



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**CREENCIAS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS PARENTALES DE
ALIMENTACIÓN COMO PREDICTORES DEL IMC DE NIÑOS
PREESCOLARES.**

T E S I S

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
DOCTORA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

NORA HEMI CAMPOS RIVERA

TUTOR PRINCIPAL: DRA. LUCINA ISABEL REYES LAGUNES
Facultad de Psicología, UNAM

TUTOR ADJUNTO: DRA. CECILIA SILVA GUTIÉRREZ
Facultad de Psicología, UNAM

TUTOR EXTERNO: DRA. ROSALÍA VÁZQUEZ ARÉVALO
Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

JURADO A: DR. LUIS ALBERTO VARGAS GUADARRAMA
Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM

JURADO B: DR. ROLANDO DÍAZ LOVING
Facultad de Psicología, UNAM

MÉXICO, D.F.

MAYO 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, a la Dirección General de Estudios de Posgrado de la UNAM, que por medio del programa de becas pude realizar y culminar mis estudios de Doctorado.

A la Dra. Isabel Reyes Lagunes por abrimé las puertas de su vida, cubículo y grupo de trabajo, fue un cambio trascendental en mi vida.

A mi Comité la Dra. Cecilia Silva Gutiérrez, la Dra. Rosalia Vazquez Arévalo por cada una de sus valiosas aportaciones y la revisión tan minuciosa en este proyecto.

Al Dr. Luis Alberto Vargas Guadarrama por la oportunidad de ser parte de su seminario cada clase fue emocionante y de gran aprendizaje, gracias por prestarme y confiarme su estadímetro el cuál me acompañó durante meses.

Al Dr. Rolando Díaz Loving por cada una de sus aportaciones.

Agradezco el apoyo a las escuelas que nos abrieron sus puertas para tener el contacto con cada una de las madres y niños que fueron parte primordial de esta investigación. El apoyo incondicional de directivos y maestros que fueron pieza fundamental para que el proceso de esta investigación se efectuara.

Mi más sincero agradecimiento al grupo de estudiantes que colaboraron en la fase de aplicación, su entrega en las entrevistas con cada uno de los niños fue muy valiosa, gracias por su valioso tiempo.

Agradezco a mi familia y amigos que fueron parte de esta gran etapa de vida, gracias por su gran apoyo, paciencia y acompañamiento, no tengo palabras

Nora Hemi Campos Rivera

Resumen

El problema del sobrepeso y la obesidad ha alarmado a México y nivel mundial, propiciando consecuencias graves desde diversas vertientes en el presente y en el futuro próximo, lo que significa que la población infantil ya padece algunas de sus implicaciones. El objetivo de este estudio fue evaluar la relación de variables sociodemográficas, psicológicas (creencias y actitudes hacia el exceso de peso en niños y adultos, la norma subjetiva, autoeficacia percibida), el Índice de Masa Corporal y las prácticas de alimentación maternas influyen en el Índice de Masa Corporal, las creencias hacia el exceso de peso y sus preferencias alimentarias en niños preescolares. Participaron 307 diadas madre-hijo o cuidador primario-niño, las edades de los niños fueron de tres a seis años con una $\bar{x}=5.0$. Resultados: el 10% de los hijos tiene sobrepeso y el 12% obesidad. No encontramos variables que predicen el IMC de los hijos mediante la Regresión Lineal, encontramos que las Actitudes hacia el Exceso de Peso en Adultos ($\beta= .366$), las Creencias Erróneas ($\beta= .169$) y los Hábitos como Causas del Exceso de Peso en los Niños ($\beta= .148$) predicen la Práctica de Alimentación Monitoreo (R cuadrada= .224). La Preocupación por el Peso del Niño (R cuadrada= .124) ($\beta= .169$) es predecida por el Nivel de estudios ($\beta= -.269$), las Creencias hacia el Exceso de Peso en Niños ($\beta= .214$) y la Autoeficacia ($\beta= -.185$). Mediante el análisis de Regresión Logística obtuvimos: Un modelo para el Sobrepeso (R cuadrada= .215) con cuatro variables Autoeficacia (beta -1.028), Necesidad de Aprobación Negativa (beta -.1009), Peso percibido de la Madre (beta .917), y Peso Percibido del Hijo (beta .832). Un modelo para Peso Normal (R cuadrada= .199) con tres variables Sobrepeso de la madres (beta 1.103), Presión para comer (beta .418), Peso Percibido del Hijo (beta -.834). Encontramos que los niños muestran mayor preferencia por azúcares y por otro lado establecen creencias sobre las causas del exceso peso en relación al consumo de alimentos en exceso, inactividad física y la función de los padres. La prevención entorno a esta problemática requiere de mayores estudios en edades más tempranas en conjunto con los encargados del cuidado y la alimentación del niño, para poder tener mayor entendimiento de esta problemática multifactorial.

Palabras Clave: Creencias, Actitudes, Prácticas de Alimentación, Preescolares.

Abstract

The current concerns on the health issues of overweight and obesity have risen to frank alarm, in Mexico and across the world, due to the grave consequences they imply for the present and future time; where of the populations of children already suffer from these effects. The objective of this study was to assess the relations between variables of social and demographic nature, psychological ones (beliefs and attitudes related to the excess of weight in children and adults; subjective norm and self-perceived efficacy) Bodily Mass Index (BMI) and maternal alimentary practices, as well as their influence on the maternal Bodily Mass Index (BMI); also the beliefs about the excess of weight and the alimentary preferences in pre-school children. The participants were 307 pairs of "mother-child" or "primary caretaker-child" type, the ages of the children ranging between three and six years, with a mean of five years. Results: 10% of the children were found to suffer from overweight and 12% from obesity. We did not find a set of variables which would predict the BMI by means of Linear Regression; we found that the Attitudes towards the Excess of Weight in Adults ($\beta=0.366$), the Misguided Beliefs ($\beta=0.169$), and the Habits as Causes for the Excess of Weight in Children ($\beta=0.148$) do predict the Monitoring Alimentary Practice ($R^2=0.224$). Concern about the Weight of the Child ($R^2=0.124$; $\beta=0.169$) is predicted by the Degree of Education ($\beta=-0.269$), the Beliefs related to the Excess of Weight in Children ($\beta=0.214$) and the Self-Efficacy variable ($\beta=-0.185$). By means of Logistic Regression analysis we obtained a model for Overweight ($R^2=0.215$) based on four variables: Self-Efficacy ($\beta=-1.028$), Need for Negative Approval ($\beta=-0.1009$), Perceived Maternal Weight ($\beta=0.917$) and Perceived Filial Weight ($\beta=0.832$); and a model for Normal Weight ($R^2=0.199$) based on three variables: Motherly Overweight ($\beta=1.103$), Pressure put on children to have them eat ($\beta=0.418$) and Filial Perceived Weight ($\beta=-0.834$). We found children to have a greater preference for sugared nourishment; otherwise they develop beliefs about the causes for the excess of weight based on excessive food consumption, physical inactivity and the functions of the parents. Prevention concerning these issues requires wider studies at earlier ages, involving the ones in charge of the care and nourishment of the child, so as to attain a better understanding of these multiple-factor problems.

Key Words: Beliefs, Attitudes, Alimentary Practices, Pre-School Children.

