabilidad de dicho sistema, como para los mismos hogares. La alta prevalencia de sobrepeso y obesidad es similar en los quintiles de mayor y menor ingreso y en las comunidades más pobres o más afluentes del país. Sin embargo, los sectores más desfavorecidos de la población enfrentan una carga por las enfermedades crónicas asociadas con la obesidad, las cuales son un gasto repetitivo y de por vida, que les genera una mayor vulnerabilidad al no poder sobrepasar la pobreza o a recaer en ella (Barquera & otros, 2010).

El sobrepeso y la obesidad son causa de empobrecimiento porque disminuyen la productividad laboral y provocan gastos catastróficos en salud relacionados con enfermedades crónicas. Por ejemplo, actualmente 12% de la población que vive en pobreza tiene diabetes y 90% de esos casos se pueden atribuir a sobrepeso y obesidad. Además, diversos estudios han demostrado que el sobrepeso y la obesidad pueden presentarse como secuelas de la desnutrición en las etapas tempranas de la vida, tal como suele ocurrir en situaciones de pobreza. Por ejemplo, los niños que crecen en desnutrición almacenan más grasas con respecto a las proteínas, lo que tiende a aumentar el sobrepeso y la obesidad (Barquera & otros, 2010).

ALTERACIONES PSICOLÓGICAS EN EL OBESO

Desde hace años el tratamiento para la obesidad se ha basado en dos pilares fundamentales: los planes de alimentación hipocalóricos y la incorporación de la actividad física, basados en las investigaciones que sugieren que los factores causales asociados al desarrollo de obesidad son la ingesta excesiva de calorías y patrones de conducta sedentarias (Silvestri & Stavile, 2005).

Aunque muy poco considerados, los aspectos psicológicos y familiares juegan un papel decisivo en la producción y mantenimiento de la obesidad, y por lo general nunca se abordan. Estos factores psicológicos, precipitan perpetúan 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. El abordaje y tratamiento de las características psicológicas es 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 o mantenerlo (Mercado & Vilchis, 2013).

La obesidad aparece asociada con problemas específicos del peso que pueden afectar adversamente la calidad de vida y obstaculizar el tratamiento, aun si no son tan severos como para causar complicaciones clínicas significativas. La obesidad no sólo expone a quien la padece a una larga lista de enfermedades, como cardiopatías, hipertensión arterial y diabetes, sino también a psicopatías como depresión, ansiedad, que en estos casos están asociadas a trastornos de la conducta alimentaria o distorsión de la imagen corporal. Las personas con sobrepeso viven hoy en una sociedad “obeso-fóbica” que estigmatiza al obeso. Esto trae consecuencias en la autoestima, alteración en sus relaciones interpersonales, así como prejuicios donde consideran menos posibilidades de acceso a los mejores trabajos y a las mejores parejas (Orlando, 2005). Los obesos viven sentimientos de desvalorización cotidianos, todos se enfrentan a la misma presión social, lo que no quiere decir que todos la elaboren de la misma manera. Así, de acuerdo a su historia personal y en combinación con los conflictos generados por un medio social hostil, la persona obesa puede o no desarrollar una psicopatía y en algunos casos trastornos alimentarios (Panzita, 2005).

Este conjunto de emociones y comportamientos que se vinculan con la sobrealimentación generalmente se presentan en combinaciones más o menos complejas y son diferentes para cada persona. Es tan elevado el número de variables que influyen en una persona, y en concreto que en un determinado ser humano padezca de obesidad, que bien se puede decir que existen tantos casos de obesidad como obesos. Es decir, que la explicación, y el abordaje de un caso de obesidad nunca es exactamente igual a la explicación y abordaje de otro. De

ello se desprende, la necesidad del trabajo interdisciplinario para atender a cada uno de los detalles que inciden en esta problemática (Silvestri & Stavile, 2005).

No debe olvidarse que el ser humano es un ser biopsicosocial, y como tal obliga a que todas las alternativas terapéuticas sean enfocadas desde esta perspectiva. Por tanto el aspecto psicológico de la persona debería ser incluido en el abordaje terapéutico, sobre todo considerando la cronicidad y complejidad de esta problemática (Silvestri & Stavile, 2005).

Si bien no se ha demostrado que exista un trastorno específico en la personalidad del obeso, estos sufren, con gran frecuencia, diversos trastornos psicológicos. La obesidad aparece asociada con problemas específicos del peso que pueden afectar adversamente la calidad de vida y obstaculizar el tratamiento, aun si no son tan severos como para causar complicaciones clínicas significativas.

La obesidad no solo expone a quien la padece a una larga lista de enfermedades como cardiopatías, hipertensión arterial y diabetes, sino también a psicopatías como depresión, ansiedad, que en estos casos están asociadas a trastornos de la conducta alimentaria o distorsión de la imagen corporal. Las personas con sobrepeso viven hoy en una sociedad obeso-fóbica que estigmatiza al obeso. Esto trae consecuencias en la autoestima, alteración en sus relaciones interpersonales, menos posibilidades de acceso a los mejores trabajos, a las mejores parejas (Orlando, 2005).

Sumado a todo esto están las consecuencias psicopatológicas del seguimiento de dietas hipocalóricas estrictas, de los ciclos de pérdida recuperación de peso (efecto yo-yo), que los hacen sentir culpables, avergonzados, inadecuados y criticados por su fracaso por familiares, compañeros de trabajo y profesionales de la salud, logrando conducir al obeso al desarrollo de nuevas patologías psiquiátricas, entre las que destacan la depresión, la ansiedad, angustia y hasta el trastorno alimentario compulsivo (Saldaña, 2000).

Algunas de las alteraciones psicológicas frecuentes son:

- Imagen corporal distorsionada, donde esta es una representación psicológica subjetiva que puede llegar a ser sorprendentemente diferente de la apariencia real. La imagen corporal clásicamente se define como la representación que se tiene del tamaño, contornos y forma del cuerpo y el sentimiento que trae aparejado sus características y las de sus diferentes partes constitutivas

- Descontrol alimentario (atacón alimentario-Binge Eating) es un trastorno alimentario que se caracteriza por descontroles alimentarios recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la Bulimia nerviosa (p. ej. Autoinducción del vómito, abuso de laxantes u otros fármacos, ayuno y ejercicio físico excesivo), por lo menos dos veces por semana durante seis meses.

- Ansiedad, consiste en el conjunto de reacciones físicas y psicológicas que ocurren ante la presencia de un peligro. La respuesta de ansiedad se encuentra presente desde el nacimiento, siendo un mecanismo natural con el que nacemos. La ansiedad sólo aparece por peligros externos y objetivos, sino también por otros de carácter interno y subjetivo, e incluso por miedos inconscientes (Silvestri & Stavile, 2005 p. 29).

Si la reacción de ansiedad es muy intensa ya sea porque la amenaza realmente sea enorme o porque nuestros mecanismos de respuesta ante los peligros esté desajustado, la reacción física y psicológica lejos de ayudar a hacer frente a la amenaza, se transformara en un peligro agregado. El comer, o más exactamente masticar, al suponer un gasto de energía y al implicar una forma de desgarrar y triturar (actividad un tanto agresiva) se transforma en una forma de disminuir la ansiedad, forma rápida y pasajera pero al alcance del paciente.

Si el comer como recurso anti ansiedad se transforma en algo habitual con el tiempo se engordara, incluso estableciendo en algunas personas un círculo vicioso donde la ansiedad se reduce comiendo, por ende engordando y este aumento de peso genera un motivo de alarma, de preocupación, por lo que nuevamente aparece la ansiedad y una vez más se cómo mecanismo compensador (Silvestri & Stavile, 2005).

En los últimos 25 años se han estudiado numerosos grupos de niños y adultos para determinar su percepción del obeso. El prejuicio se ha observado aun en niños de 6 años de edad, quienes describieron a un niño con sobrepeso como perezoso, sucio, estúpido, feo, tramposo y mentiroso. Estudios similares en adultos muestran que estos se refieren a estafador, consumidores de cocaína, ciegos y rateros antes que a personas obesas como pareja. Esto puede observarse también en algunos profesionales de la salud quienes ven a sus pacientes obesos como faltos de voluntad, feos y torpes y son tratados irrespetuosamente por el profesional médico tratante (Silvestri & Stavile, 2005).

Una de las aproximaciones de la psicología hacia los problemas de salud, es la de la psicología comunitaria que desarrolla un enfoque social, esta constituye un antecedente importante de la psicología de la salud, debido a que gran parte de sus experiencias suelen ser válidas para el trabajo en instituciones de salud de atención primaria (Morales, 1999).

CAPÍTULO II.

SALUD-ENFERMEDAD: PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

CONCEPTO DE SALUD-ENFERMEDAD

El término enfermedad proviene del latín *infirmitas*, que significa literalmente “falta de firmeza”. Según la OMS, la definición de enfermedad es la de alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible (OMS, 1948).

La enfermedad es un proceso y el estatus consecuente de afección de un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado ontológico de salud. El estado y/o proceso de enfermedad puede ser provocado por diversos factores, tanto intrínsecos como extrínsecos al organismo enfermo (Dahlke, 2002).

Epistemológicamente, la enfermedad es el resultado de la integración entre el agente agresor y el huésped susceptible, en un ambiente propicio que los pone en contacto mediante la existencia de mecanismos de producción o transmisión (Álvarez, 1998).

El proceso salud-enfermedad es un continuo movimiento que va de un polo a otro, y que en cada individuo puede tener grados diferentes, está constituido por cambios objetivos que se dan en el organismo humano entre estos dos polos opuestos: salud-enfermedad. Por lo cual, es de vital importancia dejar establecido que este proceso está determinado por el modo de vida existente (Morales, 1999).

La obesidad puede considerarse como el problema de salud pública principal al cual se enfrenta México en la actualidad dada su gran prevalencia, sus consecuencias y su asociación con las principales causas de mortalidad. A pesar de que la obesidad es uno de los factores de riesgo para diversas enfermedades como la diabetes entre otras, rara vez se le considera como una

enfermedad por sí misma. Algunas de las razones para esta apreciación son: 1) la variedad y complejidad de las causas que la originan; 2) el escaso conocimiento sobre los mecanismos fisiopatológicos implicados; 3) la alta prevalencia de obesidad entre la población infantil y adulta, lo cual lleva a percibir a esta entidad como una característica frecuente o común y 4) la poca información y/o falta de interés que tiene la población sobre los efectos adversos de la obesidad (García & otros, 2008).

PROMOCIÓN DE LA SALUD

En el campo de la salud se ha trabajado fundamentalmente sobre cómo enfrentar la enfermedad, ocasionalmente en cómo prevenirla y poco en el cuidado de la salud, lo cual se pretende cambiar con la promoción de la salud.

El discurso de la Promoción de la Salud se remonta a mediados del siglo XX (1945), y allí se empiezan a considerar los ritos de la vida, de la muerte y de la salud, a pesar de que desde su origen el hombre ha realizado acciones para mejorar su calidad de vida (Sigerist, 1997).

En la primera conferencia internacional sobre la Promoción de la Salud llevada a cabo en Ottawa, Canadá, en 1986 se dio una definición integral de Promoción y se estableció como una estrategia de acción para todo el mundo; se destacaron las condiciones requeridas y los prerrequisitos o factores condicionantes para la salud como: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, los ingresos, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Planteó la salud, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana; se trata por tanto de un concepto positivo de bienestar que involucra a todos los sectores y a los sistemas sociales, culturales y económicos (OMS, & OPS, 1986).

La carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986) menciona que se debe proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud

y ejercer un mayor control sobre la misma. De igual manera, plantea 5 componentes para llevar a cabo dicha estrategia:

- La elaboración de una política pública sana: considera que la salud ha de formar parte de la agenda de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles.
- El refuerzo de la acción comunitaria logrado a través del empoderamiento del individuo y de los colectivos. Esta acción comunitaria o participación integral es entendida como: 'Un proceso de movilización por medio del cual la comunidad se organiza y capacita, asume a conciencia su papel de agente o sujeto de autodesarrollo y junto con la administración local y las instituciones (técnicos) identifica (concilia), prepara (planea, organiza), ejecuta (dirige, controla) y evalúa proyectos de y para su desarrollo”.
- La creación de ambientes favorables: Los lazos que unen al individuo con su medio, constituyen la base de un acercamiento socio ecológico a la salud. Es fundamental la protección mutua entre las comunidades (lo social) y el medio natural.
- La reorganización de los sistemas de salud: “La responsabilidad de la misma la comparten individuos, colectivos, profesionales de la salud, instituciones de salud y gobiernos” (OMS, 1998 p.3).

La Carta de Ottawa conjunta la totalidad de elementos teóricos de Promoción, aportados por diferentes autores y reuniones mundiales de salud, y los estructura como una estrategia que incluye aspectos estatales, comunitarios e individuales, desde una perspectiva social, político, ambiental, económico y cultural, es decir, abarca todo lo relacionado con la vida y la salud; se constituye en la directriz mundial para la atención en salud.

Fiorentino y Labiano (2008) menciona que la promoción de la salud influye en el individuo o en la comunidad para alcanzar un alto nivel de salud y bienestar, una buena calidad de vida y la mejor expresión del desarrollo humano. Para esto, es necesario controlar determinantes externos que satisfagan necesidades básicas en el individuo y determinantes internos como creencias, expectativas, atribuciones, entre otros. De esta manera, la promoción de la salud involucra una acción educativa, persuasiva y motivacional con el propósito de fomentar el conocimiento y comportamientos saludables (Fiorentino & Labiano, 2008).

De acuerdo con Morales (1999) las acciones de promoción de la salud deben tener: Carácter multisectorial, es decir, no son exclusivas del sector salud y multidisciplinario, tampoco son exclusivas de la medicina, y deben implicar un importante compromiso de las autoridades políticas. Las acciones de promoción de la salud pueden definirse como el conjunto de elementos básicos para realizar políticas sanitarias orientadas a una estrategia poblacional en salud y son:

1. Identificar los problemas que requieren atención prioritaria.
2. Para esa identificación, la información sobre la comunidad es la fuente que toma las decisiones, debiendo usar datos seguros procedentes de registros continuos, investigaciones previas o investigaciones al efecto.
3. Trabajar en equipo con profesionales de otras disciplinas, compartiendo el conocimiento que sea necesario.
4. Evaluar los resultados siguiendo un modelo de intervención (al menos antes y después y con grupos de control cuando sea posible).
5. Utilización de diferentes procedimientos con carácter creativo.
6. Estimular la más activa participación de los miembros de la comunidad, tomando en cuenta su opinión en la definición de las prioridades y las estrategias, o como multiplicadores o en la evaluación de resultados (Morales, 1999 p.13).

De acuerdo con Secretaría de Salud (Barquera, & otros, 2012) la promoción de la salud es una estrategia fundamental para proteger y mejorar la

salud en la población mexicana, y es una acción política, educativa y social que incrementa la conciencia pública sobre la salud, promueve estilos de vida saludables y la acción comunitaria en favor de la salud; brindando oportunidades y posibilidades a la gente para que ejerza sus derechos y responsabilidades para la formación de ambientes, sistemas y políticas que sean favorables a su salud y bienestar. Esto implica no solamente instrumentar acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, sino a que se desarrolle un proceso que permita a las personas incrementar el control sobre los determinantes de su salud y en consecuencia, mejorarla.

PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

El concepto de Prevención está ligado al proceso salud-enfermedad; en cada época de la historia se han dado diferentes interpretaciones a la salud y a la enfermedad, las cuales a su vez se relacionan con las situaciones políticas, económicas y sociales de cada momento histórico, a continuación se ofrece una breve síntesis de la concepción de la prevención de la enfermedad.

De acuerdo a Frías (2000), prevenir en el ámbito de la salud es realizar una acción con la intención de modificar la probabilidad de ocurrencia o comportamiento de un proceso mórbido. Desde esta perspectiva, el desarrollo de la medicina preventiva ha estado en íntima relación con el avance en el conocimiento del proceso de pérdida de salud, de los determinantes asociados a este y del desarrollo o historia natural de la enfermedad.

Al igual que la promoción, la prevención también fue descrita en 1945 por Sigerist como una de las cuatro funciones de la medicina, junto con la reparación o tratamiento del daño y la rehabilitación; más adelante, los norteamericanos las denominaron como funciones de la salud pública. La prevención tiene que ver con las teorías de causalidad de la enfermedad en cualquier modelo teórico, ha sido definida como la aplicación de medidas técnicas que incluye aspectos médicos y de otras disciplinas que tienen como finalidad impedir la aparición de

la enfermedad (prevención primaria) curarla (prevención secundaria) y devolverle las capacidades perdidas (prevención terciaria) (Franco, 1993).

La prevención primaria se refiere al conjunto de actividades dirigidas a reducir el riesgo de sufrir enfermedad mediante la disminución del nivel de los factores de riesgo o de la probabilidad de su ocurrencia, la prevención primaria contempla dos niveles, en el primero se propone la promoción general de la salud y en el segundo, la protección específica, el objetivo de la promoción general, así entendida, plantea la necesidad de crear las condiciones más favorables para resistir la enfermedad, aumentar la resistencia y colocarlo en un ambiente favorable a la salud, si se analiza este objetivo, se ve cómo se involucra la presencia de enfermedad, y no el fomento y el cuidado de la salud y de la vida, que es primordial de la promoción de la salud (Franco, 1993).