Índice de Contenido

Introducción.....	1
Capítulo I. Antecedentes.....	3
Definiciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.....	3
Epidemiología.....	4
Consecuencias del sobrepeso y la obesidad infantil.....	8
Factores relacionados con las causas del sobrepeso y la obesidad infantil.....	11
TV y actividad física.....	13
Lactancia.....	15
La alimentación y su relación con el sobrepeso y la obesidad.....	16
Nivel socioeconómico.....	18
Rol de los padres.....	20
Peso de los padres.....	22
Prácticas parentales de alimentación.....	23
Percepción del peso.....	28
Factores psicológicos, prácticas de alimentación y estilos de alimentación.....	29
Preferencias alimentarias.....	31
Planes de acción.....	34
Teorías y/o modelos utilizados en relación a la obesidad.....	38
Creencias y actitudes hacia la obesidad.....	45
Capítulo II Método.....	51
Estudio 1a. Estudio exploratorio de creencias sobre la alimentación, el sobrepeso y obesidad.....	54
Estudio 1b. Estudio exploratorio mediante las redes semánticas naturales modificadas.....	55
Estudio 1c. Estudio exploratorio en niños preescolares.....	56
Estudio 2 ^a . Primera y segunda validación de las escalas de medición.....	57
Etapa 2 ^c . Cuestionario de creencias hacia las causas del exceso de peso para niños.....	59
Estudio 2 ^d . Preferencias alimentarias y creencias de alimentos con alto contenido calórico.....	60
Capítulo III Etapa 1 Estudios Exploratorios.....	61
Estudio 1a. Estudio exploratorio de creencias sobre la alimentación, el sobrepeso y obesidad.....	61
Objetivo.....	61
Participantes.....	62
Instrumentos.....	62
Procedimiento.....	62
Resultados.....	63
Conclusiones.....	70
Estudio 1b. Estudio exploratorio mediante las redes semánticas naturales modificadas.....	73
Objetivo.....	74
Participantes.....	74
Instrumentos.....	74
Procedimiento.....	74

Resultados.....	74
Conclusiones.....	78
Estudio 1c. Estudio exploratorio en niños preescolares.....	79
Objetivo.....	79
Participantes.....	79
Instrumentos.....	79
Procedimiento.....	79
Resultados.....	80
Conclusiones.....	83

Capítulo IV. Etapa 2. Validación Psicométrica de las Escalas de

Medición.....	85
Estudio 2 ^a . Primera validación psicométrica de las escalas de medición.....	85
Objetivo.....	85
Participantes.....	85
Instrumentos.....	88
Procedimiento.....	88
Tratamiento estadístico.....	88
Estudio 2 ^b . Segunda validación psicométrica de las escalas de medición.....	89
Objetivo.....	89
Participantes.....	89
Procedimiento.....	89
Tratamiento estadístico.....	89
Resultados.....	90
Escala de la norma subjetiva hacia el peso y la alimentación.....	91
Escala de la norma subjetiva hacia la educación.....	93
Escala de creencias de los alimentos que causan exceso de peso y la escala de alimentos saludables en adultos.....	94
Escala de creencias de los alimentos que causan exceso de peso y la escala de alimentos saludables en los niños.....	95
Escala de creencias hacia las causas del exceso de peso en adultos.....	96
Escala de creencias hacia las causas del exceso de peso en los niños.....	97
Escala de creencias hacia el exceso de peso en los niños.....	98
Escala de creencias hacia el exceso de peso en adultos.....	99
Escala sobre la responsabilidad de los padres con el exceso de peso.....	100
Escala de autoeficacia hacia la alimentación y el peso.....	100
Escala de actitudes hacia la alimentación.....	101
Escala de actitudes hacia el exceso de peso en adultos.....	102
Escala de actitudes hacia el exceso de peso en niños.....	103
Escala de actitudes hacia el sobrepeso y la obesidad.....	103
Conclusiones.....	104
Etapa 2 ^c . Cuestionario de creencias hacia las causas del exceso de peso para niños.....	107
Objetivo.....	107
Participantes.....	107
Instrumentos.....	107
Procedimiento.....	109
Resultados.....	109

Conclusiones.....	117
Estudio 2 ^d . Preferencias alimentarias y creencias de alimentos con alto contenido calórico.....	120
Objetivo.....	120
Participantes.....	120
Instrumentos.....	120
Procedimiento.....	120
Resultados.....	121
Conclusiones.....	124
Capítulo V Estudio A Principal.....	125
Objetivo general.....	135
Pregunta de investigación.....	135
Objetivos específicos.....	135
Hipótesis.....	136
Variables.....	136
Definición de variables.....	137
Participantes.....	131
Instrumentos.....	133
Procedimiento.....	135
Tratamiento estadístico.....	135
Resultados.....	136
Estudio B Preferencias Alimentarias.....	174
Objetivo.....	174
Participantes.....	174
Instrumentos.....	174
Procedimiento.....	174
Resultados.....	175
Estudio C Creencias hacia las causas del exceso de peso en niños.....	182
Objetivo.....	182
Instrumentos.....	182
Procedimiento.....	182
Resultados.....	182
Capítulo VI Discusión y Conclusiones.....	188
Referencias.....	206
Anexos.....	215
Anexo 1.....	216
Anexo 1.2.....	217
Anexo 1.3.....	220
Anexo 2.....	220
Anexo 2.1.....	221
Anexo 2.2.....	222
Anexo 2.3.....	222
Anexo 2.4.....	223
Anexo 2.5.....	223
Anexo 2.6.....	224
Anexo 2.7.....	224
Anexo 2.8.....	224
Anexo 2.9.....	225

Anexo 2.10.....	225
Anexo 2.11.....	225
Anexo 3.....	226
Anexo 3.1.1.....	226
Anexo 3.2.2.....	226
Anexo 3.3.3.....	227
Anexo 3.4.4.....	227
Anexo 3.5.5.....	227
Anexo 3.6.6.....	228
Anexo 3.7.7.....	228
Anexo 3.8.8.....	229
Anexo 3.9.9.....	229
Anexo 3.10.10.....	229
Anexo 3.11.11.....	230
Anexo 3.12.12.....	230
Anexo 3.13.13.....	231
Anexo 3.14.14.....	231
Anexo 4.....	232
Anexo 5.....	236
Anexo 6.....	237
Anexo 7.....	238
Anexo 8.....	238
Anexo 9.....	239
Anexo 10.....	240

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Principales prácticas de alimentación.....	25
Tabla 2. Puntos prioritarios del ANSA.....	35
Tabla 3. Creencias de la obesidad según la etapa de vida (Núñez, 2007).....	49
Tabla 4. Diferencias por sexo de alimentos que nos hacen engordar.....	82
Tabla 5.1. Componentes de la escala de la norma subjetiva hacia el peso y la alimentación.....	92
Tabla 5.2. Componentes de la escala de la norma subjetiva hacia la educación.....	93
Tabla 5.3. Componentes de la escala creencias de alimentos calóricos en adultos.....	94
Tabla 5.4. Componentes de la escala creencias de alimentos saludables en adultos.....	94
Tabla 5.5. Componentes de la escala creencias de alimentos calóricos en niños.....	96
Tabla 5.6. Componentes de la escala creencias de alimentos saludables en niños.....	96
Tabla 5.7. Componentes de la escala de creencias hacia las causas del exceso de peso en adultos.....	96
Tabla 5.8. Componentes de la escala de creencias hacia las causas del exceso de peso en niños.....	97
Tabla 5.9. Componentes de la escala de creencias hacia el exceso de peso en niños.....	98
Tabla 5.10. Componentes de la escala de creencias hacia el exceso de peso en adultos.....	99
Tabla 5.11. Componentes de la escala de creencias hacia la responsabilidad de los padres.....	100
Tabla 5.12. Componentes de la escala de autoeficacia percibida hacia la alimentación.....	101
Tabla 5.13. Componentes de la escala de actitudes hacia la alimentación.....	102
Tabla 5.14. Componentes de la escala de actitudes hacia el exceso de peso.....	102
Tabla 5.15. Componentes de la escala de actitudes hacia el exceso de peso en niños.....	103
Tabla 5.16. Componentes de la escala de actitudes hacia el sobrepeso y la obesidad.....	104
Tabla 6.1. Porcentaje de grupos de alimentos que más les gustan.....	121
Tabla 6.2. Porcentaje grupos de alimentos que no les gustan.....	122
Tabla 6.3. Porcentaje de grupos de alimentos que más les da su mamá.....	122
Tabla 6.4. Porcentaje de grupos de alimentos que consideran saludables.....	123
Tabla 6.5. Porcentaje de grupos de alimentos que consideran nos hacen engordar.....	123
Tabla 7.1. Definiciones conceptuales y operacionales de las variables que se utilizaron en el estudio.....	127
Tabla 7.2. Distribución de la muestra de niños por sexo y grado escolar.....	132
Tabla 7.3. Descriptivos las variables de estudio.....	143
Tabla 7.4. ANOVA por nivel educativo.....	144
Tabla 7.5. ANOVA por ocupación y todas las variables de estudio.....	152
Tabla 7.6. ANOVA por número de hijos.....	153
Tabla 7.7. ANOVA por IMC del niño.....	156
Tabla 7.8. ANOVA por IMC de la madre.....	158
Tabla 7.9. ANOVA por edad.....	160