Para la Organización Panamericana de la Salud (2005) el término prevención de la enfermedad se utiliza por lo general para designar las estrategias para reducir los factores de riesgo de enfermedades específicas, o bien reforzar factores personales que disminuyan la susceptibilidad a la enfermedad. La prevención de la enfermedad puede incluir también actividades o estrategias encaminadas a reducir las consecuencias de la enfermedad una vez establecida.

La importancia de la prevención, se hace patente en todas estas estrategias que en la actualidad se recomiendan para proporcionar la atención médica, precisan que para que esta sea de calidad se ha de considerar la realización de acciones preventivas y de lograr concientizar al personal a prestar más atención al diagnóstico y al tratamiento de las enfermedades (Centeno, 2013).

DIFERENCIA ENTRE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

La distinción entre la Promoción de la salud y la Prevención de la enfermedad es difícil, en ocasiones existen opiniones y conceptos controvertidos sobre la importancia de su diferencia ya que se trata de dos conceptos que tienden a confundirse, sin embargo la promoción no se resume a prevenir la enfermedad.

El hecho de no tener claridad acerca del concepto de salud y de los modelos teóricos en los cuales se sustenta, por un lado, la Promoción y por otro la Prevención, genera dificultades en el planteamiento y logro de metas, en la determinación de estrategias, en la claridad frente a los sujetos a quienes van dirigidas las acciones y en la destinación de recursos, entre otros aspectos que son del ámbito de cada uno de estos enfoques, de aquí que la denominación “Promoción y Prevención” haya llevado a que en la práctica se privilegie las acciones de Prevención sobre las de Promoción, para éstas hay que actuar sobre los determinantes de la salud, lo cual necesita de grandes inversiones, trabajo intersectorial, compromiso político y en definitiva, un replanteamiento de las estructuras del país (Franco, 1994).

La Prevención permite la neutralización de los factores de riesgo de contraer una enfermedad utilizando estrategias de control viable y eficaz. De esta forma se anticipa a la aparición del efecto que puede perjudicar la salud de la población. Por el contrario, la promoción comienza con gente básicamente sana y busca promover medidas individuales o comunitarias que ayuden a desarrollar estilos de vida más saludables, dentro de lo que sus condiciones de subsistencia se lo permitan (Kornblit, 2000).

La promoción de la salud difiere de la prevención de la enfermedad especialmente en el objeto o foco para las intervenciones: para la primera es lo que se considera lo “saludable” o “autógeno” y para la segunda, la enfermedad y los riesgos de enfermar. La promoción de la salud se dirige principalmente a la

población y la prevención de la enfermedad se dirige más al individuo (Zurro, 1999).

De acuerdo al Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social, CENDEISSS (2004), en la promoción de la salud lo importante consiste en obtener mayor control sobre los determinantes de la salud, y para la prevención de la enfermedad, el objetivo es la reducción de los factores de riesgo de enfermar y morir.

PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

La promoción de los estilos de vida saludables involucra conocer aquellos comportamientos que mejoran la salud de las personas. Se entiende por conductas saludables aquellas acciones realizadas por un sujeto que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas, como también fisiológicas inmediatas, y que a largo plazo repercuten en su bienestar físico y en su longevidad (Álvarez, 1998).

En la actualidad, se conoce un número importante de comportamientos relacionados con la salud, identificados por la investigación epidemiológica:

- ✓ Practicar ejercicio físico regularmente.
- ✓ Nutrición adecuada.
- ✓ Adopción de comportamientos de seguridad.
- ✓ Evitar el consumo de drogas.
- ✓ Sexo seguro.

(Becoña & Oblitas, 2004 p.3)

La relevancia del estudio del estilo de vida es, por una parte, el hecho de que la conducta es un determinante crucial de las primeras causas de mortalidad y morbilidad de los países industrializados. Así por ejemplo, la conducta de fumar junto con la alimentación y el sedentarismo son factores indicadores de riesgo en enfermedades cardiovasculares, en este sentido, los hábitos que conforman el

estilo de vida relacionado con la alimentación saludable, control de peso y salud en general, una vez aprendidos son difíciles de modificar

El término estilo de vida, Style of life o lifestyle aparece en las ciencias sociales y psicológicas en diferentes períodos de su desarrollo y bajo diferentes perspectivas, asociado al estudio de los individuos y grupos, para comprender la identidad de grupos macro y micro sociales, el carácter del consumo en términos económicos, la existencia humana en su especificidad individual y la causalidad del proceso salud-enfermedad. A mediados del siglo XX el concepto de estilo de vida se incorpora al área de la salud, las primeras investigaciones realizadas desde el campo de la salud adoptan una perspectiva médico-epidemiológica, sin embargo, ignora el marco psicosocial del comportamiento y reduce el concepto de estilo de vida a conductas aisladas que tienen alguna repercusión sobre la salud. No obstante aunque no existe una definición consensuada, la mayoría de los autores coinciden al afirmar que los estilos de vida saludables están constituidos por patrones de conductas relacionadas con la salud (Bandura, 1982; Cockerham, 2002).

ESTILO DE VIDA SALUDABLE: CONCEPTO

La OMS en su constitución define el término de estilo de vida saludable como una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. Con el objetivo de reducir el exceso de mortalidad, morbilidad y discapacidad, promover estilos de vida saludables y reducir los riesgos para la salud. Se reconoce así, que la salud es producto, en primer lugar del estilo de vida y luego de lo biológico, lo ambiental y los sistemas de cuidado de salud respectivamente (OMS, 1986).

Las conductas saludables son producto de dimensiones personales, ambientales y sociales, que emergen no sólo del presente, sino también de la historia personal del sujeto que tienen siempre algún impacto y condicionan las

decisiones que toman las personas respecto a su estilo de vida. Se refieren a formas cotidianas de vivir que se aplican para las distintas esferas o áreas de funcionamiento del campo vital de una persona, satisfaciendo adecuadamente las propias necesidades y optimizando su calidad de vida, en función de sus posibilidades (Arrivillaga, Salazar, & Correa, 2003).

De modo que si el estilo de vida de salud estudia la expresión cotidiana de individuos o grupos asociado a aquellos factores psicosociales que la determinan, posiblemente se alcancen niveles de conocimiento más explicativo, posibilitando que las campañas educativas, de promoción y prevención de salud, se basen en el estudio de la interrelación de tales factores para su desempeño y reconozcan los límites de su alcance. Pero las conductas de salud que constituyen el estilo de vida al igual que el resto de conductas y comportamientos de las personas no son innatas, el estilo de vida se va configurando y adquiriendo a lo largo del proceso de desarrollo humano.

SALUD Y EDUCACIÓN

La salud juega un papel fundamental en la formación de las habilidades de las personas, ya que resulta esencial para el desarrollo de las capacidades físicas, de razonamiento, funcionamiento cognitivo e integración social de las personas, particularmente durante la infancia. Un buen nivel de salud brindará asimismo un buen desempeño de los individuos en sus actividades diarias (COFEMER, 2012).

El desarrollo del capital humano es indispensable en el crecimiento de un país para incrementar la productividad de la población y reducir la pobreza, lo cual está directamente relacionado con la salud de los individuos. Cuando los economistas piensan en capital humano, piensan que la educación y el aprovechamiento escolar (junto con otros factores, primordialmente la salud) es utilizado para explicar las diferencias de ingreso entre los agentes de una economía (Currie, 2008).

La salud de los niños y niñas se encuentra en el centro de las preocupaciones de la agenda global en salud. La muerte de un niño en todas las sociedades es una tragedia; al sufrimiento que este evento causa en la familia hay que añadir el potencial humano perdido. En México se han registrado avances importantes en la salud de los niños/as, lo que se refleja en una reducción significativa de la mortandad infantil en más del 50%. Sin embargo, pese a estos importantes avances aún queda mucho trabajo por realizar (Gutiérrez & otros, ENSANUT, 2012).

En este sentido se puede afirmar que en México se han implementado políticas sólidas para incidir sobre la salud de las y los niños, sin embargo, la simple existencia de estas políticas no garantiza su cumplimiento y menos aún que se materialicen en eventos de salud en la población para lo cual fueron diseñadas. Ahora bien, el sistema educativo mexicano está compuesto por una gran diversidad de instituciones fundadas a lo largo de más de dos siglos, aunque conservan algunas señales de sus orígenes y de los proyectos educativos que enmarcaron su nacimiento, las instituciones actuales han vivido diversas transformaciones bajo el influjo de las políticas educativas reformistas de distintas épocas y los cambios en la vida social, cultural y política del país. A partir de la década de los setenta la política educativa comenzó una nueva etapa reformista, que se acentuó en el último decenio del siglo XX, cuando se aceleró una serie de transformaciones en todos los ámbitos de la vida nacional y en un mundo que se ha globalizado y en el que la educación, la ciencia y los nuevos sistemas de información y comunicación tienen un papel central (Arnaut & Giorguli, 2010).

Es un hecho que la salud y la educación son el estado de bienestar y la posesión más preciados, y por ende, pilares fundamentales de México. La salud constituye un sólido soporte para tener un buen desempeño físico, mental y social. La educación es la puerta del conocimiento y la libertad es la herramienta más poderosa para entender y transformar el mundo (Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, 2010).

Hoy en día se viven situaciones de constante cambio que, en ocasiones, ponen en riesgo la salud y el bienestar de la sociedad en general, lo que demanda a diferentes sectores, como el educativo y el de salud, nuevos mecanismos de respuesta y la realización de acciones y estrategias para contribuir al desarrollo armónico e integral de las personas. No obstante los logros alcanzados en materia de salud en el país, de manera particular en la población infantil y joven, persisten problemas cuya atención es impostergable (Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, 2010).

La literatura que relaciona la obesidad con el aprovechamiento escolar señala que las últimas décadas, las malas dietas, caracterizadas por la ingesta excesiva de grasas y azúcares refinados, acompañada de un consumo pobre de frutas, verduras y granos, han sido identificadas como parte de los mecanismos más importantes detrás del sobrepeso y la obesidad en la población en edad escolar (Ebbeling, Paelak, & Ludwig, 2002).

Por otro lado, Mena, Fernández & Riviere (2010), expone que la obesidad genera conflictos en las relaciones personales que podrían derivar en deserción escolar. Dichos conflictos promueven la inadaptabilidad del sujeto dentro del sistema social que le cobija. En consecuencia, la sociedad se fragmenta y el tejido social se deteriora, creándose un segmento aislado de individuos en el territorio en vez de una red social que genere cultura y haga eficientes los procesos educativos. La falta de lazos estrechos de comunicación genera que la movilidad social del individuo se aminore debido al impedimento implícito de la hermeticidad de la información.

A pesar de que el levantamiento de encuestas y la recolección de datos sobre salud y nutrición ha aumentado, aun no se encuentra evidencia contundente que arroje conclusiones sobre estas relaciones a nivel nacional, sin embargo existen elementos teóricos y científicos que permiten inferir que este es uno más de los factores por los que la obesidad (particularmente en infantes), resulta un problema prioritario para nuestro país, sobre todo considerando los

altos niveles de obesidad y el bajo desempeño educativo en comparación con otros países (COFEMER, 2012).

El estudio de estas relaciones permitirá diseñar políticas públicas efectivas para atender este importante problema, no obstante, los argumentos aquí plasmados abonan a la serie de causas por las que es necesario tomar medidas que reduzcan los niveles de sobrepeso y obesidad sobre todo en infantes. Lo anterior no solo repercutirá en una mayor generación de capital humano, que a su vez promoverá una mayor productividad en la población mexicana y un crecimiento económico más acelerado, sino que representará una oportunidad para lograr un desarrollo más integral de las y los niñas en un entorno más positivo que les permita tener un futuro más promisorio y equitativo (COFEMER, 2012).

Los padres tienen un papel fundamental en el desarrollo y la formación de sus hijos, ya que deben fortalecer la atención de lo que consumen a fin de asegurar sus procesos de crecimiento y desarrollo, prevenir padecimientos futuros y favorecer el logro de mejores niveles de aprovechamiento y rendimiento escolar (Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, 2010).

La escuela constituye otro de los ambientes donde se pueden desarrollar acciones fundamentales para prevenir el problema de sobrepeso y obesidad. La escuela debe brindar a niñas, niños y adolescentes oportunidades para lograr un desarrollo sano, para su formación integral y para que participen activa y responsablemente en la vida económica y social de nuestro país (Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, 2010).

Corresponde a las instituciones y a la comunidad educativa contribuir de la mejor manera a que niñas, niños y adolescentes adquieran las habilidades que les permitan adoptar un estilo de vida saludable, lo que conduce no solo a enfatizar en el desarrollo de competencias atinentes al tema y a promover dichas competencias mediante el currículo, sino además a establecer estrategias y acciones en promoción y educación para la salud que posibiliten dentro y fuera

de la escuela la elección y consumo de alimentos y bebidas que sean parte de una alimentación correcta en condiciones de higiene, y una práctica cotidiana y adecuada de actividad física dentro y fuera del contexto escolar.

La educación es un factor importante para la salud, quienes tienen mayor predisposición a tener condiciones de salud desfavorables no son únicamente los más pobres, sino quienes tienen un menor nivel de educación, puesto que el conocimiento y desarrollo de competencias implica cambios en la conducta y en la calidad de vida, por ello, la escuela debe favorecer el logro de los objetivos educativos y el desarrollo integral de las y los alumnos, siendo la salud uno de sus pilares, con lo cual se da cumplimiento al ejercicio del derecho a la educación y a la salud (Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, 2010).

CAPITULO III.

AUTOEFICACIA

LOS INICIOS DE LA AUTOEFICACIA.

Las personas luchan por ejercer un control sobre los sucesos que afectan a sus vidas, al ejercer influencia en esferas sobre las que pueden imponer cierto control, son más capaces de hacer realidad las metas futuras deseadas y de evitar acontecimientos indeseables. La lucha por el control de las circunstancias vitales regula casi todas las cosas que hacen las personas, ya que puede garantizarles beneficios personales y sociales, la capacidad para influir sobre los resultados los convierte en predecibles y esta posibilidad fomenta la preparación. La incapacidad para ejercer influencia sobre las cosas que afectan adversamente a la propia vida crea aprehensión, apatía o desesperación, mientras que la capacidad de producir resultados valiosos y prevenir los indeseables proporciona poderosos incentivos para el desarrollo y el ejercicio del control personal, de tal forma se convierte en uno de los componentes para el fomento de la autoeficacia (Bandura, 1999).

Bandura es uno de los pioneros en el estudio de la autoeficacia, a lo largo de los años el concepto que se tenía de la autoeficacia ha ido tornándose más serio y ha pasado de ser tratado como si fuera mero sentido común o como parte de la teoría tradicional de las expectativas de resultados de Rotter, a tener su propia postulación teórica (Garrido, 1993).

Bandura se dio cuenta tempranamente que la psicología requería de bases científicas más sólidas para poder sustentarse, la ciencia psicológica tiene que avanzar siguiendo el esquema científico, descubriendo si un modo de intervención es eficaz proporcionando el bienestar que se busca, si la intervención no produjo cambios entonces no merece la pena seguir investigando en ese camino. Una intervención es eficaz si cumple con tres condiciones: 1) que produzca el cambio deseado, 2) que este cambio sea duradero o permanezca en

el tiempo y 3) que se pueda generalizar a otras situaciones semejantes (Gómez, Guillén, & René, 2010).

Finalmente, otro de los propósitos de cualquier intervención psicológica es la de descubrir los procesos por los que esos componentes actúan, una teoría psicológica no es completa si no descubre los procesos, los métodos de medirlos y las formas de modificarlos, la autoeficacia es una teoría psicológica con todos los componentes filosóficos exigidos a las mismas (Locke, Frederick, Lee, & Bobko, 1984).

A continuación se intenta describir de forma breve el nacimiento de la teoría de Autoeficacia, de esta forma se puede comprender más acerca de su funcionamiento y componentes, y así tener un amplio criterio y panorama de los alcances en su aplicación y la importancia de un buen diseño de instrumentos que permitan medirla de forma eficaz, como es el objetivo de la presente tesis.

Las investigaciones de Bandura se han orientado básicamente a la intervención clínica y social, inició sus investigaciones en procesos de aprendizaje vicario y prosiguió en el estudio de los componentes de los procesos fóbicos y de evitación mediante la teoría del doble componente a la cual se abrazó para explicar ciertos fenómenos en conductas fóbicas hasta que descubriera que esta teoría no es válida. Bandura afirmaba que todo lo que se puede aprender por la experiencia directa, por ensayo y error, es posible aprenderlo y modificarlo mediante la experiencia vicaria. De acuerdo a la conducta fóbica, Bandura establece un conjunto de investigaciones en las que, bajo la idea de que a través del modelado se puede lograr bajar los niveles de ansiedad que los sujetos sienten hacia ciertos objetos, intenta mitigar la fobia. Para probar lo anterior, Bandura utilizó niños con fobia a los perros e investiga la influencia de dos variables: el modelado y la relajación, solo que en lugar de relajación como tal, se utiliza un ambiente festivo para los niños, los resultados son mixtos: se confirma que lo que interviene es meramente el modelado, lógicamente la siguiente pregunta para Bandura fue: ¿Es necesario saber si la eficacia del modelado es

comparable a la de otras estrategias terapéuticas que ya han probado su validez en materia de fobias? En especial se trataba de comparar la eficacia del modelado con la desensibilización sistemática de Wolpe (1974) (Bandura, 1965).

Por otro lado, Ritter es un investigador más que se encontraba realizando estudios sobre fobias en ese tiempo, él trataba de demostrar la eficacia de lo que se llamaba desensibilización por contacto, que consistía en informar a los sujetos acerca del objeto temido para quitar ideas falsas acerca de su peligrosidad, después el terapeuta ejecutaba la conducta fóbica a un determinado nivel de presencia del sujeto que la padece, si el sujeto no podía realizar la conducta se le ayudaba pidiendo que colocara su mano sobre la del terapeuta y hacer contacto físico o mediante guantes, hasta que el sujeto fuera capaz de hacerlo por sí solo (Salanova, Cifre, Grau, Llorens, & Martínez, 2004).

Bandura comparó el modelado con la desensibilización sistemática de Wolpe y la desensibilización por contacto de Ritter usando sujetos con fobia a las culebras. Los resultados que se obtuvieron fueron que los grupos de desensibilización sistemática y modelado fueron parejos en su eficacia, los resultados estadísticos no mostraron diferencias, sin embargo el grupo de desensibilización por contacto alcanzó una eficacia cercana al cien por ciento. Sin embargo existe un segundo experimento, encubierto en el primero, de máxima importancia para el desarrollo de la teoría de la Autoeficacia. Como en toda investigación cuyos sujetos buscan una solución a su problema, al final se les promete terminar con su fobia independientemente del grupo en el que hayan participado, para esto los investigadores aprovechan los dos grupos de modelado que habían utilizado, uno bajo modelado con relajación y otro sin relajación, con lo anterior Bandura se dio cuenta de que la relajación no ejerce efecto alguno en la terapia más allá del que ejerce el mero modelado. Finalmente los sujetos fueron tratados mediante desensibilización por contacto y lograron superar la fobia a las culebras (Bandura, 1986).

Después de esta investigación Bandura se propone descubrir cuáles son los componentes y los procesos que subyacen a los sorprendentes resultados por desensibilización por contacto, Bandura estudió si la ayuda por parte del terapeuta favorece los resultados y descubrió que los sujetos que reciben poca ayuda son los que generalizan más sus resultados positivos. Por su parte, Ritter trata con agorafóbicos y pretende medir la influencia que tiene la ayuda verbal frente a la ayuda física, siendo la ayuda física la que produce mejores efectos que la ayuda verbal (Salanova, Cifre, Grau, Llorens, & Martínez, 2004).

Al analizar los experimentos realizados con la fobia a las culebras, se encuentra que en la desensibilización por contacto intervienen tres procesos distintos, un proceso verbal o de información en el que se les dice que las culebras no son dañinas, un segundo componente es el modelado, que consiste en ver cómo otra persona se acerca progresivamente al objeto temido y finalmente la ejecución.

Siguiendo con la línea de investigación de Bandura, en el siguiente experimento se dividen los grupos de la siguiente forma: El grupo control recibe el tratamiento completo tal y como se expuso en el estudio de Bandura, el otro grupo que va a tener sólo ayuda del modelado observará a través de una cámara unidireccional en la que no existe sonido o información alguna, solo son observadores. Finalmente el grupo que recibe información observa también al grupo de ejecución desde una cámara de visión unidireccional, pero en este caso si tiene acceso a toda la información que ofrece el experimentador a los sujetos que están siendo tratados. Los resultados son explicados en un 60% por el modelado y el 40% restante lo explica la ejecución, la información en cualquiera de las dos maneras no tiene mayor relevancia. A partir de este estudio la desensibilización por contacto pasa a llamarse modelo participante porque son el modelado y la participación activa las que explican sus resultados (Salanova, Cifre, Grau, Llorens, & Martínez, 2004).

Como se menciona al inicio de este capítulo, no solo basta con descubrir los componentes que intervienen en una estrategia eficaz, se han de descubrir los procesos. Bandura dice que uno de los procesos que puede intervenir en el modelado participante puede ser la motivación, que él define como la sensación que ha de tener el sujeto de que él es capaz de ejecutar lo que observa el modelo.

PROCESO DE LA AUTOEFICACIA

Como muchos de los grandes investigadores en el ámbito clínico, Bandura consideraba a sus pacientes como los principales maestros y ponía especial énfasis en sus declaraciones. En una entrevista a una de las pacientes tratadas por la fobia a las culebras, esta comenta que su éxito al superar la fobia a las culebras contribuyó a un mayor sentimiento de confianza generalizada en sus capacidades para superar cualquier otro problema que pudiera aparecer.

Bandura encontró la clave en esta entrevista, el proceso de mejora se produce en el interior. Esto lo lleva a reflexionar acerca de la generalización, que se refiere a que ante estímulos similares se produce la misma reacción.

Hasta este punto todo era centrado en el objeto, hasta que Bandura se percató de que los mecanismos que operan en el tratamiento contra las fobias se dan en el sujeto, es cuando comenzó a hablar de una generalización centrada en este mismo, es decir, esta generalización puede darse entre objetos o formas que aparentemente no tengan nada que ver entre ellos como objetos, pero que el sujeto piense como semejantes, ya que son una construcción social de la realidad basada en la observación de la propia conducta. A partir de este momento Bandura comienza a dar importancia real al sujeto. Al inicio lo hace buscando el proceso de motivación: La sensación de ser capaz, que él la define como que los sujetos se persuaden a sí mismos de que si otros pueden hacerlo, ellos deberían ser también capaces (Bandura & Barab, 1973).

En su libro *Social Learning Theory* el concepto de autoeficacia surge cuando se da cuenta de que tanto los tratamientos centrados en la experiencia

directa como en la sensación de dominio y fe en sí mismo, funcionarán bajo un mismo mecanismo al cual denominó como autoeficacia.

La idea central es que cualquier cambio que se desee hacer en la conducta del sujeto, sea cual sea el medio o la estrategia utilizada, será eficaz en tanto genere en el sujeto la sensación de juzgarse capaz. Todas las estrategias usadas son válidas: persuasión, modelado, desensibilización etc. lo son en medida en que generen en el sujeto la sensación de sentirse capaz de hacer algo nuevo o algo que antes se sentía incapaz de lograr (Bandura, 1977).

Las investigaciones actuales tratan de demostrar que la autoeficacia es el mediador en toda intervención conductual ya sea vicaria o mental. De acuerdo con Bandura (1999), la autoeficacia es producto de las creencias de la persona sobre sus capacidades y el control percibido para enfrentarse a los eventos o circunstancias que se presentan en su vida. El control de los sucesos y el poder predecirse le da a la persona la capacidad para ejercer influencia sobre las cosas que le afectan, lo que aumenta su creencia en sus capacidades o autoeficacia. Por el contrario, cuando no se cree capaz de ejercer control para prevenir los eventos que le son adversos, entonces siente aprensión, apatía o desesperación. Por lo tanto el ejercicio de control personal promueve y desarrolla la confianza que conduce al sentido de eficacia y al éxito personal.

Puede decirse que la autoeficacia significa: creer en la propia capacidad para llevar a cabo la acción o conducta necesaria para lograr un resultado deseado sin importar la capacidad real de la persona. Es decir, la autoeficacia es creer que se puede poner en práctica alguna acción, con el conocimiento de la relación entre la acción y el resultado y así obtener el efecto deseado. Son las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar cursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras (Bandura, 1999).

La autoeficacia no es el conocimiento de cuáles acciones llevan a un cambio de conducta o que habilidades se necesitan para realizar esas acciones,

la autoeficacia es creer que se pueden adoptar esas acciones o que pueden usar sus habilidades para lograr los resultados que se desean (Bandura, 1997).

El impacto de la eficacia personal sobre su naturaleza y calidad de vida depende de la finalidad con que se aplique; la autoeficacia tiene alcance:

- En el esfuerzo que invierten para alcanzar un objetivo.
- Influye en el curso de acción que las personas eligen tomar.
- En la perseverancia que demuestran frente a los obstáculos y fracasos.
- En su capacidad de recuperación frente a la adversidad.
- En que sus líneas de pensamiento sean positivos y útiles o negativos y obstaculizadores.
- En el nivel de logros que alcanzan.

(Bandura, 1997 p.76).

Para generar cambios en el sujeto, es crucial que éste crea en sus propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción para manejar situaciones futuras. Las creencias de eficacia influirán sobre el método de pensar, sentir, motivarse y actuar de las personas. Varios factores influirán en la interpretación de las experiencias de eficacia, entre los que se encuentran los personales, sociales y situacionales. Aquellas personas con altos niveles de eficacia personal tienden a contar con mejores herramientas para enfrentarse a situaciones amenazantes, ya sea que modifican las metas que se proponen, planifican acciones que les permitan desempeñarse adecuadamente o que puedan perseverar ante el fracaso (Bandura, 1987).

Bandura (1987) señala que las experiencias de dominio son la fuente más importante, ya que se basan en experiencias previas en que la persona haya tenido éxito. Las experiencias vicarias hacen referencia a la importancia de

observar a personas similares alcanzar el éxito tras esfuerzos perseverantes, esto aumenta las creencias del observador, ya que él también posee las capacidades necesarias para dominar actividades comparables. Las personas a quienes se persuade verbalmente de que poseen capacidades para dominar determinadas situaciones, tienden a movilizar más esfuerzo y a sostenerlo durante más tiempo que cuando piensan en sus deficiencias personales. Y por último, estados psicológicos y emocionales influyen de manera significativa cuando la persona es capaz de favorecer el estado físico, reducir el estrés y las proclividades emocionales negativas, y corregir las falsas interpretaciones de los estados orgánicos.

Fortalecer estas fuentes mejoraría también las creencias de eficacia personal de las personas, mejorando a su vez el rendimiento y expectativas. Esto se debe a que las principales funciones de la autoeficacia son: elegir una conducta, actividad o meta que uno se sienta capaz de realizar o alcanzar, realizar el esfuerzo necesario para lograrlo; y finalmente perseverar en la elección cuando se presentan dificultades (Gómez, Guillén, & Reneé, 2010).

Sin embargo, las personas pueden juzgarse eficaces en un amplio rango de dominios de actividades o únicamente en algunos dominios de funcionamiento. De acuerdo a Bandura (2001), las creencias de autoeficacia no son características personales únicas, sino que difieren en generalidad, fortaleza y nivel. La generalidad se refiere a los distintos tipos de actividades y modalidades mediante las cuales se expresan las capacidades, las variaciones situacionales y los tipos de individuos hacia los cuales se dirige el comportamiento. La fortaleza, hace referencia a que las creencias pueden ser fácilmente refutadas por experiencias desagradables, o firmes y perseverantes. Y por último el nivel, se refiere al número de actividades que los individuos se juzgan capaces de realizar por encima de un valor seleccionado, es decir, se refiere al número de pasos de creciente dificultad que la persona cree que es capaz de superar.

Dado que los factores mencionados son componentes cognitivos que modulan, regulan, la autoeficacia, se constituye en una variable mediacional, ya que se encuentra ejerciendo la función de mediador cognitivo entre los factores que determinan la conducta y aquellos que ejecutan el rendimiento.

Schunk y Meece (2005) mencionan que en la escuela, la autoeficacia puede mejorarse si los jóvenes son motivados a alcanzar metas que ellos mismos se planteen, cuando estén expuestos a modelos académicos y sociales positivos, y cuando se les enseñen estrategias que pueden utilizar para sobreponerse a retos.

Si bien la autoeficacia ha sido estudiada a partir de la regulación personal ejercitada individualmente, la teoría social cognitiva también extiende la concepción de la regulación humana hacia la regulación colectiva. De acuerdo a Bandura (2001), las metas obtenidas en grupos son producto, no solo de las intenciones compartidas, el conocimiento y las habilidades de sus miembros, sino también de la dinámica interactiva, coordinada y sinérgica de sus procesos. En este sentido se concibe a la autoeficacia colectiva, que influye y es influida por la autoeficacia personal de los miembros de un grupo. Por eso mismo la importancia en incidir en poblaciones que se encuentren en su medio escolar y de esta forma poder fortalecer la autoeficacia en las tres esferas.

AUTOEFICACIA Y EXPECTATIVAS DE RESULTADOS

En la psicología clínica, la autoeficacia y las expectativas de resultados corresponden a conceptos distintos, sin embargo, no se encuentran aislados uno del otro. Bandura (1977) plantea por primera vez los dos tipos básicos de expectativas: la autoeficacia (expectativas de eficacia) y las expectativas de resultados. La autoeficacia es una expectativa referida a la conducta, que puede definirse como la capacidad percibida para realizar una acción concreta en una situación concreta, antes de llevarla a cabo. Las expectativas de resultados se refieren a las consecuencias que producirá dicha conducta; es decir, son anticipaciones cognitivas de las consecuencias de la conducta.

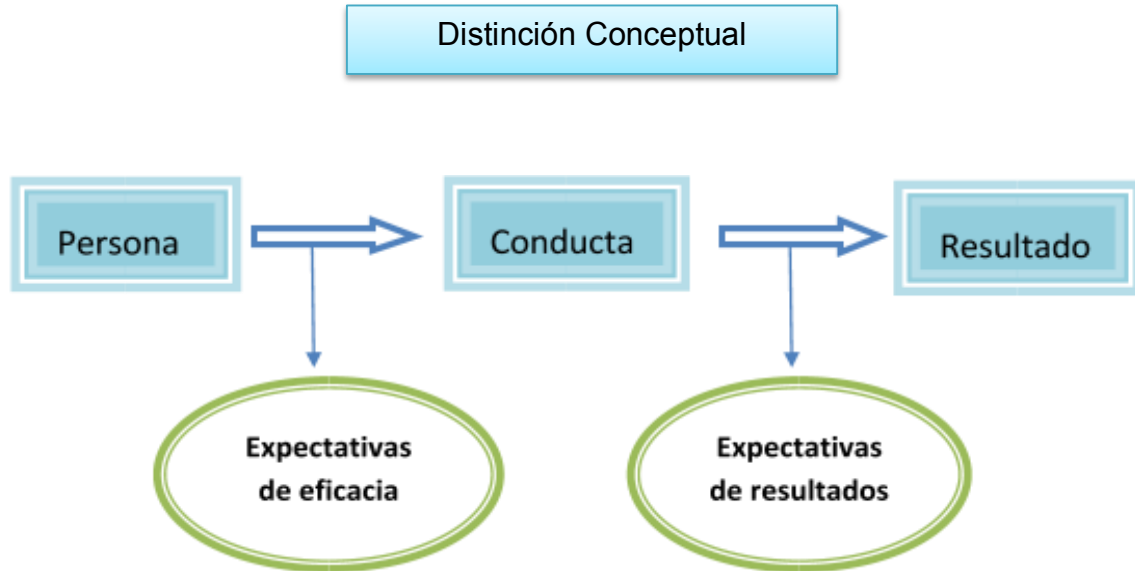


Figura 2. Distinción conceptual

Fuente: Salanova, M., Cifre, E., Grau, R., Llorens, S., y Martínez, I (2004). Antecedentes de la autoeficacia en profesores y estudiantes universitarios: un modelo causal. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, p. 159-176.

Por ejemplo, para una persona que intenta seguir conductas saludables de actividad física como puede ser hacer ejercicio 60 minutos al día, podríamos definir la autoeficacia como la medida en que se siente capaz de hacer ejercicio diariamente, y las expectativas de resultados como las consecuencias (anticipadas) positivas y negativas de hacerlo.

Bandura (1997) menciona que un resultado es algo que se deriva de la ejecución de una conducta, una consecuencia. Distingue tres tipos básicos de consecuencias, y por tanto de expectativas de resultados: las físicas que se refieren a cambios en el propio individuo o en su entorno físico; sociales que pueden ser reacciones de aprobación/rechazo por parte de las personas del entorno de la conducta del individuo y autoevaluativas que son las reacciones emocionales ante los propios logros y fracasos y la interpretación que de ellos se haga. Estos tres tipos de "resultados": físicos, sociales y autoevaluativos pueden

ser tanto positivos como negativos, varían en grado de importancia y uno los anticipa con un grado variable de probabilidad.

Otro punto a aclarar es que por conducta no solo se entienden actos motores simples, sino que engloba un curso de acción planificado, por ejemplo, en la conducta de salud “seguir una dieta equilibrada” implica adquirir hábitos alimenticios adecuados como el horario de comidas, escoger los alimentos adecuados y prepararlos de forma sana, además de calcular las proporciones y cantidades de estos.