Tabla 7.10. Variables en la ecuación para actitud hacia la obesidad.....	164
Tabla 7.11. Variables en la ecuación para actitud sobre el exceso peso en niños.....	165
Tabla 7.12. Variables en la ecuación para monitoreo.....	166
Tabla 7.13. Variables en la ecuación para control de peso en el niño.....	167
Tabla 7.14. Variables en la ecuación para presión para comer.....	168
Tabla 7.15. Variables en la ecuación para preocupación por el peso del niño.....	168
Tabla 7.16. Variables en la ecuación para manipulación.....	170
Tabla 7.17. Variables en la ecuación para prácticas coercitivas.....	171
Tabla 7.18. Variables en la ecuación para permisivas.....	172
Tabla 8.1. Distribución de la muestra de niños por sexo y grado escolar.....	174

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Distribución de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en población escolar (5 a 11 años) por entidad federativa.....	6
Figura 2. Distribución de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años por entidad federativa.....	7
Figura 3. Modelo de Creencias acerca de la Salud.....	39
Figura 4. Modelo de la Teoría de la Acción Razonada.....	40
Figura 5. Modelo de la Teoría de la Acción Planificada.....	40
Figura 6. Modelo Integral sobre Conductas de Riesgo y Conductas Saludables.....	42
Figura 7. Modelo de Maziak, Ward & Stockton	43
Figura 8. Mapa Conceptual de la Obesidad de Rivera & González-Cosío.....	43
Figura 9. Modelo de la Pobreza e Inseguridad Alimentaria.....	44
Figura 10. Frecuencia de alimentos que las madres mencionan les dan de comer a sus hijos.....	63
Figura 10.1. Frecuencia de alimentos que se deben incluir en una alimentación saludable.....	64
Figura 10.2 Tipos de alimentos que se deben evitar para una alimentación sea saludable.....	65
Figura 10.3. Frecuencias de respuesta de la definición del sobrepeso.....	66
Figura 10.4. Frecuencias de respuesta de la definición obesidad.....	66
Figura 10.5. Frecuencia de lo que más les gusta comer a los niños.....	66
Figura 10.6. Frecuencia de lo que más les gusta comer a los niños con sobrepeso.....	67
Figura 10.7. Frecuencia de lo que más les gusta comer a los niños con obesidad.....	67
Figura 10.8. Frecuencia de lo que las madres consideran como causas del sobrepeso.....	68
Figura 10.9. Frecuencia de la percepción de las madres como causas de la obesidad.....	68
Figura 10.10. Frecuencias de lo que se tiene que hacer para evitar para que su hijo tenga sobrepeso u obesidad.....	69
Figura 20. Núcleo de red del estímulo “Obesidad”.....	75
Figura 20.1. Núcleo de red del estímulo “Sobrepeso”.....	75

Figura 20.2. Núcleo de red del estímulo “Alimentación”	76
Figura 20.3. Núcleo de red del estímulo “Salud”	77
Figura 20.4. Núcleo de red del estímulo “Peso corporal”	77
Figura 20.5. Núcleo de red del estímulo “Mi peso es”	78
Figura 30. Categorías de los alimentos preferidos	80
Figura 30.1. Motivos de preferencia de alimentos	81
Figura 30.2. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿Crees que hay alimentos que hacen que nos pongamos gorditos?	81
Figura 30.3. Motivos de ganancia de peso por los alimentos	83
Figura 40. Porcentajes sobre la escolaridad de las madres	86
Figura 40.1. Porcentaje de niños(as) que practican deporte	86
Figura 40.2. Porcentaje de respuesta al tipo de deporte o actividad física	87
Figura 40.3. Porcentaje de tiempo frente a la televisión	87
Figura 40.4. Porcentaje de respuesta para escolaridad	90
Figura 40.5. Porcentaje de respuesta para el estado civil	91
Figura 40.6. Porcentaje de respuesta para el tipo de ocupación	91
Figura 50. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿Cuál te gusta más?	110
Figura 50.1. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿Cuál subiría de peso?	111
Figura 50.2. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿Cuál se pondría gordito(a)?	111
Figura 50.3. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿Los papás delgados tienen hijos delgados o gorditos?	112
Figura 50.4. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿Los niños son gorditos porque no quieren hacer ejercicio o porque sus papás no los dejan?	114
Figura 50.5. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿Qué plato elegiría un niño gordito?	114
Figura 50.6. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿Cuándo sea grande como crees que será?	115
Figura 50.7. Número de conglomerados con los reactivos finales	116
Figura 50.8. Dendograma con los reactivos finales	117
Figura 60. Porcentaje de frecuencia sobre la ocupación de las madres y cuidadores	132
Figura 60.1. Porcentaje de frecuencia sobre el nivel de estudios de las madres y cuidadores	132
Figura 60.2. Propuesta del modelo de investigación	135
Figura 60.3. Porcentaje sobre la clasificación IMC de las madres	136
Figura 60.4. Porcentaje de respuesta sobre el nivel de estudios de las madres y cuidadores	136
Figura 60.5. Porcentaje de respuesta a número de hijos	137
Figura 60.6. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿Amamantaron a sus hijos?	137
Figura 60.7. Porcentaje de respuesta al tiempo que amamantaron en meses	138
Figura 60.8. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿En dónde realiza actividad física?	138
Figura 60.9. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿Tipo de deporte que practican?	139
Figura 60.10. Porcentaje de horas que practican deporte a la semana	140
Figura 60.11. Frecuencia de horas frente a la T.V. al día	140

Figura 60.12. Porcentaje del IMC de los niños por edad.....	141
Figura 60.13. Frecuencia del perfil de alimentos 1.....	142
Figura 60.14. Frecuencia del perfil de alimentos 2.....	142
Figura 60.15. ANOVA nivel de estudios y alimentos calóricos.	146
Figura 60.16 ANOVA nivel de estudios y actitud hacia el exceso de peso en niños.	146
Figura 60.17 ANOVA nivel de estudios y creencias de que los padres como causantes del exceso de peso.....	147
Figura 60.18 ANOVA nivel de estudios y actitudes hacia el exceso de peso en adultos.....	147
Figura 60.19 ANOVA nivel de estudios y creencias erróneas.....	148
Figura 60.20 ANOVA nivel de estudios y creencias hacia el exceso de peso en los niños.....	148
Figura 60.21 ANOVA nivel de estudios y presión para comer.....	149
Figura 60.22 ANOVA nivel de estudios y norma subjetiva expertos hacia el peso y la alimentación.....	149
Figura 60.23 ANOVA nivel de estudios y vínculo.....	150
Figura 60.24. ANOVA nivel de estudios y control.....	150
Figura 60.25 ANOVA nivel de estudios y autoeficacia.....	151
Figura 60.26. ANOVA nivel de estudios y alimentos calóricos en niños.....	151
Figura 60.27. ANOVA por ocupación y responsabilidad.....	152
Figura 60.28. ANOVA por ocupación y necesidad de aprobación negativa.....	153
Figura 60.29. ANOVA por número de hijos y restricción.....	154
Figura 60.30. ANOVA por número de hijos e indicador manipulación.....	154
Figura 60.31. ANOVA por número de hijos y monitoreo.....	155
Figura 60.32. ANOVA por número de hijos e indicador control.....	155
Figura 60.33. ANOVA por IMC del niño y escala de alimentos calóricos en los niños.	156
Figura 60.34. ANOVA por IMC del niño y alimentos saludables.....	157
Figura 60.35 ANOVA por IMC del niño y percepción de peso del hijo.....	157
Figura 60.36. ANOVA por IMC del niño y creencias de las causas del exceso de peso en niños.....	158
Figura 60.37. ANOVA por IMC de la madre y creencias erróneas hacia el exceso de peso en adultos.....	159
Figura 60.38. ANOVA por IMC de la madre y factor vínculo de la norma subjetiva hacia la educación.....	159
Figura 60.39. ANOVA por IMC de la madre y percepción del peso percibido de la madre.....	160
Figura 60.40. ANOVA por edad del niño y actitud hacia el exceso del peso en los adultos.....	161
Figura 60.41. ANOVA por edad del niño y la necesidad de aprobación negativa.....	161
Figura 60.42. ANOVA por edad del niño y el peso percibido de sus hijos.....	162
Figura 60.43. Modelo de Regresión Lineal Múltiple para las actitudes hacia el sobrepeso y obesidad.....	163
Figura 60.44 Modelo de Regresión Lineal Múltiple lineal para las actitudes sobre el exceso de peso en niños.....	164
Figura 60.45. Modelo de Regresión Lineal Múltiple para para monitoreo.....	165
Figura 60.46 Modelo de Regresión Lineal para el control de peso del niño.....	166
Figura 60.47. Modelo de Regresión Lineal para la variable presión para comer.....	167