Ambos elementos son importantes determinantes de la conducta, sin embargo en la mayoría de los estudios en psicología de la salud se ha manipulado y evaluado con mayor frecuencia únicamente a la autoeficacia. Bandura justifica este proceder diciendo que las consecuencias que uno anticipa en relación con una conducta dependen en gran medida de lo capaz que uno se siente de realizarla; por ello, al evaluar la autoeficacia se están evaluando, también en cierto modo, las expectativas de resultados (McAuley, 1991).

En contraposición a este argumento se puede decir que realmente algunas de las consecuencias de la conducta, sobre todo las de carácter social y emocional, no dependen principalmente de la competencia personal para realizarla. Los diferentes tipos de expectativas de resultados pueden contribuir, independientemente y más allá de la autoeficacia, a predecir las conductas relacionadas con la salud.

Por otro lado no se debe perder de vista que la teoría de autoeficacia constituye un micromodelo dentro de la teoría psicológica global de Bandura conocida como Teoría Cognitivo Social (TCS) (Bandura, 1986). Si bien la autoeficacia es de suma importancia también hay que tener en cuenta que la explicación, predicción y modificación de las conductas relacionadas con la salud pueden ser vistas desde otros constructos de la TCS.

El determinismo recíproco triádico es el hilo conductor de la TCS según el cual el funcionamiento psicológico individual resulta de la interacción entre tres tipos de factores que son el personal, situacional ya sea físico y/o social y el conductual. En el personal se encuentran las cogniciones que engloban las expectativas, atribuciones causales, intenciones; las habilidades que pueden ser intelectuales, motoras, sociales y autorreguladoras; y las emociones. Entre los factores situaciones, ya sean físicos o sociales, se incluye el contexto en el que se realiza la conducta, las consecuencias de la misma que actúan como incentivos ya sean positivos o negativos, además de los recursos y materiales que se necesitan para llevarla a cabo. Finalmente el término conducta es claro, hace referencia al comportamiento directamente observable para los demás (Bandura, 1986).

Como se puede observar, la autoeficacia y las expectativas de resultado no son todos los determinantes de la conducta; como mínimo se requieren reforzadores o incentivos, poseer algunas habilidades que sean necesarias para el objetivo que se persigue y disponer de los recursos pertinentes. Sin embargo la autoeficacia si funge un papel clave porque igualmente, sin ella pero contando con todos los demás aspectos resulta más complicado llegar a un objetivo específico y hacer un cambio sustancial en el individuo.

AUTOEFICACIA Y RESULTADOS EN LA SALUD

La teoría de la autoeficacia propone dos mecanismos o procesos mediadores a través de los cuales las expectativas de eficacia y las expectativas de resultados puede afectar a la salud: uno es de carácter motivacional y otro de carácter emocional como se muestra en la figura 2.

El mecanismo motivacional se refiere a los dos tipos de expectativas que regulan el esfuerzo y la persistencia que uno pone en la práctica de conductas favorecedoras de la salud. De esta manera tanto la eficacia como las expectativas de resultados actúan como determinantes de las conductas promotoras de la salud y de conductas preventivas de la enfermedad, adhesión al tratamiento y

conductas de autocuidado y de restauración de hábitos cotidianos después de episodios de enfermedad, por mencionar algunos (Carpi-Ballester, González, Zurriaga, Marzo, & Buunk, 2010).

La influencia de la autoeficacia sobre la salud mediada por las emociones se debe a que esas variables actúan como moduladores del impacto emocional y la reactividad fisiológica inducida por los estresores psicosociales, es una valoración de la capacidad personal para hacer frente a las situaciones problemáticas (Rovira, 2002).

A modo de conclusión, la autoeficacia es un muy buen predictor de las conductas relacionadas con la salud; la teoría cognitivo social proporciona métodos y estrategias adecuadas para modificar los determinantes de las conductas de salud, y a través de ellos las conductas de salud propiamente. Lo que ofrece la teoría de autoeficacia es que es capaz de especificarnos cuáles son las fuentes de información de las expectativas (los éxitos y fracasos propios, la experiencia vicaria y el lenguaje oral y escrito) sugiriendo y facilitando de este modo la creación de modelos de intervención.

AUTOEFICACIA Y CONDUCTAS SALUDABLES

Numerosos estudios han demostrado que las cogniciones relativas a la salud regulan la adopción de conductas saludables y la eliminación de conductas perjudiciales. Entre ellas la autoeficacia percibida es uno de los factores principales que influye desde la toma de decisiones hasta el inicio y mantenimiento del proceso (Bray, Gyurcsik, Culos-Reed, Dawson, & Martin, 2001).

El constructo de autoeficacia ha sido aplicado a conductas tan diversas en distintos dominios de salud como: el manejo de enfermedades crónicas, uso de drogas, actividad sexual, fumar, realizar ejercicio, bajar de peso, y también la habilidad para recuperarse de los problemas de salud o para evitar potenciales riesgos para la salud (Foryth & Carey, 1998). Las investigaciones revelan que

altos niveles de autoeficacia tienen consecuencias beneficiosas para el funcionamiento del individuo y su bienestar general (Klein-Hessling, Lohaus, & Ball, 2005).

En relación a las conductas preventivas en salud, los individuos con alta autoeficacia percibida tienen más probabilidad de iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos y ser más optimistas sobre la eficacia de estos. Además los estudios indican consistentemente que los individuos con alta autoeficacia percibida también tienen más probabilidad de evaluar su salud como mejor, estar menos enfermos o depresivos, y recuperarse mejor y más rápidamente de las enfermedades, que las personas con baja autoeficacia (Grembowski & otros, 1993).

Existen muchas razones, tanto personales como sociales que pueden contribuir a que dichas conductas de riesgo sean más o menos atractivas y persistentes, esta es una de las razones por las cuales las estrategias de sanidad implementadas por los gobiernos no suelen ser eficaces. Las campañas de dieta y ejercicio tienen un impacto mínimo sobre la población y un coste importante, mientras que la inversión en la fabricación y difusión de alimentos con bajo aporte nutricional son elevados y en crecimiento, una lucha contra la industria de dichos alimentos sería el ideal para tener un impacto mayor en la población, pero a falta de una reforma reguladora por el gobierno del país es indispensable crear programas de prevención efectivos que versen sobre los determinantes individuales de la modificación de conducta con mira a la salud (Ballester, 2009).

La información sobre el riesgo que conlleva el adoptar conductas no saludables no es suficiente para motivar a reducir conductas de riesgo. Aunque existen algunas limitaciones, en general los individuos disponen de la libertad y la capacidad para ejercer influencia sobre su propia conducta en relación con la salud. Las campañas públicas deberían favorecer este potencial individual de forma más activa, salvo que tales campañas estén bien diseñadas y sean propiamente adaptadas a las audiencias particulares. En psicología se han

identificado diversos factores que desempeñan un rol influyente en el fomento de la motivación y la adaptación de los hábitos en pro de la salud, entre ellos se encuentra de definición de metas y procesos de toma de decisiones que establecen el escenario necesario para el cambio personal. Sin embargo, las buenas intenciones no son suficientes para emprender el cambio en conductas saludables o para que se abandonen aquellas que arriesgan el bienestar, se trata de una labor titánica, a la mayoría de las personas les cuesta decidirse por el cambio, y aún más mantener dichos cambios adoptados cuando se encuentran frente a incentivos y “tentaciones” que le invitan a modificar sus hábitos para regresar a los anteriores (Marcus, Eaton, Rossi, & Harlow, 1994).

Según la teoría social cognitiva, la motivación y la acción humana están reguladas en gran medida por las previsiones. Este mecanismo anticipatorio de control implica tres tipos de expectativas; la de situación resultado, en las que el ambiente es el principal factor independientemente de la acción personal; la expectativa acción-resultado, en las que el resultado sigue a la acción personal y la autoeficacia percibida, que se refiere a la confianza de las personas en sus capacidades para ejecutar los cursos de acción requeridos y alcanzar el resultado deseado, como se ha mencionado previamente (Bandura, 1986).

La probabilidad de que las personas adopten una conducta saludable valiosa como la actividad física y la alimentación saludable puede depender de tres series de cogniciones, la primera es la expectativa de que uno está en riesgo, como el peligro de desarrollar diabetes, la expectativa de que el cambio conductual reducirá la amenaza, como es la reducción del riesgo de un ataque cardíaco, y por último la expectativa de que uno es suficientemente capaz de ejercer control sobre el hábito arriesgado, como la capacidad de dejar de consumir alimentos con exceso de grasa de forma definitiva.

De acuerdo con lo mencionado, la mayoría de las personas son optimistas cuando evalúan las relaciones situación-resultado, ya que se sienten menos vulnerables de lo que deberían ante las amenazas para la salud, pero creen que

su grupo de referencia está en mayor riesgo de enfermedades. Además creen que sus acciones producirán resultados positivos y que son personalmente capaces de manejar sus demandas vitales. La primera actitud ha sido llamada optimismo defensivo, la última optimismo funcional (Schwarzer, 1994).

El optimismo funcional no solo confía en las expectativas de resultados positivos sino que también en los recursos de manejo personal, no es suficiente percibir una contingencia acción-resultado. También se debe confiar en la propia capacidad para ejecutar la conducta requerida. Las metas de cambio conductual ejercen su efecto mediante las auto creencias optimistas. Estas creencias sobreestiman levemente las capacidades de manejo percibidas. Tanto las expectativas de resultados como las creencias de eficacia desempeñan un papel influyente en la adopción de conductas saludables, en la eliminación de hábitos perjudiciales y en el mantenimiento del cambio. El adoptar la conducta deseada, en primer lugar los individuos forman una intención y a continuación tratan de ejecutar una acción. Las expectativas de resultados son determinantes importantes en la formación de intenciones pero menos en el control de la acción. La autoeficacia, por otra parte, parece ser crucial en ambos estadios de autorregulación de la conducta saludable. Las expectativas de resultados positivos motivan la decisión de cambio de la propia conducta. La autoeficacia percibida opera como una influencia controladora que representa la confianza de que uno es capaz de modificar las conductas arriesgadas para la salud mediante la acción personal (Schwarzer, 1994).

Las creencias de eficacia influyen sobre la intención de modificar la conducta de riesgo, sobre la cantidad de esfuerzo invertido para alcanzar esta meta y sobre la persistencia para continuar luchando a pesar de las barreras y los reveses que podrían debilitar la motivación.

Diversos estudios sobre la adopción de prácticas saludables han medido la autoeficacia para evaluar sus potenciales influencias en el inicio de la modificación de conducta.

Con respecto al ejercicio físico sabemos que motivar a las personas para que lo realicen con regularidad depende de muchos factores, entre ellos las auto creencias optimistas de ser capaz de hacerlo ante muchas condiciones que intentan disuadir del intento. Se ha comprobado que la autoeficacia percibida influye significativamente en la formación de intenciones para hacer ejercicio y para mantener la práctica durante un tiempo prolongado (McAuley, 1991).

Diversos estudios actuales demuestran que la autoeficacia está sumamente implicada en prácticas que conllevan hábitos, rutinas, aprendizaje de habilidades y toma de decisiones. A continuación se presentan algunas investigaciones que giran en torno a este concepto y sus resultados.

Para identificar las actitudes y prácticas sobre alimentación y actividad física en niños obesos de nivel socioeconómico bajo, se aplicó una encuesta a 88 escolares de 8 a 11 años en Santiago, Chile. Se hicieron grupos focales en los que se estudiaron las motivaciones, barreras, sentimientos de autoestima y autoeficacia en relación a alimentación saludable y actividad física. Se encontró un bajo consumo de lácteos, verduras y frutas, y un elevado consumo de alimentos de alta densidad energética y bebidas con azúcar. 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. Sus madres mostraron poca motivación y baja autoeficacia para apoyar a sus hijos obesos. (Olivares, Bustos, & Moreno, 2006).

Un estudio realizado por Ballester (2009) cuyo objetivo fue analizar si la autoeficacia y la percepción de control presentaban diferencias desde la Teoría de Acción Planeada (TAP) con respecto a la intención y las conductas preventivas de la enfermedad cardiovascular arrojó resultados que muestran que la autoeficacia influye positiva y significativamente sobre la intención y sobre la conducta, mientras que la percepción de control influye negativa y significativamente sobre la intención de conducta, pero no sobre la conducta preventiva. Este trabajo ha mostrado la conveniencia de distinguir entre

autoeficacia y percepción de control en la TAP dirigida a prevención de conductas de salud cardiovascular (Carpi Ballester, González, Zurriaga, Marzo, & Buunk, 2010).

Con respecto a la nutrición y control de peso, se ha comprobado que hacer dieta y controlar el peso son conductas relacionadas con la salud y también gobernadas por las creencias de autoeficacia (Carpi-Ballester, González, Zurriaga, Marzo, & Buunk, 2010).

Igualmente Cervone y Wood (1995) pioneros en investigaciones en esta línea, descubrieron que los individuos con sobrepeso respondían muy bien al tratamiento conductual cuando disponían de un alto sentido de eficacia y una localización interna de control. Se ha descubierto que la auto-eficacia opera mejor con los cambios generales del estilo de vida, que incluyen el ejercicio físico y la provisión de apoyo social.

Distintos hallazgos indican que las percepciones de autoeficacia juegan un significativo rol en con respecto a la conducta de hacer ejercicio (Bray, Gyurcsik, Culos-Reed, Dawson, & Martin, 2001). Es decir, se ha encontrado que aquellas personas con mayores niveles de autoeficacia se comprometen con mayor frecuencia en un programa regular de actividad física que aquellos con más bajos niveles de autoeficacia (Rimal, 2001). Además, los individuos con alta autoeficacia tienen sentimientos mucho más fuertes de efectividad para realizar el ejercicio y para comprometerse en ese momento en realizar una mayor cantidad de actividad física que los individuos con baja autoeficacia (Marcus, Eaton, Rossi, & Harlow, 1994).

Marcus (1994), en un estudio longitudinal examinó cómo se relacionaban las ventajas, desventajas y autoeficacia para hacer ejercicio con estados de predisposición para realizarlo. Un análisis exploratorio reveló que los 3 componentes evaluados eran independientes: las ventajas, desventajas y autoeficacia. El análisis confirmatorio reveló que la autoeficacia aparece como un

importante indicador de la conducta de hacer ejercicio presente y futura, la autoeficacia está fuertemente relacionada con la intención para realizar conductas de ejercicio, lo cual es consecutivamente un fuerte predictor de la actividad física 6 meses más tarde. Resultados similares se obtuvieron en el estudio reciente de Sniehotta, Scholz, & Schwarzer (2005), quienes investigaron de manera longitudinal a una muestra de 307 pacientes cardíacos quienes fueron motivados a mantener o adoptar la conducta de realizar ejercicios. Estos fueron evaluados inicialmente sobre su intención de realizar ejercicio, luego se realizaron evaluaciones a los dos y cuatro meses siguientes. Los resultados confirmaron que entre los factores evaluados, la autoeficacia funcionaba (junto a las variables de planificación de conducta y control de la acción) como mediadora entre las intenciones iniciales de realizar ejercicio y la actividad física realizada posteriormente.

Rimal (2001), examinó la relación de conocimiento sobre actividad física y autoeficacia para hacer ejercicios. Los resultados muestran que simultáneamente los valores de conocimiento y autoeficacia se correlacionaron positivamente con la conducta de hacer ejercicio, pero los valores previos de la autoeficacia se correlacionaron negativamente con cambios en la conducta de hacer ejercicio. Más aún, los cambios en la autoeficacia para hacer ejercicio fueron correlacionados positivamente con cambios en conducta de ejercicio. Por tanto, es claro que no sólo los aumentos en autoeficacia contribuyen a mejorar la conducta de hacer ejercicio, sino que también aquellas personas con más baja autoeficacia inicial al mejorar su autoeficacia, también mejoran su conducta de hacer ejercicio.

Estos hallazgos tienen una importancia e implicaciones muy relevantes para campañas de salud pública, donde los esfuerzos se centran primariamente en aumentar los conocimientos de salud de la persona y esto sugiere que el aumentar la autoeficacia puede ser una estrategia más promisoría.

CAPÍTULO IV.

MÉTODO

OBJETIVO GENERAL

Obtener las propiedades psicométricas (validez, confiabilidad y poder discriminante) del Instrumento de autoeficacia percibida para el control de peso de Guzmán & Gómez Perez-Mitré (2011) en estudiantes de cuarto, quinto y sexto de educación primaria.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

Validez: La propiedad o característica de un instrumento que tiene la capacidad de medir el rasgo que realmente pretende medir se llama validez, en general, la validez de un instrumento tiene que ver con que miden los puntajes y que predicen las puntuaciones (Kerlinger & Lee, 2002).

Confiabilidad: Se refiere a la consistencia de las fuentes o de los resultados de los instrumentos. La confiabilidad es una propiedad de las puntuaciones obtenidas cuando se administra la prueba a un grupo particular de personas en una ocasión particular y bajo condiciones específicas (Kerlinger & Lee, 2002).

Poder discriminante: Análisis multivariante que permite asignar o clasificar nuevos individuos dentro de grupos previamente reconocidos o definidos (Kerlinger & Lee, 2002).

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Validez: Se obtuvo la validez de constructo mediante un Análisis Factorial de componentes principales.

Confiabilidad: Se obtuvo mediante el Alpha de Cronbach.

Poder discriminante: Se obtuvo mediante el Análisis Multivariante Discriminante.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación fue de campo, no experimental, con un diseño de una sola muestra y con propósitos psicométricos.

MUESTRA

Se trabajó con una muestra de 1190 estudiantes (niñas y niños) que se encontraban cursando el cuarto, quinto y sexto año de educación primaria.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Los criterios de exclusión fueron:

- Aquellos participantes cuyos cuestionarios presentaron $\geq 30\%$ de los reactivos sin respuesta y/o la elección de la misma opción de respuesta en el 30% de las veces o más.
- Participantes que se encontrarán colaborando en cualquier otra investigación que interfiriera con los objetivos del presente estudio.
- Participantes que se encontraran recibiendo algún tipo de tratamiento (psiquiátrico o psicológico) que pudiera interferir con los propósitos del presente estudio.
- Participantes que presentaran algún problema de desarrollo que interfiriera con el objetivo de investigación.

INSTRUMENTO

Se utilizó la versión adaptada del cuestionario de Guzmán & Gómez Peresmitré (2011) de Autoeficacia percibida para preadolescentes mexicanos.

El inventario es de auto respuesta y se encuentra integrado por 43 ítems en un formato tipo LIKERT, con cuatro opciones de respuesta que van desde “No puedo hacerlo” (1), hasta “Seguro que puedo hacerlo” (4). Esta escala está formada por dos factores: Alimentación saludable y actividad física.

PROCEDIMIENTO

- Se solicitó la colaboración de las autoridades de escuelas primarias públicas del área metropolitana.
- Se solicitó el consentimiento firmado a padres o tutores.
- Se acudió a los salones de clase y se solicitó la participación voluntaria de los alumnos para la aplicación del instrumento en forma grupal por facilitadoras antes entrenadas. La aplicación de la encuesta se realizó dentro de los salones de clase con una duración aproximada de 30 minutos. Las instrucciones para responder la escala se presentaron al inicio de la misma. Al inicio de la aplicación se señaló que las dudas las podían consultar con las facilitadoras.
- Los datos se capturaron y se analizaron con el programa estadístico SPSS-20.

PLAN DE INVESTIGACIÓN

Aplicación de la escala para obtención de sus propiedades psicométricas (validez y confiabilidad), así como capacidad discriminante.

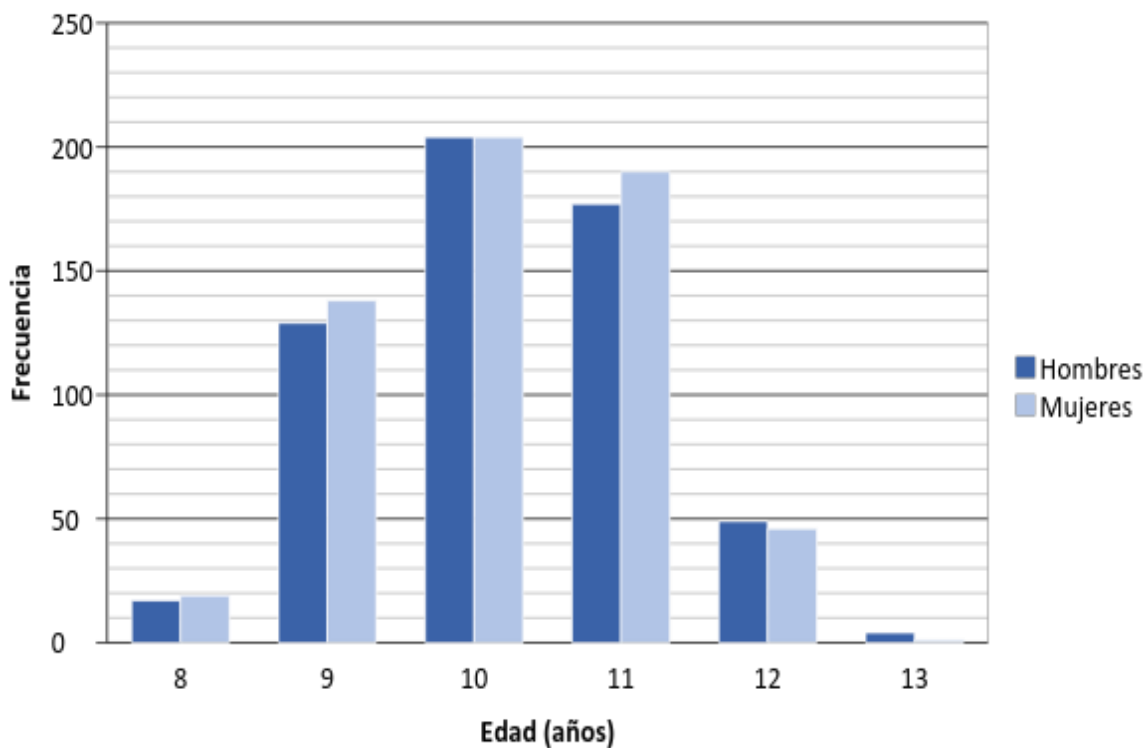
CAPÍTULO VI.

RESULTADOS

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra total quedó formada por N= 1190 estudiantes, n=587 hombres (49.3%) y n=603 mujeres (50.7%) de entre 8 y 13 años de edad, de nivel escolar básico, pertenecientes a 5 planteles diferentes del área metropolitana, con una media de edad de M = 10.19 años (DE 0.99). La distribución por edad y sexo se muestra en la figura 3.

Figura 3. Distribución por edad y sexo.



ANÁLISIS FACTORIAL

Con el fin de establecer la validez de constructo se procedió a aplicar un Análisis Factorial. Una de las condiciones del análisis factorial exploratorio es que la matriz de correlaciones entre los ítems no sea esférica, es decir, un análisis factorial tiene sentido si existe suficiente nivel de correlación entre las variables,

ya que es indicador de la existencia de factores comunes. Para comprobar este supuesto se procedió a realizar la prueba de esfericidad de Bartlett y la obtención del índice KMO (Kaiser, Meyer y Olkin), ambas ofrecen una medida de la adecuación muestral al permitir comparar las magnitudes de los coeficientes de correlación observados con las magnitudes de los coeficientes de correlación parcial.

La medida de adecuación muestral KMO contrasta si las correlaciones parciales entre las variables son suficientemente pequeñas. Permite comparar la magnitud de los coeficientes de correlación observados con la magnitud de los coeficientes de correlación parcial. Los valores varían entre 0 y 1. Los valores pequeños ($KMO \leq 0.5$) indica que la intercorrelación entre las variables no es grande y, por tanto, el análisis factorial no sería práctico, mientras que valores altos ($KMO \geq 0.5$) es indicativo de existencia de suficiente correlación y de que el Análisis Factorial es útil.

Por otro lado, la prueba de esfericidad de Bartlett contrasta la hipótesis nula de que la matriz de correlaciones es una matriz de identidad, en cuyo caso no existirán correlaciones significativas entre las variables y el modelo factorial no sería pertinente. El Análisis Factorial es viable si se puede rechazar la hipótesis nula, lo que nos indica que existen correlaciones entre las variables.

Los resultados de ambas pruebas mostraron, por un lado que la matriz de correlaciones parciales existentes entre las variables son suficientemente pequeñas, lo que asegura, de acuerdo con la prueba de $KMO = 0.958$ la adecuación de la muestra para seguir adelante con el análisis factorial, y por otra parte, el valor significativo de la $X^2(435) = 9609.099$; $p \leq .001$, rechaza la hipótesis nula, lo que indica que la matriz no corresponde a una de identidad y el Análisis Factorial tiene sentido.

Tabla 1.

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		.96
Prueba de esfericidad de Bartlett	<u>Chi-cuadrado aproximado</u>	<u>9619.099</u>
	Gl	435
	Sig.	.000

EXTRACCIÓN DE FACTORES

Como método de extracción de los factores se aplicó el procedimiento de Análisis de Componentes Principales con Rotación VARIMAX, la cual arrojó 4 factores primarios a partir de 30 iteraciones que explican el 43.06% acumulado de la varianza total. El coeficiente de la confiabilidad indica una alta consistencia interna del instrumento ($\alpha=0.961$).

Para determinar el número de factores a rotar se aplicó el procedimiento de Gutman-Kaiser, que señala que los factores que tienen un eigenvalue mayor que 1 son los primeros en entrar al análisis, los que explican mayor varianza y los que se retienen.

Un factor es un constructo hipotético no observables directamente, y se deduce de la correlación entre las variables. Los factores se consideraron definidos por los ítems que tienen en él los pesos mayores. Para que un ítem se considere que pertenece a un factor, o dicho de otra manera, que lo define o explica suficientemente, debe tener en él una correlación razonablemente alta, el valor mínimo establecido fue de 0.40. Para que un factor se integre debe contener por lo menos tres variables (Bisquerra, 1989).

ESTRUCTURA FACTORIAL

Se confirmó la distribución en los resultados mediante un análisis de frecuencia con los 30 reactivos y los criterios de normalidad mediante valores de Skewness con una simetría de +/- 1.5 y kurtosis de +/-2 (Kerlinger, 2002).

Como era de esperarse, el primer factor (ver tabla 2), fue el que explicó la mayor varianza con 12.20% y obtuvo el alpha más alta de 0.80. Está compuesto por 7 ítems referentes a las creencias en la capacidad de aumentar actividades físicas, entendiendo por esta a cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija un gasto de energía. Este factor incluye ítems con actividades que reflejan esfuerzo físico, como lo es el correr, por ejemplo, "Soy capaz de correr todos los días"; caminar, "Soy capaz de caminar más rápido"; y hacer deporte, "Puedo esforzarme para hacer deporte". Teniendo en cuenta lo anteriormente se consideró adecuado denominar a este factor como *"Autoeficacia para incrementar la actividad física"*.

El ítem con mayor carga ponderal fue el 5 "Soy capaz de hacer más deporte del que hago en la escuela" con .72, mientras que la afirmación con menor carga fue la 12 "Soy capaz de hacer 3 comidas (desayuno, comida y cena) al día y dos pequeñas (refrigerios)" con una carga de .420.

Tabla 2.

Factor I. Autoeficacia para incrementar actividad física

Número de ítem	Ítem	Carga ponderal
5	Soy capaz de hacer más deporte del que hago en la escuela.	.72
7	Soy capaz de correr todos los días.	.70
10	Puedo esforzarme para hacer deporte.	.67
14	Puedo hacer actividad física o deporte aunque tenga flojera.	.54

22	Soy capaz de hacer actividad física cuando me siento nervioso (a).	.47
21	Soy capaz de caminar más rápido.	.44
12	Soy capaz de hacer 3 comidas (desayuno, comida y cena) al día y 2 pequeñas (refrigerios).	.42
Alpha de Cronbach=0.80 Porcentaje de Varianza=12.20% Eigen Values=8.817		

Respecto al segundo factor, si se observan los datos de la Tabla 3, se comprueba que los ítems que lo componen están relacionados con alimentos de bajo aporte nutricional, conocidos coloquialmente como alimentos chatarra (Junkfood) o comida basura, ya que contienen, por lo general, altos niveles de grasas, sales, condimentos o azúcares procesadas, además de numerosos aditivos alimentarios, como lo son el glutamato monosódico que es un potenciador del sabor o la tartracina que es un colorante (Northstone, Wiles, Emmett, & Lewis, 2009). En este factor se incluyen ítems con alimentos carentes de nutrientes como los dulces, ejemplo: 11 “Soy capaz de no comer dulces cada que se me antojen”, 2 “Puedo dejar de comer alimentos chatarra aunque tenga hambre (frituras, pasteles, galletas, papas)”.

Así mismo, estos ítems reflejan las creencias en la capacidad de tomar medidas para evitar efectivamente el consumo de este tipo de alimentos, por ejemplo: “Soy capaz de rechazar la comida chatarra cuando alguien me la ofrece”, “Puedo dejar de comer frituras o chicharrones al salir de la escuela”.

Por este motivo el factor fue nombrado “Autoeficacia para disminuir consumo de alimentos con bajo aporte nutricional”. El ítem con mayor carga ponderal fue el 3 “Soy capaz de comer sólo un dulce al día” con .62 y el de menor carga ponderal fue el 6 “Puedo dejar de comer dulces cuando me siento nervioso(a)” con .49. El porcentaje de varianza explicada del factor en su conjunto fue de 12% con un Alpha de Cronbach de 0.80.

Tabla 3.

Factor II. Autoeficacia para disminuir consumo de alimentos con bajo aporte nutricional.

No. De ítem	Ítem	Carga ponderal
3	Soy capaz de comer sólo un dulce al día.	.62
11	Soy capaz de no comer dulces cada que se me antojen.	.61
4	Soy capaz de comer menos alimentos fritos (con mucha grasa).	.60
2	Puedo dejar de comer alimentos chatarra aunque tenga hambre (frituras, pasteles, galletas, papas).	.60
13	Soy capaz de rechazar la comida chatarra cuando alguien me la ofrece.	.59
15	Puedo dejar de comer frituras o chicharrones al salir de la escuela.	.50
9	Puedo dejar de ver la televisión mientras como.	.49
6	Puedo dejar de comer dulces cuando me siento nervioso(a).	.49
Alpha de Cronbach=0.80 Porcentaje de Varianza=12% EigenValues=1.832		

El tercer factor está compuesto por 7 ítems relacionados con elecciones saludables para el control de peso, el coeficiente de consistencia interna fue de 0.76 y el factor en conjunto explicó el 10.60% de la varianza total (tabla 4). Los ítems agrupados en este factor indagan qué tan capaces se consideran los menores de llevar a cabo hábitos saludables, entendiendo como todas aquellas conductas que tenemos asumidas como propias y que inciden prácticamente en nuestro bienestar físico, mental y social, desde elegir alimentos saludables en su dieta “Soy capaz de pedir una comida sana cuando desayuno, como o ceno fuera de casa”, hasta la participación en actividades que requieran esfuerzo físico frente a actividades sedentarias “Soy capaz de ir con mis amigos (as) a caminar,

a jugar basquetbol o a “las traes”, en vez de estar en la computadora chateando o jugando videojuegos”. La afirmación con mayor carga ponderal fue la 29 “Soy capaz de elegir fruta en vez de un dulce de postre” con una carga de .64, mientras que la de menor carga fue el ítem 17 “Soy capaz de utilizar las escaleras y no el elevador” con carga de .42.

Tabla 4.

Factor III. Autoeficacia para incrementar hábitos saludables para el control de peso

No. De ítem	Afirmación	Carga ponderal
29	Soy capaz de elegir fruta en vez de un dulce de postre.	.64
25	Soy capaz de dejar de tomar refresco o jugos embotellados y tomar agua.	.60
30	Soy capaz de evitar comer chocolates y pastelitos tan seguido.	.53
28	Puedo comer menos dulces de los que como.	.49
23	Soy capaz de ir con mis amigos (as) a caminar, a jugar basquetbol o a “las traes”, en vez de estar en la computadora chateando o jugando videojuegos.	.49
26	Soy capaz de pedir una comida sana cuando desayuno, como o ceno fuera de casa.	.48
17	Soy capaz de utilizar las escaleras y no el elevador.	.42
Alpha de Cronbach=0.762 Porcentaje de Varianza=10.60% EigenValues=1.162		

El cuarto factor agrupa 3 ítems con un alpha de 0.65 que explicó el 8.27% de la varianza total y se refiere a las conductas alimentarias que el participante adopta cuando experimenta componentes emocionales, así como las creencias que tiene en la capacidad de evitar el consumo de alimentos cuando se encuentra inmerso en alguna emoción (tabla 5). La afirmación con mayor carga ponderal fue

la 27 “Soy capaz de no comer de más cuando estoy enojado (a)” con .68 y la de menor carga fue la 24 “Soy capaz de parar de comer si me siento satisfecho (a)” con .65.

Tabla 5.

Factor IV. Autoeficacia para eliminar la alimentación emocional

No. De ítem	Ítem	Carga ponderal
27	Soy capaz de no comer de más cuando estoy enojado (a)	.68
19	Aunque me sienta triste, soy capaz de no comer a cada rato.	.65
24	Soy capaz de parar de comer si me siento satisfecho (a)	.65
Alpha de Cronbach=0.650 Porcentaje de Varianza=8.27% EigenValues=1.105		

ANÁLISIS DISCRIMINANTE

El análisis discriminante es un método apropiado para seleccionar qué variables independientes o predictivas permiten diferenciar grupos y cuántas de estas variables son necesarias para alcanzar la mejor clasificación posible. Además permite cuantificar su poder de discriminación en la relación de pertenencia de un sujeto u objeto a un grupo u otro. Por ello esta técnica es considerada, además de una prueba de clasificación, una prueba de dependencia. De hecho, su propósito es similar al análisis de regresión logística; la diferencia radica en que solo admite variables cuantitativas.

Se realizó un análisis discriminante para explorar la capacidad del instrumento de determinar los niveles de autoeficacia percibida, alta o baja, en control de peso.