Figura 60.48. Modelo de Regresión Lineal para preocupación por el peso del niño.....	168
Figura 60.49. Modelo de Regresión Lineal para la práctica manipulación.....	160
Figura 60.50. Modelo de Regresión Lineal para las prácticas coercitivas.....	170
Figura 60.51. Modelo de Regresión Lineal para las prácticas permisivas.....	171
Figura 60.52. Modelo de Regresión Logística para el sobrepeso.	172
Figura 60.53. Modelo de Regresión Logística para peso normal.....	172
Figura 60.54. Modelo de Regresión Logística para la actividad física.....	173
Figura 70. Frecuencia de respuestas a la pregunta ¿Cuáles son los alimentos que más te gustan?.....	175
Figura 70.1. Frecuencia de respuestas a la pregunta ¿Cuáles son los alimentos que no te gustan?.....	176
Figura 70.2. Frecuencia de respuestas a la pregunta ¿Cuáles son los alimentos que más te da tu mamá?.....	176
Figura 70.3. Frecuencia de respuestas a la pregunta ¿Cuáles son los alimentos que son sanos o saludables?.....	177
Figura 70.4 Frecuencia de respuestas a la pregunta ¿Cuáles son los alimentos que nos hacen engordar?.....	177
Figura 80. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿Cuál te gusta más?.....	183
Figura 80.1. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿Cuál subiría de peso?.....	183
Figura 80.3. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿Cuál subiría de peso?.....	184
Figura 80.4. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿Cuál se pondría gordito(a)?.....	184
Figura 80.5. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿Los papás delgados tienen hijos delgados o gorditos?.....	184
Figura 80.6. Porcentaje de respuesta a la pregunta si uno de esos niños(as) se pusiera gordito ¿Cuál sería?.....	185
Figura 80.7. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿Los niños son gorditos porque no hacen ejercicio o porque así nacieron?	185
Figura 80.8. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿Quiénes subirían de peso los papas que comen mucho o los que comen poco?	186
Figura 80.9. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿Un niño gordito cuál preferiría?.....	186
Figura 80.10. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿Un niño gordito cuál preferiría?.....	187
Figura 80.11. Porcentaje de respuesta a la pregunta Cuándo sea grande como crees que será?.....	187

Introducción

La obesidad y el sobrepeso son dos problemas de salud pública que afectan cada vez a México y a nivel mundial. Lamentablemente han alcanzado cifras cada vez más alarmantes en los últimos treinta años afectando a niños, adolescentes y adultos. Este desmesurado crecimiento ha instado a las autoridades sanitarias a tomar medidas pertinentes para detener este grave problema de salud pública, así como disminuir los costos directos e indirectos que ocasiona dicha enfermedad a la sociedad.

El exceso de peso está asociado con un aumento en la morbilidad y una disminución en la esperanza de vida, sin embargo no hasta hace poco tiempo era considerada como síntoma de buena salud, e incluso un índice de bienestar económico y social. Las creencias en torno a lo que representaba el exceso de peso quedaron plasmadas a través de la historia mediante diversas pinturas y fotografías, esculturas. Sin embargo algunas de estas ideas siguen permaneciendo como parte del estilo de vida, el concepto de exceso de peso como sinónimo de “salud” permanece vigente principalmente en padres quienes tienen desconocimiento de las implicaciones y consecuencias que pueden repercutir en sus hijos principalmente si son de edad a nivel preescolar.

De acuerdo con la OMS la obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede afectar la salud. La obesidad ha resultado ser una enfermedad difícil de tratar, ha ocasionado un crecimiento acelerado de padecimientos como la diabetes mellitus que es atribuible al exceso

de peso en el 90% de los casos. Otras enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas como la hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedad coronaria, enfermedad vascular cerebral, osteoartritis, y diferentes tipos de cáncer como: mama, esófago, colon, endometrio y riñón, por mencionar las más relevantes (Hernández & Martínez, 2011; Campos-Nonato, Barquera & Aguilar, 2012).

¿Pero que ha pasado en los últimos años que ha generado esta transformación en el peso corporal? Las causas son múltiples y complejas de contrarrestar, diversos estudios se enfocan en la disminución de la actividad física, una gran transformación en los hábitos alimentarios, conductas sedentarias (incremento en el uso de televisión, computadora, teléfonos móviles, tabletas, etc). En relación a los hábitos, se ha exacerbado el consumo de refrescos y bebidas azucaradas, mayor consumo de alimentos con alta densidad energética y fuera de casa, incremento en el tamaño de las porciones. El estilo de vida se ha modificado, la mujer quien era la encargada del cuidado de los niños y la alimentación se ha insertado en el ámbito laboral con la intención de apoyar en el gasto familiar, generando una disminución en el tiempo para la preparación de alimentos dentro de casa.

Por otro lado, las creencias en relación al exceso de peso, las prácticas parentales de alimentación de acuerdo con la literatura tienen un efecto en el IMC en niños pequeños. En este estudio nos enfocaremos en analizar cuáles son las creencias hacia el exceso de peso y ver la relación que tiene con las prácticas de alimentación, posteriormente analizaremos si están influyen en el IMC y en las creencias y preferencias de los niños.

Capítulo I Antecedentes

En 1984, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1984 definió *salud* como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia (Carta de Ottawa, 1986). Salud también se define como un estado de tolerancia o compensación física, psicológica, mental y social. Cualquier otro estado es percibido por el individuo y/o por su grupo como la manifestación de un proceso mórbido (San Martín, 1992).

Aunque algunas veces prevención de la enfermedad y promoción de la salud se utilizan como términos complementarios, éstos son dos conceptos distintos. A continuación se presentan la definición y objetivos de cada uno.

Definiciones de Prevención de la Enfermedad y Promoción de la Salud

La prevención de la enfermedad se dirige a la población general y comprende acciones ejecutadas por el sector sanitario sobre comportamientos específicos de los individuos que representan un riesgo para la salud (OMS, 1984). La prevención de la enfermedad comprende tres fases: (1) prevención primaria, que se refiere a las medidas tomadas para prevenir la aparición de la enfermedad en personas sanas; (2) prevención secundaria, que se refiere a los esfuerzos necesarios que se realizan para detener el progreso de la enfermedad una vez que ésta se ha iniciado; (3) prevención terciaria, que comprende los procedimientos de tratamiento y rehabilitación de aquellas enfermedades que ya han mostrado sintomatología clínica (Vásquez, Fernández & Pérez, 1998).

La promoción de la salud se dirige al individuo para que éste logre un mayor control sobre su bienestar a través de la adquisición y el mantenimiento de comportamientos saludables. Para ello, debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o adaptarse al medio ambiente (Carta de Ottawa, 1986). El estudio de la promoción de la salud se concentra entre los individuos y su ambiente con el fin de identificar los factores causales (Restrepo & Málaga, 2001).