Para conocer la variabilidad de las respuestas obtenidas en los 30 ítems, se analizó la distribución porcentual mediante frecuencias. Igualmente, se obtuvieron los criterios de normalidad Skewness, simetría= +/-1.5 y kurtosis +/- 2

para cada reactivo. Los resultados confirmaron que todos los reactivos obtuvieron un índice de variabilidad en las respuestas adecuado.

Se procedió a explorar su capacidad para discriminar entre niveles bajos y altos de autoeficacia percibida, para esto se formaron grupos de corte mediante cuartiles para discriminar los sujetos en 3 niveles: “Nivel alto de autoeficacia”, “Nivel medio de Autoeficacia” y “Nivel bajo de autoeficacia”.

Del total de la muestra, el 25% se agrupó en la categoría de nivel bajo, el 48.7% se agruparon en la categoría de nivel medio y el 26.2% restante puntuaron en el nivel alto de autoeficacia percibida en conductas saludables para control de peso. Ver figura 4.

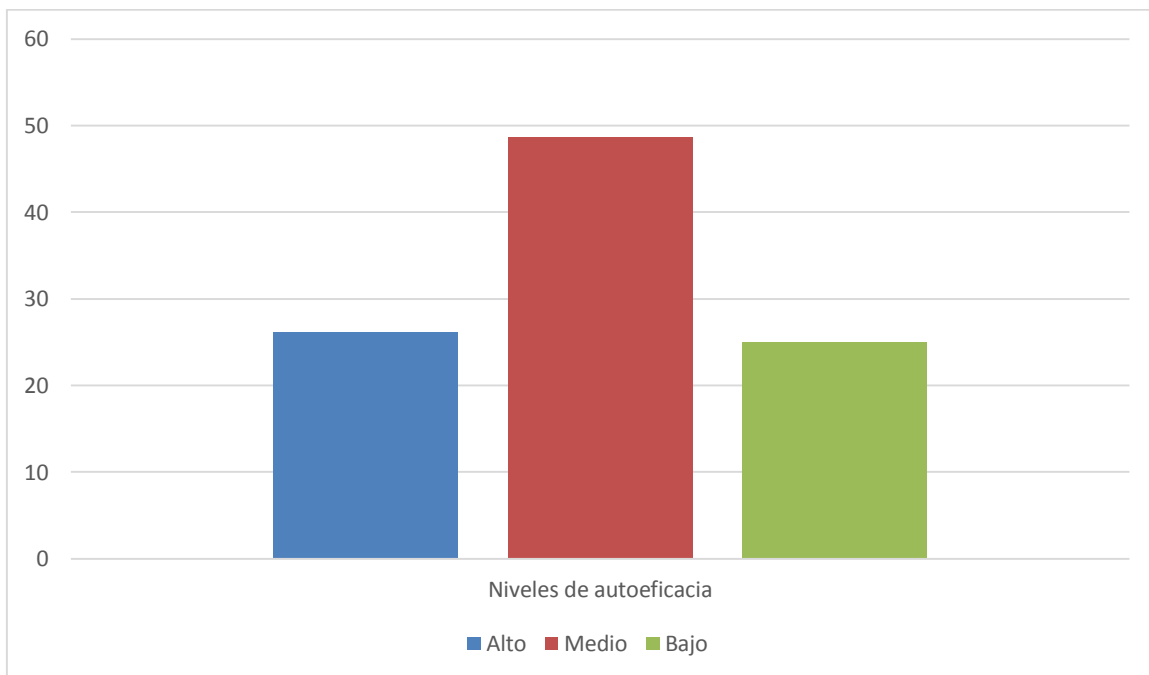


Figura 4. Distribución porcentual de la variable autoeficacia percibida: nivel alto, medio y bajo.

Para confirmar si el instrumento lograba diferenciar entre los grupos de nivel bajo y nivel alto en autoeficacia percibida se aplicó un análisis discriminante, el cual demostró que con 21 de los 30 ítems se puede determinar su capacidad predictora. El ítem con mayor tolerancia fue el 18 “Soy capaz de comer a las

mismas horas todos los días” con una tolerancia de .952, siendo este el que mejor discrimina entre los dos niveles, el ítem con menor tolerancia fue el 10 “Puedo esforzarme para hacer deporte” con .837 de tolerancia.

Esto confirma que el Inventario de Autoeficacia percibida en conductas saludables posee buena validez predictiva de pertenencia de un individuo a un determinado grupo de autoeficacia: nivel alto o nivel bajo.

Tabla 6.
Variables en el Análisis Discriminante.

Ítem	Variables obtenidas en el paso 21	Tolerancia	F para rem	Lambda de Wilks
2	Puedo dejar de comer alimentos chatarra aunque tenga hambre (Frituras, pasteles, galletas, papas).	.860	9.084	.110
22	Soy capaz de hacer actividad física cuando me siento nervioso (a).	.910	17.780	.112
15	Puedo dejar de comer frituras o chicharrones al salir de la escuela.	.895	9.117	.110
8	Puedo comer alimentos saludables cuando estoy con mis amigos (as).	.934	15.839	.112
19	Aunque me sienta triste, soy capaz de no comer a cada rato.	.910	28.877	.114
11	Soy capaz de no comer dulces cada vez que se me antojen.	.928	19.485	.112
25	Soy capaz de dejar de tomar refresco o jugos embotellados y tomar agua.	.918	13.695	.111
1	Soy capaz de hacer actividad física todos los días.	.870	20.152	.112
4	Soy capaz de comer menos alimentos fritos (con mucha grasa).	.907	17.474	.112

16	Soy capaz de decir a mis papás que caminemos en lugar de usar medios de transporte.	.932	16.988	.112
27	Soy capaz de no comer de más cuando estoy enojado.	.932	16.988	.112
29	Soy capaz de elegir fruta en vez de un dulce de postre.	.891	10.798	.111
18	Soy capaz de comer a las mismas horas todos los días.	.952	14.344	.111
30	Soy capaz de evitar comer chocolates y pastelitos tan seguido.	.887	14.344	.111
3	Soy capaz de comer sólo un dulce al día.	.951	10.546	.111
10	Puedo esforzarme para hacer deporte.	.837	7.815	.110
9	Puedo dejar de ver la televisión mientras como.	.933	7.414	.110
12	Soy capaz de hacer 3 comidas principales (desayuno, comida y cena) al día y 2 pequeñas (refrigerios).	.942	7.859	.110
26	Soy capaz de pedir una comida sana cuando desayuno, como o ceno fuera de casa.	.927	6.086	.110
6	Puedo dejar de comer dulces cuando me siento nervioso (a).	.900	5.958	.110
14	Puedo hacer actividad física o deporte aunque tenga flojera.	.852	4.451	.109

El valor de Lambda de Wilkins, cercana a cero, para la función discriminante, explica la pertenencia de un participante al grupo de Autoeficacia Percibida alta o Autoeficacia Percibida Baja. Así también, este valor explica que la mayor parte de la variabilidad se produce entre los grupos y no dentro de los mismos, indicador de que el conjunto de variables independientes es adecuado

para construir la función discriminante. A continuación se muestra la tabla 7 en la que se puede apreciar que la función discriminante resultó estadísticamente significativa a nivel 0.001.

Tabla 7.
Lambda de Wilks.

Contraste de las funciones	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	Gl	Sig.
1	.109	1282.625	21	.000

Por lo que se refiere a la correlación canónica, la función obtuvo un valor propio de 8.217, varianza explicada de 100% y una correlación canónica de .944, muy cercana a 1, lo cual indica que la función logra discriminar la media del grupo de Autoeficacia Percibida Alta y el grupo de Autoeficacia Percibida Baja.

Tabla 8.
Correlación canónica.

Función	Autovalor	% de varianza	% acumulado	Correlación canónica
1	8.217 ^a	100.0	100.0	.944

a. Se han empleado las primeras funciones discriminantes canónicas en el análisis.

Respecto a los centroides, que son medias de las calificaciones discriminantes de ambos grupos, estos valores revelan que la distancia entre la media del grupo de nivel alto y la media del grupo de nivel bajo en autoeficacia percibida corresponde a 6 unidades de desviación estándar aproximadamente. Debe recordarse que a mayor distancia mejor poder de discriminación.

Tabla 9.
Funciones en los centroides de los grupos.

Funciones en los centroides de los grupos	
Niveles de Autoeficacia Percibida	Función
Bajo	-2.930
Alto	2.794

Nota: Funciones discriminantes canónicas no tipificadas evaluadas en las medias de los grupos.

Los resultados para la clasificación de los participantes demuestran que el 100% de los casos fueron correctamente clasificados, lo cual confirma que el Inventario de Autoeficacia Percibida en Control de Peso para escolares mexicanos tiene una buena validez predictiva (ver tabla 9).

Tabla 10.
Validez cruzada por niveles de autoeficacia.

Escala Pluridimensional de Autoeficacia Percibida		Niveles de Autoeficacia Percibida	Grupo de pertenencia pronosticado		Total
			Nivel alto	Nivel bajo	
Original	Frecuencia	Nivel alto	288	0	288
		Nivel bajo	0	302	302
		Casos desagrupados	220	352	572
	%	Nivel alto	100.0	.0	100.0
		Nivel bajo	.0	100.0	100.0
		Casos desagrupados	38.5	61.5	100.0
Validación cruzada ^b	Frecuencia	Nivel alto	288	0	288
		Nivel bajo	0	302	302
	%	Nivel alto	100.0	.0	100.0
		Nivel bajo	.0	100.0	100.0

-
- a. Clasificados correctamente el 100.0% de los casos agrupados originales.
 - b. La validación cruzada sólo se aplica a los casos del análisis. En la validación cruzada, cada caso se clasifica mediante las funciones derivadas a partir del resto de los casos.
 - c. Clasificados correctamente el 100.0% de los casos agrupados validados mediante validación cruzada.
-

CAPITULO VII.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Considerando la relevancia de contar con pruebas psicológicas que permitan una correcta evaluación y detección de necesidades para el diseño de intervenciones eficaces que respondan a los requerimientos de la población, se realizó este estudio cuyo objetivo fue obtener la validez y confiabilidad del Cuestionario de Autoeficacia percibida para conductas saludables y control de peso en escolares mexicanos de educación primaria.

La autoeficacia es un constructo que se ha evaluado en distintos temas de salud, como por ejemplo, en conductas de prevención de infección por VIH, ingesta de alcohol, uso de condón, dieta, conductas para dejar de fumar, por mencionar algunos, sin embargo están dirigidos a población adulta en su mayoría.

Cabe destacar que los resultados encontrados son similares a los obtenidos por Guzmán y Gómez-Peresmitré (2011) quienes en un estudio realizado con preadolescentes y adolescentes del estado de Hidalgo encontraron que el Inventario de autoeficacia percibida para control de peso arrojó 6 factores que explicaron el 49.11% de la varianza en el caso de los hombres y 50.53% para las mujeres. En este estudio el factor que explicó el mayor porcentaje de varianza fue actividad física programada en el caso de los hombres (con 10 ítems, alfa =.87 y varianza=12.53); mientras que para las mujeres fue la actividad física y fuerza de voluntad (con nueve ítems alfa= .86, y 12.15% de la varianza total). En ambas versiones el factor de estilos alimenticios explicó el menor porcentaje de varianza (en la de hombres con alfa= .64 y varianza explicada= 3.76%, y en la de mujeres con alfa= .76 y varianza explicada= 6.75%).

En otro estudio realizado por Platas y Gómez-Peresmitré (2014) con estudiantes de 4 y 5 grado de primaria se encontraron 4 factores que explicaron el 34% de la variabilidad en hombres y el 33% en mujeres. El coeficiente alpha para la escala fue de .88 para ambas versiones. Los factores obtenidos fueron:

“Actividad física cotidiana” que explicó el 8.9% de la varianza, seguido de “Actividad física programada” con 8.4%, “Autoeficacia para evitar alimentos no saludables” 8.4% y “Autoeficacia para el control de peso” con 7.35% de la varianza explicada.

Es importante señalar que para ambos estudios el factor autoeficacia para la actividad física explicó la mayor varianza confirmando su importancia para la inclusión de ésta variable en los programas de prevención.

Además de los ya mencionados, existen dos escalas que evalúan la autoeficacia en niños mexicanos: Autoeficacia hacia la Actividad Física en Niños de Edad Escolar (Aedo & Ávila, 2009), y Autoeficacia para Realizar Conductas Saludables en Niños Sanos (Flores León, González- Celis Rangel & Valencia Ortiz, 2010). Este último únicamente evalúa los factores Actividades de independencia que se refieren a que tan capaz se siente el menor de bañarse solo, comer sin ayuda etc. y Actividades de protección a la salud ante alguna enfermedad como asistir a tratamiento médico, seguir las instrucciones del médico, tomar los medicamentos etc., dejando de lado Actividades alimentarias y de actividad física en niños. Por otra parte el estudio de Aedo y Ávila evalúa únicamente tres dimensiones: la búsqueda de alternativas positivas, la capacidad para enfrentar posibles barreras y las expectativas de habilidad o competencia, todas orientadas a la actividad física.

El instrumento aquí presentado ha demostrado características psicométricas válidas y una notable consistencia con escalas similares a las utilizadas por otros autores para medir la autoeficacia, además de ser un instrumento diseñado a partir de los resultados cualitativos encontrados mediante el método de laboratorios cognitivos que consiste en el estudio de los procesos mentales mientras el sujeto realiza alguna actividad, proporcionando una visión efectiva en el funcionamiento de la mente y en el desarrollo de instrumentos de evaluación. Estos datos cualitativos han sido demostrado ser invaluable en la refinación y la validación de las evaluaciones, tanto en las etapas temprana y tardía del desarrollo (Zucker, Sassman& Case, 2004).

Se aplicaron diversos análisis estadísticos como el Análisis Factorial para obtener validez de constructo y el Alpha de Cronbach para el coeficiente de consistencia interna, así como un Análisis Discriminante método Enter para conocer si el instrumento cumplía con la capacidad de discriminar entre sujetos con nivel alto y bajo de autoeficacia percibida. Se concluye que se trata de un instrumento confiable estadísticamente al obtener un alfa de Cronbach=0.96, esto quiere decir que los ítems miden un mismo constructo: Autoeficacia y que estos están altamente correlacionados. Cuanto más cerca se encuentre el valor de alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados (Welsh & Comer, 1988).

Los valores de consistencia interna alfa de cronbach son mayores a los obtenidos en una escala similar desarrollada por Aedo y Ávila (2009) para evaluar la autoeficacia hacia la actividad física en niños de edad escolar (alfa= 0.735), a los obtenidos por Flores León, Celis Rangel, & Valencia Ortiz (2010) en la escala de autoeficacia para realizar conductas saludables en niños mexicanos sanos (alfa=0.873) y a los obtenidos en una escala similar desarrollada por Saunders (1997) para preadolescentes afroamericanos (alfa=0.62).

Existen otras escalas dirigidas a otros grupos de edad con consistencia interna levemente menor a la del presente instrumento, por ejemplo la de Autoeficacia para el entrenamiento Físico en población adulta desarrollada por Bandura (2009) que en su versión española obtuvo un alto puntaje de confiabilidad (alfa=0.93) y la Escala de Autoeficacia General que determina el grado en que las personas creen que pueden hacer frente con éxito a una variedad de dificultades en la vida, elaborada por Jerusalén y Schwarzer (1992) que en su versión en español obtuvo una consistencia interna de 0.87.

El Inventario de Autoeficacia Percibida en conductas saludables y control de peso se encuentra constituido por 30 ítems con 5 opciones de respuesta en escala tipo LIKERT, cabe mencionar que el uso de la escala de categorías conlleva la verbalización forzada que supone una menor ambigüedad de

respuestas que las obtenidas con otro formato, lo cual demuestra una ventaja frente a otros instrumentos que califican con otro tipo de escalas, además de permitir mayor cercanía de las respuestas al objetivo del investigador, bajo costo y sencilla comprensión y aplicación (Cañadas, & Sánchez, 1998).

Otra de las ventajas que ofrece dicho instrumento es que se trata de un inventario validado en población urbana y rural ya que se utilizaron escuelas primarias de las delegaciones Tlalpan, Xochimilco y Álvaro Obregón que son consideradas áreas geoestadísticas básicas por su grado de marginación utilizadas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), y por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) como criterio de grado de pobreza y marginación en México (CONAPO, 2010).

De acuerdo a lo anterior, podemos asegurar que el Inventario de Autoeficacia Percibida en conductas saludables y control de peso es un instrumento adecuado ya que la adaptación estuvo dirigida a una población blanco representativa de escolares mexicanos de educación primaria básica, lo cual representa una ventaja sobre otros instrumentos estandarizados en México, que además de estar dirigidos a población adulta en su mayoría, su muestra se limita a una sola zona geográfica del país.

En lo que respecta al Análisis Factorial, se encontró pluridimensionalidad en el constructo al estar compuesto por cuatro factores. De acuerdo a la literatura, se menciona que un constructo como lo es la Autoeficacia engloba diversas subcategorías conductuales (Caballo, 1991). Esto puede explicar el relativamente bajo porcentaje de varianza en el instrumento adaptado en muestras mexicanas (43.06%).