La promoción de la salud es un proceso de enseñanza y aprendizaje de estilos de vida favorables para el bienestar del individuo. Para que este proceso sea exitoso, es necesario estudiar a detalle los problemas de la sociedad, principalmente, los factores psicosociales asociados con el bienestar individual, tales como las creencias y actitudes sobre la obesidad infantil.

La obesidad infantil en México es una problemática que ha llamado la atención de muchos especialistas a nivel nacional e internacional, especialmente en los últimos treinta años. Los datos epidemiológicos de la obesidad infantil en México que se presentan a continuación hablan de la importancia de estudiar este problema de salud pública.

Epidemiología

La obesidad es un exceso en la proporción de masa grasa en el organismo. La masa grasa es uno de los componentes principales de la masa corporal localizada principalmente en el tejido adiposo. Las funciones de la masa grasa son

servir como aislante mecánico y térmico de los órganos y almacenar energía metabólica para sobrevivir en periodos de poca disponibilidad de alimento.

La obesidad es un fenómeno que ha estado presente a lo largo de la historia, desde la prehistoria en donde el ser humano se caracteriza por ser cazador-recolector, resistiendo frecuentes periodos de carencia de alimentos, lo cual produjo, a través de un proceso de selección, el progresivo predominio en el genoma humano de “genes ahorradores” que favorecían el depósito de energía y permitían que estos individuos tuvieran una mayor supervivencia y su edad reproductiva (Foz, 2005; Vargas, 2012). Más adelante, en la edad media y/o medieval, la obesidad es vista como un signo de estatus social, muestra de ello son diversas pinturas realizadas para niños que eran parte de la burguesía, quienes muestran sus cuerpos corpulentos como reflejo de poder (Albala, Kain, Burrows & Díaz, 2000).

Se estima que, a nivel mundial, aproximadamente mil millones de adultos tienen sobrepeso (IMC 25 a 29.9kg/m²) y otros 475 millones son obesos (International Obesity Taskforce [IASO/ OTF], 2010). La epidemia de sobrepeso y obesidad es uno de los principales problemas de salud pública en México. Nuestro país ocupa el segundo lugar en obesidad en adultos entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE] (Hernández & Martínez, 2011).

La Asociación Internacional para el Estudio de la Obesidad (IASO, por sus siglas en inglés) muestra en su página los porcentajes de obesidad en niños a nivel

mundial (ver figura 1). En el mapa se reportan las últimas encuestas realizadas por cada país, en la población infantil un gran número de éstas son más antiguas que las de los adultos como es el caso de Venezuela en 1976 y Etiopía en 1987, son pocos los países que han realizado evaluaciones en la población infantil y las más recientes fueron realizadas por Grecia y Hungría en el 2005, así como Alemania y Portugal en el 2008.

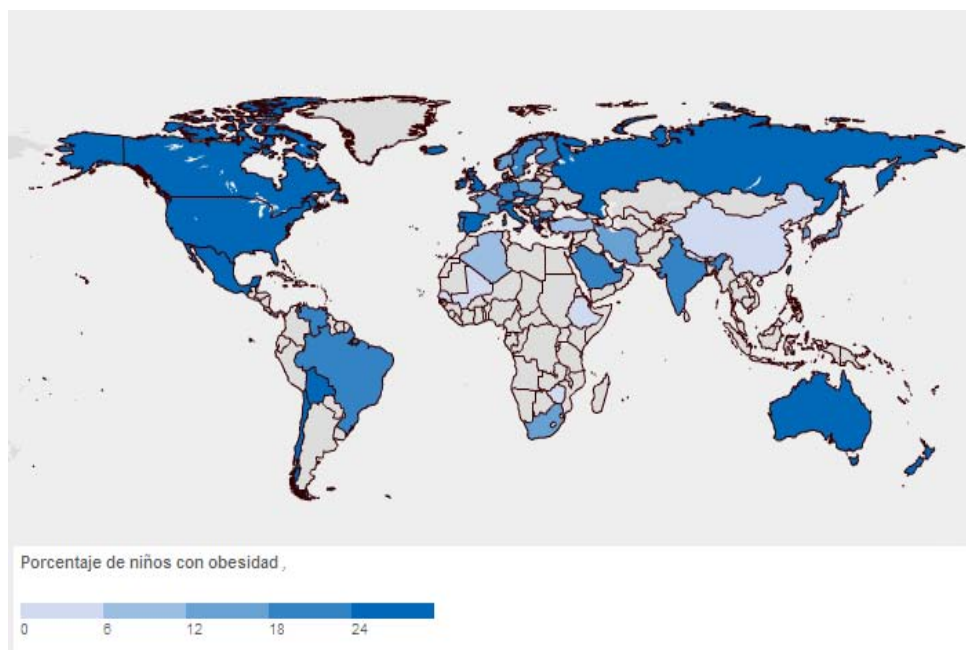


Figura 1 Distribución de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en población escolar (5 a 11 años) por entidad federativa. Fuente: ENSANUT, 2006.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Coberturas del Instituto Mexicano del Seguro Social (ENSANUT, 2006), México ocupa el primer lugar a nivel mundial en obesidad infantil. Según esta encuesta, utilizando los criterios de la IOFT (International Obesity Task Force), la prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años fue de alrededor de 26% en ambos sexos; 26.8% en niñas y 25.9% en niños. La prevalencia de sobrepeso aumentó

progresivamente entre los 5 y los 11 años de edad, tanto en niños (de 12.9 a 21.2%) como en niñas (de 12.6 a 21.8%). Entre las mismas edades, la prevalencia de obesidad aumentó de 4.8 a 11.3% en niños y de 7.0 a 10.3% en niñas. En resumen, entre 1999 y 2006, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en los ambos sexos aumentó un tercio; los mayores aumentos se dieron en obesidad y en niños.

En la Figura 2, se observa la prevalencia de sobrepeso y obesidad para ambos sexos en cada estado de la república mexicana. Los estados del país con mayor prevalencia de obesidad y sobrepeso en niños son Baja California (41.7%), Yucatán (38.1%) y Tamaulipas (38%), mientras que, los estados con mayor prevalencia en niñas son Baja California Sur (35.5%), Nayarit (35.1%) y Sonora (35%).

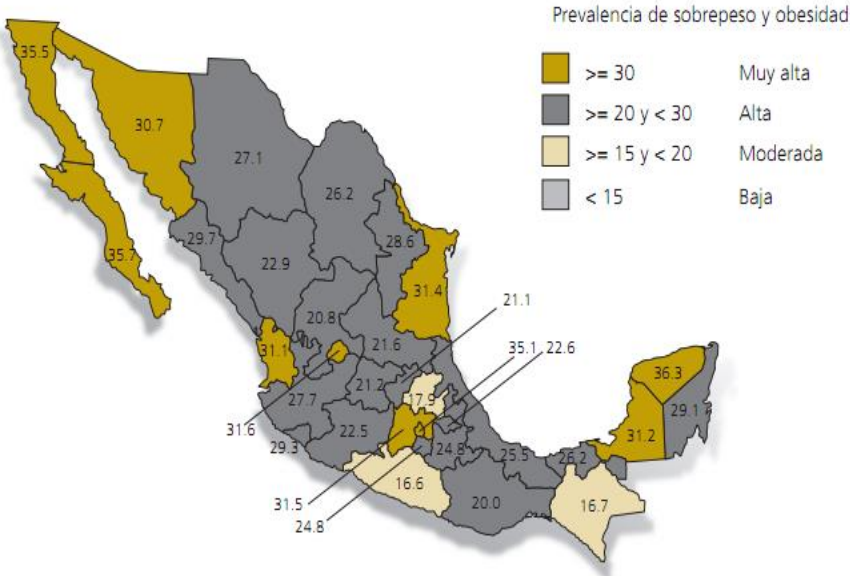


Figura 2. Distribución de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años por entidad federativa (ENSANUT, 2006).

Consecuencias del sobrepeso y la obesidad infantil

La obesidad, definida como una enfermedad multifactorial compleja, influida por factores genéticos, fisiológicos, metabólicos, celulares, moleculares, sociales y culturales, se caracteriza por el aumento de grasa en el tejido adiposo y se acompaña de una serie de comorbilidades (Chavarría, 2002). La obesidad infantil se diagnostica considerando la relación entre el peso total y la talla estimada mediante el índice de masa corporal ($IMC = \text{peso en kg} / \text{talla en m}^2$) (Islas & Peguero, 2006).

Alrededor del 70% de la población con edad ≥ 18 años presenta sobrepeso y obesidad (ENSANUT, 2006), condición que, a su vez, ha ocasionado un crecimiento acelerado de padecimientos como la diabetes mellitus que es atribuible al exceso de peso en el 90% de los casos. Otras enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas son: hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedad coronaria, enfermedad vascular cerebral, osteoartritis, y diferentes tipos de cáncer como: mama, esófago, colon, endometrio y riñón, por mencionar las más relevantes (Hernández & Martínez, 2011; Campos-Nonato, Barquera & Aguilar, 2012), resistencia a la insulina, enfermedades cardiovasculares, asma, dislipidemias, hipercolesterolemia, hipertensión, deterioro de la fertilidad, ortopédicas (caderas y tobillos), los problemas respiratorios y apnea del sueño, enfermedad de hígado graso, aceleración de la pubertad en los niños(as) (Stewart, 2010).

La obesidad durante la infancia tiene importantes implicaciones; a corto plazo tiene efectos adversos sobre la presión arterial, los lípidos, el metabolismo de los carbohidratos, sobre la autoestima y la calidad de vida; a largo plazo, las implicaciones médicas de la obesidad infantil incluyen: mayor riesgo de obesidad

cuando adultos, hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares, etc. Estos datos sugieren que la niñez es un período crítico de oportunidad para realizar medidas de prevención e intervención (Bacardí, Jiménez, Jones & Guzmán, 2007). Aunque miles de niños mexicanos comienzan a presentar enfermedades crónicas, entre ellos hay niños de seis años a los que, por sus altos niveles de masa corporal, ya se les diagnostican enfermedades como hipertensión arterial, diabetes, daño hepático, alteraciones ortopédicas e incluso ovarios poliquísticos entre las niñas antes de que entren a la pubertad (Vega, 2011).

La obesidad ha resultado ser una enfermedad difícil de tratar dado que, además de que hay una resistencia biológica a la pérdida de peso corporal, también existe un continuo estímulo ambiental, que favorece que las personas consuman más calorías de las que requieren y que tengan una disminución, que esta alteración del peso corporal se ha convertido en un tema significativo en su gasto energético (Laguna, 2006).

La obesidad genera trastornos médicos y trae consigo una gama de implicaciones psicológicas y sociales, Calva (2003) menciona que, las personas con obesidad pueden presentar mayores miedos e inseguridad personal, pérdida de autoestima, trastornos alimenticios, distorsión de la imagen corporal, frigidez e impotencia. El sobrepeso infantil predice dificultades académicas y sociales entre los niños, seguidos de un aumento en sentimientos como tristeza, soledad y ansiedad (Gable, Britt-Rankin & Krull, 2008). Las consecuencias psicológicas adversas de la obesidad pueden agravar sus consecuencias físicas negativas y

acelerar la progresión a la diabetes y/o enfermedades cardiovasculares en los niños obesos (Balagopal, 2006).

Diversos estudios reportan que, la obesidad infantil se asocia con el trastorno negativista desafiante en ambos sexos y el trastorno depresivo en varones; así como altos niveles de ansiedad (Lazarevich & Rodríguez, 2003) y baja autoestima (Wyatt, Winters & Dubbert, 2006) dado que, los niños con exceso de peso están expuestos a un estigma social debido a su peso, manifiestan un autoconcepto más bajo en competencia física que los niños no obesos, se adjudican sentimientos negativos, mayor prevalencia en problemas emocionales y de comportamiento (Bract, Mervielde & Vandereycken;1997; Friedman, Reichman, Costanzo & Musante, 2002; Lopes, 2008).

Los factores como hostilidad o evitación social, podrían intensificar la obesidad a través de vulnerabilidades psicológicas que incrementan las probabilidades de sobrealimentación y vida sedentaria. Está claro que una predisposición negativa, los prejuicios y la discriminación para algunos niños pueden ser parte de la vida cotidiana en niños con exceso de peso (Puhl & Brownell, 2003).

Factores relacionados con las causas del sobrepeso y la obesidad infantil

Son múltiples las causas del sobrepeso y la obesidad infantil, sin embargo exploraremos las que han sido más relevantes dentro de la literatura en los últimos años.

Inactividad física

El Instituto Nacional de Salud Pública (2007) define la actividad física como cualquier movimiento producido por la contracción del músculo esquelético que tiene como resultado un gasto energético que se añade al metabolismo basal. El ejercicio físico es un tipo de actividad física planeada, estructurada y repetitiva, con un consumo de energía incrementado en relación con el basal, cuya finalidad es producir un mejor funcionamiento del organismo, ya sea a efectos de mejorar la condición física, salud, figura corporal, rendimiento o destreza deportiva. La actividad física es considerada como uno de los principales factores que reduce el riesgo para el desarrollo de sobrepeso y la obesidad, también es considerada como una estrategia efectiva para el mantenimiento y la pérdida de peso (Sallis, Adams & Ding, 2011). Se ha observado que, la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Además es la causa principal de, aproximadamente, un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica (OMS, 2014).

La "actividad física" no debe confundirse con el "ejercicio", éste es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo

relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física. La actividad física abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas.

Es necesario comprender que existe diferencia entre sedentarismo y la actividad física, el sedentarismo se define como cualquier actividad que no implique estar de pie, y por lo tanto incluye el tiempo que una persona permanece sentada y/o acostada, mientras que la baja actividad física se refiere al no cumplimiento de la recomendación internacional de 150 minutos por semana de actividad física de moderada a vigorosa (Crespo, Escutia de Dominguez, Salvo & Arredondo, 2012).

Sin embargo, el estilo de vida en los últimos años se ha modificado de manera vertiginosa; la escasa o nula actividad física en los niños ha generado un nivel de sedentarismo alarmante; estudios reportan que algunas de las principales barreras para realizar actividad física se debe al pobre o escaso mantenimiento a los parques, la limpieza, falta de aceras en las calles y que algunas calles son destinadas sólo para los automóviles (Sallis, Adams, & Ding, 2011), se ha encontrado asociación entre la estética de las calles y la caminata recreacional (Carnegie, Bauman, Marshall, Mohsin, Westley-Wise & Boot, 2002). Por otro lado, el equipamiento de los parques (canchas de baloncesto, fútbol, albercas, etc.) está asociado con la realización de más actividad física y el gasto de energía comparado con áreas no equipadas, es decir, un ambiente social favorable está relacionado positivamente para propiciar actividad física y negativamente con la obesidad

(Floyd, Spengler, Maddock, Gobster & Suau, 2008; Franzini et al., 2009). Algunos padres consideran que viven en lugares o vecindarios poco seguros son los que preifieren que sus hijos vean más tiempo televisión (Burdette & Whitaker, 2005). Las personas que viven en barrios con un diseño tradicional o transitable son más activos físicamente que los que viven en 'suburbios' o barrios (Saelens, Sallis & Frank, 2003).

TV y actividad física

Por otro lado, también se ha encontrado relación entre la actividad física, el uso desmesurado de la televisión y el incremento en los índices de sobrepeso y obesidad. (Dorsey, Mauldon, Magraw, Yu, & Krumholz, 2010; Mendoza y Barroso, 2011) mencionan que se debe principalmente a dos factores: a) displacer a la actividad física, ver la televisión involucra estar sentado y no requiere ser físicamente activo; b) la ingesta de calorías se incrementa mientras se está observando la televisión o se está siendo influenciado por comerciales para, después comprar alimentos con alto contenido calórico. Se han analizado los spots de la alimentación en la televisión destinados a los niños y se ha encontrado que los productos estaban conformados principalmente por cereales, seguidos de productos de tipo bollería como McDonalds y Burger King (González, 2008; Zimmerman & Bell, 2010).