Factor I: "Autoeficacia para incrementar la actividad física" denota la capacidad que poseen los niños para aumentar su actividad física, reflejando el esfuerzo físico.

Factor II: “Autoeficacia para disminuir consumo de alimentos con bajo aporte nutricional” que implica la capacidad del menor al rechazar alimentos con bajo aporte nutricional y elegir comidas saludables.

Factor III; “Autoeficacia para incrementar hábitos saludables” que evidencia las creencias en la capacidad de implementar conductas saludables en alimentación y actividad física.

Factor IV: “Autoeficacia para eliminar la alimentación emocional” que implica la capacidad de consumir alimentos de forma sana y regular y no como consecuencia a un estado emocional.

Finalmente el Análisis Discriminante evidenció que el Inventario es capaz de discriminar entre los niveles de alta y baja autoeficacia en todos los ítems. Los resultados de este último análisis confirman que el inventario adaptado a escolares mexicanos de entre 8 y 13 años de edad mostró buena validez predictiva, que permitió clasificar correctamente al 100% de los casos.

De acuerdo con la literatura, las personas con una alta percepción de autoeficacia evalúan mejor su salud y perciben el cambio como algo factible, más que como algo inalcanzable para ellos, por ello se recomienda incluir esta habilidad en los programas de prevención que surjan posteriores a esta investigación ya que representa una problemática importante en la población infantil de nuestro país.

Es de suma importancia contar con uno específico para población infantil y juvenil ya que la niñez es una etapa donde se fincan diferentes hábitos, costumbres e importantes cambios a nivel social, afectivo, cognitivo y sobre todo en su desarrollo evolutivo, nutricional y comportamental; es por ello la vulnerabilidad de caer en rutinas alimenticias negativas que puedan favorecer la prevalencia de la obesidad (Papalia,Wendkos, & Duskin, 2010).

Presente Inventario es capaz de responder a las demandas que se mencionan en el Informe sobre la prevención de las enfermedades no

transmisibles en el lugar de trabajo a través del régimen alimentario y la actividad física publicado por la OMS y el Foro Económico Mundial (2008) que menciona que el aumento de la autoeficacia suele ser con frecuencia un objetivo directo o indirecto de las sesiones de educación de los programas de promoción de la salud, por lo cual se recomienda la creación de instrumentos de medición para detectar deficiencias en la percepción de autoeficacia ya que la alimentación poco saludable y la falta de actividad física son las principales causas de enfermedades no transmisibles más importantes, como las cardiovasculares, diabetes de tipo 2, además de que determina los tipos de cáncer y contribuye sustancialmente a la carga mundial de morbilidad, mortalidad y discapacidad.

De acuerdo a Arrivillaga, Salazar & Correa (2003) las creencias sobre las causas de la enfermedad, su curso, consecuencias y tratamiento determinan las conductas que llevarán a cabo las personas para favorecer su salud; por lo tanto, el obtener indicadores de autoeficacia en niños y niñas hará posible desarrollar intervenciones cuyo objetivo sea incrementar la autoeficacia percibida y promover conductas de prevención y promoción de la salud que reduzcan el riesgo de padecer problemas futuros, o bien disminuir las complicaciones ante padecimientos relacionados con el peso corporal.

El propósito principal de este trabajo fue examinar las propiedades psicométricas del Inventario de Autoeficacia Percibida en conductas saludables para control de peso y actividad física, el cuál mostró características psicométricas adecuadas. Su confiabilidad y validez de constructo y predictiva permiten utilizar la medida de autoeficacia como un buen predictor de actividades de protección a la salud en niños, específicamente control de peso y actividad física.

En conclusión, el instrumento evaluado cumple con las propiedades psicométricas suficientes para evaluar el dominio de autoeficacia, por lo que puede ser tomado como una herramienta de apoyo para los profesionales en el campo de la salud ya que se trata de un instrumento económico, breve, de fácil

aplicación y calificación de acuerdo a los criterios de “A mayor puntaje, mayores niveles de autoeficacia”.

El poseer un instrumento con estas características permite evaluar autoeficacia para realizar actividad física y alimentación saludable en niños, elemento de vital importancia para contrarrestar el problema de salud que tenemos en México, además representa una herramienta para implementar programas de prevención e intervención.

Igualmente, cabe destacar que al usar el análisis factorial confirmatorio permite adaptar instrumentos ya desarrollados y corregir las deficiencias que pudieran haber surgido en el análisis exploratorio lo que permite una mayor concreción de las hipótesis que deben ser contrastadas. También nos permite conocer, sólo los ítems relativos a un constructo global, sino un subconjunto de ítems específicos para cada factor. Y el análisis discriminante nos permite tener un punto de corte para identificar a participantes con alta o baja autoeficacia y usar este indicador en el apoyo del diagnóstico temprano o detección de conductas de riesgo.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Una de las limitaciones en este estudio se debe al tipo de muestreo no probabilístico y a la limitación de las zonas en donde se llevaron a cabo las aplicaciones del instrumento, no podemos generalizar a toda la población infantil de México. Otra de las limitaciones es que el instrumento solo fue aplicado en un rango de edad específico, por lo cual se sugiere explorar los resultados en escolares de diversas edades para conocer el comportamiento de las creencias en una gama mayor.

La autoeficacia es una variable importante que debe ser estudiada más a fondo para la creación de programas de intervención que fomenten la instauración de habilidades que ayuden a los menores a enfrentar situaciones futuras como lo es tener la determinación de realizar actividad física para

mantener un buen funcionamiento corporal a todos los niveles, así como una adecuada alimentación. Para futuras investigaciones es importante tomar en cuenta las siguientes sugerencias:

- Realizar investigaciones con muestras más representativas.
- Realizar estudios comparativos entre distintos grupos de edad.
- Llevar a cabo estudios comparativos tomando en cuenta distintos sectores de población (escuelas públicas y privadas).
- Llevar a cabo estudios comparativos entre sexos.
- Se sugiere aumentar el número de ítems para mejorar su estructura y equiparar los ítems que evalúan cada dimensión.

REFERENCIAS

- Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. (2010). *Estrategia contra el sobrepeso y la Obesidad. Programa de acción en el contexto escolar*. México: Secretaría de Educación Pública.
- Aedo, A., & Ávila, H. (2009). Nuevo cuestionario para evaluar la autoeficacia hacia la actividad física en niños. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26 (4), 324-329.
- Aguilar, S. (2009). La mesa está servida: comida y vida cotidiana en el México de mediados del siglo XX. *Revista de Historia Iberoamericana*, 53-70.
- Alvarenga, J. C. (2001). Psicología y obesidad. *Revista de endocrinología y nutrición*, 9(2), 91-96.
- Álvarez, A. (1998). *Salud pública y medicina preventiva*. México: Manual moderno.
- Aranceta, J., Pérez, R., & Ribas, B. (2005). Factores determinantes de la obesidad infantil y juvenil. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, VII, 13-20.
- Arnaut, A., & Giorguli, S. (2010). *Los grandes problemas de México*. México: El Colegio de México.
- Arrivillaga, M., Salazar, I., & Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*, 34 (4), 186-195.
- Bandura, A. (1965). Influence of models' reinforcement contingencies on the acquisition of imitative responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, 589-595.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New Jersey: Englewood Cliffs.
- Bandura, A. (1982). The psychology of chance encounter and life path. *American Psychologist*, 37, 747-755.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought y action: a social cognitive theory*. Englewood: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción. Fundamentos Sociales*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy The exercise of control*. New York: Freeman.

- Bandura, A. (1999). *Social Cognitive Theory of Personality*. New York: Guilford: Pervin & O. John.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Bandura, A., & Barab, P. (1973). Processes governing disinhibitory effects through symbolic modeling. *Journal of abnormal psychology*, 83 (1), 1-9.
- Bandura, A. (2009). *Social cognitive theory of mass communication*. Media effects: Advances in theory and research. New York: Routledge.
- Barquera, S., Rivera, J., Campos, I., Hernández, L., Santos-Burgoa... & Hernández, A. (2010). *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad*. Secretaría de Salud. México.
- Barquera, S., Rivera, J., Campos, I., Hernández, L., Santos-Burgoa... & Hernández, M. (2012). *Bases técnicas del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*. Secretaria de Salud. México.
- Barrera, C., Rodríguez, A., & Molina, M. (2013). Escenario Actual de la obesidad en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51 (3), 292-299.
- Becoña, E., & Oblitas, L. (2004). Promoción de estilos de vida saludables. *Investigación en detalle*. 5. Bogotá. Recuperado de <http://www.alapsa.org/detalle/05/index.html>
- Bell, C., Walley, A., & Froguel, P. (2005). The genetics of human obesity. *Nature Reviews Genetics*, 6,(3), 221-234.
- Bellizzi, M., & Dietz, W. (1999). Workshop on childhood obesity: summary of the discussion. *American Journal Clinical Nutrition*, (70), 173-175.
- Bisquerra, R. (1989). *Métodos de investigación educativa: Guía práctica*. Barcelona: CEAC.
- Bouchard, C., Tremblay, A., Després, J., Nadeau, A., Lupien, P., Thériault, G., & Fournier, G. (1990). The response to long term overfeeding in identical twins. *The New England Journal of Medicine*, 322 (21), 1477-1482.
- Braguinsky, J. (1999). *La obesidad hoy: Develando ciertos enigmas, revelando otros*. Tercer congreso virtual de cardiología. Universidad Favaloro. Buenos Aires, Argentina.

Recuperado:<http://www.fac.org.ar/1/revista/04v33n1/tcvc/tcvc03/braguins.PD>

- Bray, G. (1990). Historical development of scientific and cultural ideas. *Journal of Obesity*, 14, 909-926.
- Bray, S., Gyurcsik, N., Culos-Reed, S., Dawson, K., & Martin, K. (2001). An exploratory investigation of the relationship between proxy efficacy, self-efficacy and exercise attendance *Journal of Health Psychology*, 6 (4), 425-434.
- Brown, P., & Konner, M. (1987). An anthropological perspective on obesity. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 499, 29-46.
- Caballo, V. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo XXI, 1.
- Cañadas, O. & Sánchez, B. (1998). Categorías de respuesta en escalas tipo Likert. *Psicothema*, 10, (3), 623-631.
- Carpi-Ballester, A., González, P., Zurriaga, R., Marzo, J.C., & Buunk, A. (2010). Autoeficacia y percepción de control en la prevención de la enfermedad cardiovascular. *Universitas Psychologica*, 9 (2), 423-432.
- Centro de Desarrollo Estratégico e información en Salud y Seguridad Social. (CENDEISSS). (2004). *Proyecto de fortalecimiento y modernización del sector salud*. Promoción, Prevención y Educación para la Salud. San José, Costa Rica.
- Centeno, P. (2013). *Programa de Realidad Virtual Enfocado a la Prevención de los Trastornos de Conducta Alimentaria en Universitarias*. Tesis de Licenciatura. Inédita. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Center for Disease Control and Prevention (2004). Manual de Pediatría National Center for Chronic Disease Prevention and Health. *Journal Pediatric*, 144, 461-465.
- Cervone, D., & Wood, R. (1995). Goals, feedback and the differential influence of self-regulatory processes on cognitive complex performance. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 519-545.
- Chinchilla, A. (2005). *Obesidad y psiquiatría*. España: Elsevier.
- Cockerham, W. (2002). *Sociología de la Medicina*. Madrid: Pearson Educación S.A.

- Comisión Federal de Mejora Regulatoria. (COFEMER). (2012). *El problema de la obesidad en México: diagnóstico y acciones regulatorias para enfrentarlo*. Documento de investigación en regulación 2012-02. Recuperado de http://www.cofemer.gob.mx/images/cofemer/ReformaRegulatoria_AL.pdf
- Cole, T., Bellizzi, M., Flegal, K., & Dietz, W. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide. *International Survey BMJ*, 320, 1240-1243.
- Colomer, T. (2005). *Las dificultades escolares ante la lectura de textos*. Diario La Vanguardia Digital. Recuperado de <http://www.andreusotorra.com/cornabou/dossiers/articles/colomert.html>
- Consejo Nacional de Población. (CONAPO). (2010). Marginación urbana en la situación demográfica de México. Indicadores de marginación urbana. Capítulo 2. Sistema urbano Nacional 2010, México. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Capitulo_2_Marginacion_Urbana_2010
- Currie, J. (2008). Healthy, Wealthy, and Wise: Socioeconomic Status, Poor health in Childhood, and Human Capital Development. *Journal of Economic Literature. American Economic Association*, 47 (1), 87-122.
- Dahlke, R. (2002). La enfermedad como símbolo. *Manual de los síntomas psicossomáticos, su simbolismo, su interpretación y su tratamiento*. Barcelona: Robin Book.
- Diario Oficial de la Federación. (2000). *Informe anual: Índice Anual del Diario Oficial de la Federación*. Diario Oficial de la Federación, Segunda sección, México. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/dof/indices/dof_index2000.pdf
- Diario Oficial de la Federación. (2000). *Informe anual: Diario Oficial de la Federación*. México.
- Diccionario Médico de Salamanca. (2014). Dicciomed.eusal.es. Recuperado de <http://dicciomed.eusal.es/palabra/obesidad>
- Dietz, W., & Bellizzi, M. (1999). Introduction: the use of body mass index to assess obesity in children. *Journal Clinical Nutrition*, 70, 123-125.
- Ebbeling, C., Paelak, D., & Ludwig, D. (2002). Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *Lancet*, 360, 473-482.
- Eknoyan, G. (2008). The average man and indices of obesity. *Nephrology Dial Transplant*, 23 (1). 47-51

- Fiorentino, M., & Labiano, L. (2008). *Aportes Interdisciplinarios en ejercicio profesional de la salud mental: Talleres psicoeducativos para la promoción de escuelas saludables*. México: Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Flores León, A., González-Celis, A. & Valencia, A. (2010). Validación del Instrumento de Autoeficacia para Realizar Conductas Saludables en Niños Mexicanos Sanos. *Revista Psicología y Salud*, 20 (10), 23-30.
- Foryth, A., & Carey, M. (1998). Measuring Self-Efficacy in the context of HIV risk reduction: Res Challenges and recommendations. *Health Psychology*, 17 (6), 559-568.
- Franco, S. (1993). *Proceso Vital Humano y Proceso Salud Enfermedad: Una nueva perspectiva*. Memorias del seminario Marco Conceptual para la formación del profesional en salud. *Ministerio de salud*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
- Frías, O. (2000). *Salud Pública y Educación para la Salud*. España: Elsevier España.
- Fundación Mexicana para la Salud. (FUNSALUD). (2002). Modelos alternativos de atención a la salud. *Fundación Nacional de Salud*.
- Galán, J. (2012). *Validación en población mexicana del Body Shape Questionnaire*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Inédita. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México: UNAM.
- García, E., Llata-Romero, M., Kaufer-Horwitz, M., Tisié-Luna, M., Calzada-León, R., & Sotelo, J. (2008). La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. *Salud Pública. México*, 50, (6), 530-547.
- García, M., Llorens, S., Cifre, E. & Salanova, M. (2006). Antecedentes de la autoeficacia docente: un modelo de relaciones estructurales. *Revista de Educación*, 339, 387-400.
- Garduño-Espinosa, J., Morales-Cisneros, G., Martínez-Valverde, S., Contreras Hernández, I., Flores-Huerta... & Muñoz-Hernández, O. (2008). Una mirada desde los servicios de salud a la nutrición de la niñez mexicana. III. Carga económica y en salud de la obesidad en niños mexicanos. Proyecciones de largo plazo. *Secretaría de Salud*. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 65, 49-56.

- Garrido, E. (1993). Autoeficacia e intervención en problemas de familia. *Psicothema*, 1 (14), 55-66.
- Golan, M., & Weizman, A. (2001). Familial approach to the treatment of childhood obesity: conceptual mode. *Journal of nutrition education*, 33, (2), 102-107.
- Gómez, J., Guillén, N., & Reneé, M. (2010). Estudio Correlacional de la Autoeficacia Filial y la relación filial en adolescentes. *Ajayu*, 8, (1).38-57.
- Grembowski, A., Patrick, D., Diehr, P., Durham, M., Beresford, S., Kay, E., & Hecht, J. (1993). Self-Efficacy and behavior among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 89-104.
- Gutiérrez, J., Rivera-Domarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpardo-Hernández, S., Franco, A... & Hernández-Ávila, M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud. Estado de Nutrición, anemia, seguridad Alimentaria en la Población Mexicana*. Resultados Nacionales. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Guzmán, R., & Gómez-Peresmitré, G. (2011). Análisis discriminante del Inventario de Autoeficacia para el Control de Peso en Adolescentes Mexicanos. *Psicología y Salud*, 21 (2), 157-164.
- Hernández, I., Arguelles, L., & Méndez, D. (2010). Estilos de vida de estudiantes de Nutrición y riesgo de Diabetes Tipo II. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 11, (1), 17-24.
- Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1992). *Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. Self-efficacy: Thought control of action*. Washington, DC: Hemisphere.
- Kerlinger, F.N. y Lee, H.B. (2002) *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en Ciencias Sociales*. México: McGraw-Hill.
- Klein-Hessling, J., Lohaus, A., & Ball, J. (2005). Psychological predictors of health related behavior children. *Psychology, Health and Medicine*, 10, (1), 31-43.
- Korban de Shein, R. (2007). Obesidad en adultos, aspectos médicos, sociales y psicológicos. *Anales Médicos*, 55 (3), 142-146.
- Kornblit, A. (2000). *La salud y la enfermedad: Aspectos biológicos y psicosociales Mexico*: AIQUE.
- Lobstein, T., Baur, L., & Uauy, R. (2004). Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Reviews*, 5, 4-85.