La exposición frente a la televisión en niños de edad preescolar puede propiciar un decremento en la participación durante el horario de clases, bajo rendimiento académico, disminución en las horas de sueño (Busto, Amigo & Herrero, 2008; Chaput, Visby, Nyby, Klingenberg, Gregersen, Tremblay, Astrup, &

Sjödin, 2011), dentro de las actividades extraescolares ver la televisión ocupa el primer lugar, seguido del uso de la computadora, ejercicio físico, baile, deportes en equipo y, en último lugar, la lectura. Cabe destacar que el 96% ve la televisión al menos media hora a la semana, 52% entre 1 y 5 horas y el 14% al menos 6 horas (Rubia, 2011).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares de México en los censos realizados en los años 2000, 2005 y 2012 ha habido un incremento en el uso de televisión en especial el Estado de México, el Distrito Federal y Veracruz. Los niños superan el tiempo recomendado frente a la televisión (2 horas al día) en especial los niños con sobrepeso y obesidad (Larowe, Adams, Jobe, Cronin, Vannatter & Prince, 2010). En México, cada año, un niño mexicano ve en la televisión al menos 6 mil 840 anuncios de alimentos y bebidas de acuerdo con la Secretaría de Salud. Por ende, la exposición que tienen los niños a la publicidad y alimentos influye en sus hábitos alimentarios y en los altos niveles de sobrepeso según datos reportados en la Encuesta de Salud en Estudiantes de Escuelas Públicas en México (ENSEEPM, 2010); de acuerdo con la encuesta, los niños dedican más de 12 horas a la semana frente a la televisión, excediendo hasta dos horas por día (Manios, Kourlaba, Kondaki & Grammatikaki, 2009). Lamentablemente, ante esta situación, los padres manifiestan actitudes positivas hacia el uso de este medio en sus hijos, principalmente, porque los niños se mantienen tranquilos y atentos mientras los padres están ocupados (Barroso, 2011).

Ahora bien, no tenemos que satanizar la televisión como un medio negativo, se han encontrado ventajas y desventajas, dependiendo del tipo de programación

que sea visualizada algunos programas educativos han sido asociadas con mejores resultados educacionales y actitudes raciales (Thakkar, Garrison & Christakis, 2006).

La escasa actividad física, el consumo en exceso de bebidas azucaradas y alimentos con alto contenido energético están sumamente asociados, se han encontrado diferencias en niños con exceso de peso y peso normal siendo los primeros quienes presentan estas características (Larowe, T. L., Adams, Jobe, Cronin, Vannatter & Ronald, 2010; Romero, Campollo, Castro, Cruz, & Vásquez, 2006; Larowe, Adams, Jobe, Cronin, Vannatter & Prince, 2010; Pagani, Fitzpatrick, Barnett & Dubow, 2010).

Lactancia

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente, todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia, así como del sistema de atención de salud. La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más, según la ENSANUT (2012) la lactancia materna exclusiva descendió entre 2006 y 2012, la mediana de duración lactancia de 10.2 meses y 14.4% con lactancia materna exclusiva (LME) en menores de 6 meses. En México, la alimentación complementaria mejoró pero la lactancia se deterioró.

La lactancia, en comparación con la leche de fórmula, está asociada con el incremento de salud durante los siguientes 9 meses, es un medio protector de obesidad, aumenta el desarrollo cognoscitivo de 24 a 54 meses, así como un incremento en el desarrollo motor (Clive & Inas, 2010).

En México, hemos pasado abruptamente por un proceso en el cuál se ha dejado de practicar la lactancia materna hasta los 6 meses de vida y se han modificado las dietas y hábitos alimentarios, todo ello debido al crecimiento económico, urbanización (disminución de las actividades primarias y descenso de la población rural), mayor esperanza de vida, incorporación de la mujer a la fuerza de trabajo, masificación de la producción de alimentos, invención de la refrigeración y conservación industrial de alimentos (enlatado, alto vacío, pasteurización, etc.), abaratamiento de los precios relativos de los alimentos procesados versus los frescos por economías de escala, transporte, conservación y almacenaje (Hernández & Martínez, 2011). Además de otro tipo de factores de carácter social y personal, las madres sienten dolor al amamantar a sus hijos, percepción de leche insuficiente, incomodidad al amamantar en público pues no existen los espacios adecuados para llevar a cabo dicha práctica (Champman & Zubieta, 2011).

La alimentación y su relación con el sobrepeso y la obesidad.

La alimentación, desde la perspectiva de la antropología, es un proceso social que permite al organismo adquirir “las sustancias energéticas, estructurales y catalíticas necesarias para la vida” (De Garine & Vargas, 1997, p. 22). La alimentación constituye una de las múltiples actividades de la vida cotidiana de cualquier grupo social y, por su especificidad y polivalencia, adquiere un lugar

central en la caracterización biológica, psicológica y cultural de la especie humana. Es decir, los alimentos no son exclusivamente para nutrirnos ni la alimentación es un hecho exclusivamente biológico (Contreras & Gracia, 2005). La nutrición determina el estado de salud de la población, siendo indispensable una ingesta adecuada de energía y nutrientes para el crecimiento y desarrollo celular (Bazer, Cudd, Meininger & Spencer, 2004).

La alimentación de los mexicanos ha tenido una transformación trascendental desde la época prehispánica con la llegada de los españoles, quienes trajeron consigo diversas especies y algunos animales que fueron transformando poco a poco hasta lo que hoy consumimos. Seguimos conservando algunos de los alimentos que son considerados la base de nuestra alimentación como lo son el maíz, el frijol y el chile. En contraste, algunos de los platillos no son consumidos actualmente al ser considerados como “alimentos para pobres”, dentro de ellos, están los quelites, quintoniles, berros, verdolagas, entre otros.

Guerrero (1996 en Aguilar, 2008) sostuvo que la dieta de los pobres era lo que los mantenía en el atraso social, decía que: “Las clases inferiores... comen aún poca carne de puerco, mucha es de la expendida sin los requisitos exigidos por el rastro y el consumo se limita a los domingos y días de fiesta. Los huevos jamás entran en el menú del proletario, que consiste en tortillas de maíz en vez de pan de harina, verdolagas, frijoles, nopales, quelites, calabazas, fruta verde o podrida, chicharrón y sobre todo chile en abundancia, como guiso o condimento” p. 4. Este autor criticó el consumo de comida de origen indígena, como los tamales, que calificó como producto de “una repostería popular abominable”, ante lo cual promovió la adopción de la cocina francesa y española.

En los últimos años, la transformación de la alimentación se ha visto afectada con la industrialización de los alimentos, un incremento en el consumo de alimentos denominados comida rápida (fast food) los cuales han generado cambios en los hábitos alimenticios tanto en niños como en adultos.

El consumo frecuente de comida rápida está asociado con el incremento en el IMC (Rosenheck, 2008), estudios reportan que el fácil acceso a restaurantes de comida rápida o la cercanía de los mismos favorece la probabilidad de consumo en este tipo de restaurantes que principalmente predominan en poblaciones de bajos ingresos (Fleischhacker, Evenson, Rodríguez & Ammerman, 2011). En las escuelas estos alimentos propician en los estudiantes un menor consumo de frutas y verduras, así como un incremento en el consumo de refrescos, frituras, propiciando el sobrepeso, en comparación con jóvenes en donde sus escuelas no están cerca de estos establecimientos (Brennan & Carpenter, 2009). En algunas escuelas se vende fruta picada, sin embargo, existe mayor preferencia de los niños por pizzas, chicharrones, helados y dulces, para ellos representa socialmente placer y gusto en este ámbito (Théodore, Bonvencchio, Blanco, & Carreto, 2011).

Nivel socioeconómico

En los países en desarrollo una alta proporción de niños no cuenta con dietas suficientes en cantidad y calidad, lo que ocasiona una alta prevalencia de desnutrición. Concurrentemente, en los últimos años, se ha registrado un incremento en el consumo de alimentos de alta densidad energética y disminución de los niveles de actividad física, provocando un aumento de la obesidad infantil (Busto, Amigo & Herrero, 2008).