- Locke, E., Frederick, E., Lee, C., & Bobko, P. (1984). Effect of self-efficacy, goals and task strategies on task performance. *Journal of Applied Psychology*, 69 (2), 241-251.
- Marcus, B., Eaton, R., Rossi, J., & Harlow, L. (1994). Self-efficacy, decision making, and stages of change: An integrative model of physical exercise. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 489-508.
- Markus, M., Wing, R., & Lamparski, D. (1985). Binge eating and dietary restraint in obese patients. *Addict Behavior*, 10, 163-168.
- Márquez, D.X. & McAuley, E. (2006). Social cognitive correlates of leisure time physical activity among latinos. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, (39), 281-289.
- McAuley, E. (1991). Efficacy, attributional, and effective responses to exercise participation. *Journal of sport and exercise Psychology*, 13, 382-393.
- Mena, A., Fernández. M., & Riviére, J. (2010) Desenganchados de la Educación: procesos, experiencias, motivaciones y estrategias del abandono y del fracaso escolar. *Revista de Educación*, 119-145. Recuperado de http://www.revistaeducacion.mec.es/re2010/re2010_05.pdf
- Méndez-Sánchez, N. (2002). *Obesidad: epidemiología, fisiopatología y manifestaciones clínicas*. México: El manual moderno.
- Mercado, P., & Vilchis, G. (2013). La obesidad infantil en México. *Alternativas en Psicología*, 28, 49-57.
- Monroy, S. (2008). Niños gordos en números redondos. *Gaceta Urbana*, 3. Facultad de Medicina. UNAM.
- Morales, F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Mugica, F. (2010). Obesidad en México. *Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica*, 27, (43).
- Norma Oficial Mexicana. (1998). Para el manejo integral de la Obesidad. Secretaría de Salud. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/174ssa18.html>
- Northstone, K; Wiles, J., Emmett, P., & Lewis, G. (2009) "Junk Food" diet and childhood behavioral problems: results form the ALSPAC cohort. *European Journal of Clinical Nutrition*, 63, (4), 491-498.

- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (OCDE). (2010). *Políticas clave para un Desarrollo Sostenible*. México. Recuperado de <http://www.oecd.org/centrodemexico>.
- Olaiz-Fernández, G., Rivera- Dommarco, J., Shamah- Levy, T., Rojas, R., Villalpando-Hernández, S., Hernández-Ávila, M. & Sepúlveda-Amor, J. (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Olivares, S., Bustos, N., & Moreno, X. (2006). Actitudes y prácticas sobre alimentación y actividad física en niños obesos y sus madres en Santiago, Chile. *Revista chilena de nutrición*, 33, (2), 170-179.
- Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?infobase=Basicsp&sofpage=Browse_Frame
- Organización Mundial de la Salud & OPS (1986). *1ª Conferencia Internacional Sobre Promoción de la salud. Canadá: Ottawa*. Recuperado de http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1998). Promoción de la salud. Glosario, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (1995). Physical Status: The use and interpretation of anthropometry. *Informe a un comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra, 1995-b, 854
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000*. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2000/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Recuperado de http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe del Foro Económico Mundial sobre Prevención de las enfermedades no transmisibles en el lugar de*

- trabajo a través del régimen alimentario y la actividad física*. Recuperado de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/workplace-report-spanish.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Abordando los Desafíos de Salud Mundial a través de una Nutrición Mejorada. La alianza para la salud de la madre y el recién nacido y el niño. Recuperado de www.who.int/entity/pmnch/media/press/2012/20120619_articula_sobre_g20_jfrenk/es/-29k.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Estadísticas sanitarias mundiales. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Obesidad y Sobrepeso. Nota descriptiva número 311. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2005). 5ª Conferencia *Internacional sobre Promoción de la Salud: Carta Bangkok, Tailandia para la promoción de la salud en un mundo globalizado*. Recuperado de http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/Bangkok_e_s.pdf
- Orlando, H. (2005). *Obesidad: una carrera de regularidad contra el sobrepeso*. Buenos Aires: Universidad de Clarín.
- Ortigosa, J., Quiles, J., & Méndez, X. (2003). *Psicología de la salud. Intervención con niños, adolescentes y la familia*. Madrid: Pirámide.
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, F. (2010). *Psicología del Desarrollo*. México: McGraw Hill.
- Pallaruelo, S. (2012). *Prevención y educación en obesidad infantil*. Tesis de Máster. Inédita. España: Universidad Pública de Navarra.
- Panzita, T. (2005). *Obesidad: una carrera de regularidad contra el sobrepeso*. Buenos Aires: Universidad de Clarín.
- Pi-Sunyer, X. (2009). The medical risks of obesity. *Postgraduate medicine*, (6), 2133.
- Platas, A., Gómez- Peresmitré, G., León, R., Pineda, G., & Guzmán, R. (2013). Capacidad Discriminante y Clasificación Correcta de la Escala de Factores de riesgo Asociados con Trastornos de la alimentación (EFRATA-II). *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 4, (2), 124-132.

- Platas, A. (2014) *Modelos de factores protectores y de riesgo para los problemas del peso corporal en escolares de primaria*. Tesis de Doctorado en Psicología. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Polivy, J., & Herman, P. (1987). Diagnosis and Treatment of normal Eating. *Journal of consulting and clinical psychology*, 55, (5), 635-644.
- Reilly, J., Wilson, M., Summerbell, C., & Wilson, D. (2002). Obesity diagnosis, prevention, and treatment: evidence-based answers to common questions. *Archive Disorder Child*, 86, (6), 392-394.
- Reyna, L. (2012). Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: Un problema que requiere atención. *Revista de Medicina y Salud Pública*, 29, (3) 357-359.
- Ryan, M. (2005). Physical activity levels in Young adult hispanics and whites. *Social Cognitive Determinants*, 20, (6), 709-727
- Rimal, R. (2001). Longitudinal influences of knowledge and self-efficacy on exercise behavior: Test of a mutual reinforcement model. *Journal of Health Psychology*, 6, (1), 31-46.
- Rovira, T. (2002). *Efecte diferencial de l'optimisme de la competencia personal en un procés d'estrés*. Tesis de Licenciatura en Psicología. España: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Salanova, M., Cifre, E., Grau, R., Llorens, S., y Martínez, I. (2004). Antecedentes de la autoeficacia en profesores y estudiantes universitarios: un modelo causal. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21, (1-2), 159-176.
- Saldaña, C. (2000). Consecuencias psicopatológicas del seguimiento de dietas. *Nutrición y Obesidad*, 3, (2), 81-88.
- Sassi F. (2010). *Improving lifestyles, tackling obesity: the health and economic impact of prevention strategies*. Recuperado de http://www.who.int/choice/publications/d_OECD_prevention_report.pdf
- Saunders, A., & Altman, E. (1998). Credit risk measurement: Developments over the last 20 years. *Journal of Banking & Finance*, 21, 1721-1742.
- Schunk, D., Meece, J. (2005). *Self-Efficacy Development in Adolescence*. Greenwich, CT. Information Age Publishing. Recuperado de <http://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/03SchunkMeeceAdoEd5.pdf>

- Schwarzer, R. (1994). Measurement of perceived self-efficacy: Psychometric scales for cross-cultural research. *International Review*. Recuperado de http://web.fu-berlin.de/gesund/gesu_engl/lingua5.htm
- Sigerist, E. (1997). *¿Qué es la promoción de la salud? Nuevos actores para una nueva era*. Recuperado de http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%205_2.pdf
- Silvestri, E., & Stavile, A. (2005). *Aspectos psicológicos de la obesidad. Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario*. Tesis de posgrado en Psicología. Argentina: Universidad Favaloro.
- Sniehotta, R., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). Bridging the intention-behavior gap: planning, self-efficacy, and action control in the adoption and maintenance of physical exercise. *Psychology of health*, 20, (2), 143-160.
- Soriger, F. (1994). *La obesidad: Monografía de la Sociedad Española de Endocrinología*. España: Díaz de Santos.
- Spitzer, R., Devlin, M., Walsh, B., Hassin, D., Wing, R., Marcus, & Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *Journal Eating Disord*, 2, 191-202.
- Stunkard, A. J., LaFleur, W. R., & Wadden, T. A. (1998). Stigmatization of obesity in medieval International *Journal of the International of Obesity*, 22, (12), 1141-1144.
- Visser, R. (2012). Sobre la prevención de la obesidad y la filosofía de vida saludable. *Revista Cubana Alimentación y Nutrición*, 22, (2), 340-347.
- Welsh, S. & Comer, J. (1988). *Quantitative Methods for Public Administration*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Whitaker, R., Wright, J., Pepe, M., Seidel, K., & Dietz, W. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *Journal Medical*, 337, (13), 869-873.
- World Health Organization (1987). *Measuring Obesity. Classification and description of anthropometric data*. Copenhagen: WHO-EURO.
- World Health Organization. (1998). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Geneva: WHO-EURO.
- Wolpe, J. (1974). *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon.

- Yoon, P., Scheuner, M., Peterson-Oehlke, K., Gwinn, M., Faucett, A., & Khoury, M. (2002). Can family history be used as a tool for public health and preventive medicine? *Genet Medical*, 4, 304-310.
- Zhang, Y., Proenca, R., Maffei, M., Barone, M., Leopold, L., & Fiedman, J. (1994). Positional cloning of the mouse obese gene and its human homologue. *Nature*, 372, (6505), 425-432.
- Zimmet, P., Alberti, K., & Serrano, M. (2005). Una nueva definición mundial del síndrome metabólico propuesta por la Federación Internacional de Diabetes: fundamento y resultados. *Revista Española de Cardiopatía*, 58, (12), 1371-1376.
- Zucker, S., Sassman, C., & Case, B. (2004). *Cognitive Labs*. Technical report.
Recuperado de
http://images.pearsonassessments.com/images/tmrs/tmrs_rg/CognitiveLabs.pdf?WT.mc_id=TMRS_Cognitive_Labs
- Zurro, M. (1999). *Atención primaria, conceptos, organización y práctica clínica*. España: Harcourt Brace.

ANEXOS

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

Nombre: _____ Edad: _____
Grado: _____ Grupo: _____ Hombre o mujer: _____

Instrucciones:

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

Ejemplo:

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

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

1 2 3 4

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

Contesta las oraciones:

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

1 2 3 4

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

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

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

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

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

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

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

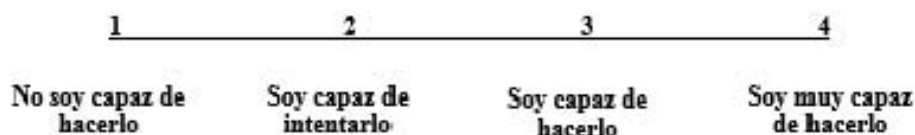
5. Soy capaz de hacer más deporte del que hago en la escuela.

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

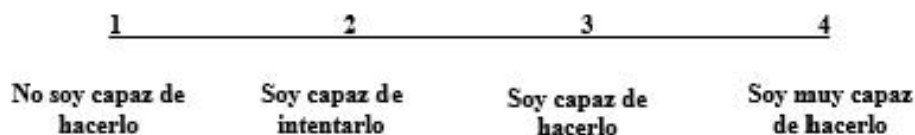
6. Puedo dejar de comer dulces cuando me siento nervioso (a).

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

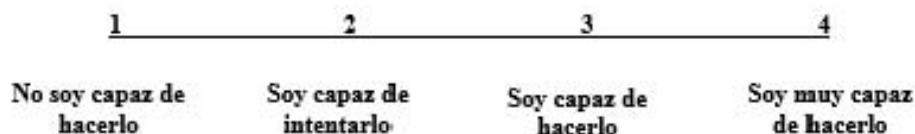
7. Soy capaz de correr todos los días.



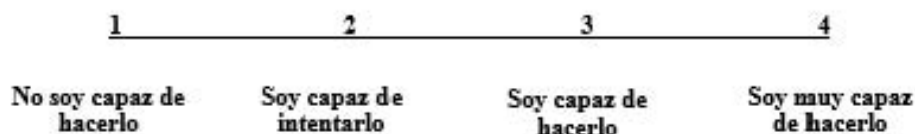
8. Puedo comer alimentos saludables cuando estoy con mis amigos (as).



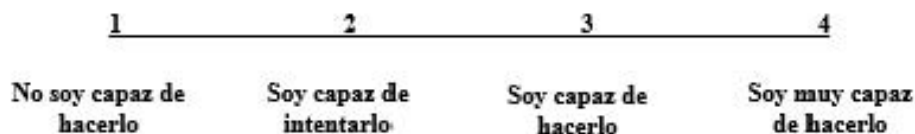
9. Puedo dejar de ver la televisión mientras como.



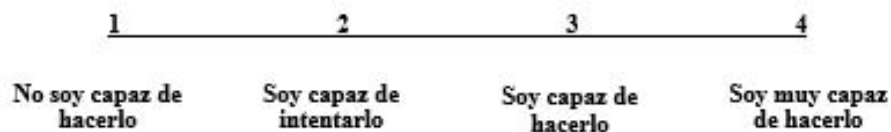
10. Puedo esforzarme para hacer deporte.



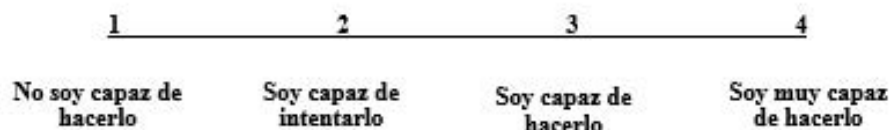
11. Soy capaz de no comer dulces cada vez que se me antojen.



12. Soy capaz de hacer 3 comidas principales (desayuno, comida y cena) al día y 2 pequeñas (refrigerios).



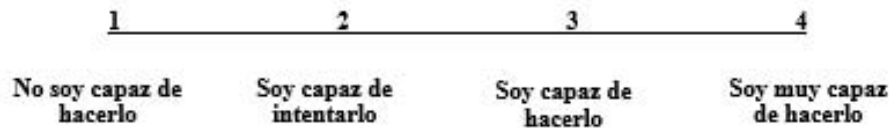
13. Soy capaz de rechazar la comida chatarra cuando alguien me la ofrece.



14. Puedo hacer actividad física o deporte aunque tenga flojera.



15. Puedo dejar de comer frituras o chicharrones al salir de la escuela.



16. Soy capaz de decir a mis papás que caminemos en lugar de usar medios de transporte.



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

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

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

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

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

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

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

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

21. Soy capaz de caminar más rápido.

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

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

1	2	3	4

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

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

1	2	3	4

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

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

1	2	3	4

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

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

1	2	3	4

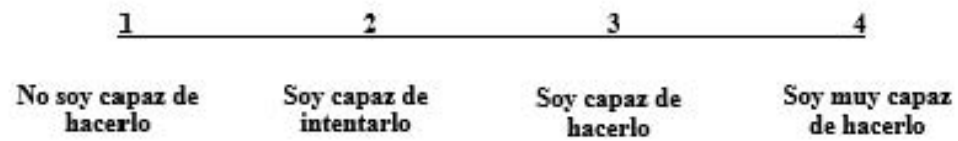
No soy capaz de hacerlo	Soy capaz de intentarlo	Soy capaz de hacerlo	Soy muy capaz de hacerlo

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

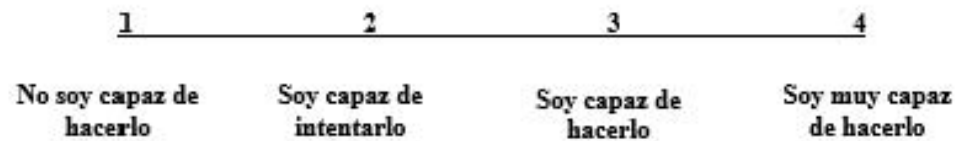
1	2	3	4

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

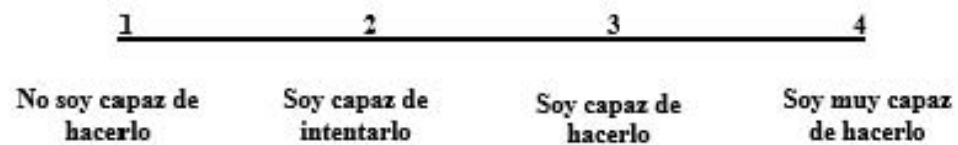
27. Soy capaz de no comer de más cuando estoy enojado.



28. Puedo comer menos dulces de los que como.



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



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