La dieta está determinada por diversos factores sociales, económicos y culturales, especialmente, por los recursos económicos disponibles en la familia. Las familias de bajos ingresos destinan una alta proporción del gasto familiar a la adquisición de alimentos, prefiriendo, generalmente, aquellos de mayor contenido energético y menor costo. En tanto familias de mejor posición económica prefieren alimentos más saludables, como frutas, verduras, lácteos, carnes magras y productos bajos en calorías. Dando como resultado problemas relevantes como la desnutrición crónica en localidades rurales (23,9%) y la obesidad en urbanas (10,6%). Los contrastes de la calidad de la dieta y estado de nutrición entre localidades rurales y urbanas reflejan la desigualdad socioeconómica entre grupos sociales y micro regiones (Galvan & Atalah, 2008).

La adquisición de alimentos también está ligada a los gustos y preferencias, y su consumo se hace de acuerdo con determinados patrones culturales o transculturales, además de la edad, socio-economía, geografía y el género (Caine-Bish, 2010). La disponibilidad doméstica de alimentos depende del poder adquisitivo en función del ingreso y de necesidades no alimentarias, de los recursos de conservación, de características del mercado laboral, de si los animales domésticos consumen parte de los alimentos o no, la producción y venta de alimentos cuando se trata de hortícolas, la decisión de adquirir alimentos de acuerdo con las condiciones económicas, costumbres, creencias y, finalmente, a la interacción comprador-mercado (Martínez & Villezca, 2003).

La economía otorga un papel mínimo en la determinación del consumo alimentario a otros factores diferentes al ingreso y la oferta, como son: el desarrollo étnico, los cambios en las estructuras y formas de organización familiar, la

publicidad, ciertas estrategias de la industria alimentaria (diversificación de marcas, tipos de empaque y presentación), los sistemas de distribución (Oseguera, 2001).

Rol de los padres

Los seres humanos manifiestan modos y/o maneras de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos que están fuertemente condicionados por el aprendizaje y las experiencias vividas en los primeros 5 años de vida. Es en la etapa preescolar donde comienza la fijación de los conocimientos, hábitos y actitudes que han venido imitando de su entorno social y principalmente de los padres (Fuillerat, 1996).

Para el caso de los niños, los padres son los responsables de la alimentación, es por ello que las prácticas de alimentación son las que en realidad tienen un efecto directo sobre la vida del niño dado que, son las conductas las que logran su impacto, mientras que el estilo parental solamente actúa como moderador del vínculo entre lo que los padres actúan y lo que un niño desarrolla en consecuencia (Brenner & Fox, 1999 en Navarro, 2006).

En niños pequeños se han identificado características de la madre (edad, grado de escolaridad, número de hijos, tipo de actividad, entre otros), determinan el tipo de alimentos consumidos y la calidad de alimentos establecidos en la dieta (Lipps & Krahnstoeber, 2001).

Es por ello, que se destaca la importancia de la mujer en torno a la alimentación, son el centro de atención de gran parte de los estudios y programas aplicados de nutrición y alimentación en México, en tanto que se consideran uno de

los componentes fundamentales de la salud infantil, su función en la reproducción durante el embarazo y la lactancia, el intensivo cuidado de los hijos (reproducción social) y la una mala alimentación. Pérez Gil-Romo y Urdanivia (2007) consideran que la población femenina es uno de los grupos con mayor riesgo dado que, la identidad femenina centrada en la maternidad se define como un “ser para otros”, lo cual llega a tener implicaciones en la autoestima, la valoración social y la capacidad para tomar decisiones y actuar en su propio cuerpo, vida, salud e incluida su alimentación.

Por ende, las funciones de los padres respecto a la alimentación es distinto e importante; la madre es la protagonista del buen comer en una casa, con lo que significa cariño, cuidado y apoyo en el crecimiento global en cada uno de sus componentes. El papel del padre en la alimentación es más concreto: apoya, refuerza, respalda, acompaña y sustituye. La función de la madre en cuanto a la alimentación dura toda la vida, pues será ella quien transmita acogimiento, cuidado, protección muchas veces a través de la comida (Juez, 2007; Foster & Gerould, 2004).

Es por ello que, la dieta de los niños está relacionada con la de sus madres, debido a que son ellas quienes presentan la comida y eligen las formas de consumo de sus hijos, establecen los patrones a seguir e inducen la conformación de los hábitos alimentarios desde que sus hijos son pequeños, por lo que después es difícil modificarlos (Longbottom, Wrieden & Pine, 2002).

Peso de los padres

Estudios epidemiológicos demuestran una fuerte asociación entre obesidad materna e infantil, datos experimentales recientes sugieren que una predisposición a la ganancia de peso podría ser influenciada por experiencias prenatales, como manipulación en la nutrición materna podrían resultar en permanentes efectos programados sobre los hijos, incluyendo cambios en la regulación del apetito y balance de energía en la vida postnatal. Las influencias del desarrollo sobre la obesidad en los niños quienes han nacido de madres obesas es en parte la consecuencia, a largo plazo, de los efectos de la obesidad materna en calidad durante la vida fetal (Robinson, 2011).

Por otro lado, el tipo de alimentación está asociada con el IMC de padres e hijos, se han reportado diferencias en el consumo de alimentos como frutas y verduras entre niños y sus padres con peso normal y sobrepeso. Los niños de peso normal consumen con más frecuencia frutas y verduras que los niños con sobrepeso. De igual manera las madres con un hijo con sobrepeso consumen con menor frecuencia frutas y verduras (Vanhala, Laitinen, Kaikkonen, Keina & Korpelainen, 2010).

Mientras tanto, se sabe que niños de familias obesas suelen sobrealimentarse en respuesta a indicadores emocionales. Jahnke y Warschburger (2008) mencionan que la trasmisión familiar de conductas de alimentación están relacionadas con el peso, como un factor esencial para el inicio de la obesidad, consideran que conductas externas de alimentación como: la sensibilidad a la

comida, velocidad al comer esta asociada con la alimentación emocional en relación con personas con peso normal.

Prácticas Parentales de Alimentación

Como lo mencionamos con anterioridad, los padres tienen un papel relevante en la alimentación de sus hijos, las prácticas de alimentación tienen un efecto directo sobre la vida del niño y son ellos quienes tienen influencia en los hábitos de alimentación de los hijos además de otros factores claro está. En el momento de que sus hijos consumen los alimentos esta influencia puede ser favorable o dificultar el desarrollo de una alimentación saludable y los patrones de crecimiento (Foster & Gerould, 2004; Juez, 2005; Wardle & Carnell, 2007).

Los padres no tienen un estilo de crianza consistente en sus hijos, es por ello que, las prácticas de alimentación son distintas entre los padres, de acuerdo a las etapas del desarrollo y entre los hijos de una misma familia, lo cual también depende de la edad del niño, sexo, conducta alimentaria y el peso. Los autores sostienen que los padres tienen la tendencia a ejercer mayor control sobre la alimentación de los hijos, cuando están preocupados por el desarrollo del hijo, debido a que: (1) están muy involucrados en la salud, bienestar físico o peso del hijo, (2) perciben que el hijo está en riesgo de desarrollar problemas de alimentación y/o peso basados en la historia familiar u otros factores de riesgo percibidos y (3) no creen que el hijo sea capaz de auto controlar su alimentación (Birch et al., 2001). Sin embargo, algunos estudios reportan que dependiendo de la psicopatología de los padres, en especial la madre, va a realizar o llevar a cabo un tipo de práctica de alimentación que más

adelante detallaremos (Keller, Pietrobelli, Johnson, & Faith, 2006; Mitchell, Brennan, Hayes & Miles, 2009).

Las prácticas de alimentación son parte de una cultura y tradición, varían dependiendo del grupo y características del lugar, la disponibilidad de los alimentos, aceptación o rechazo por parte de los niños y de las creencias en relación que se tenga hacia ciertos alimentos, intentar cambiar estas prácticas requeriría de tiempo, el cambio de creencias, actitudes y que éste se perciba como una amenaza para la salud (Birch, 2006).

En la Tabla 1, se describen las principales prácticas parentales de alimentación (Ventura, Gromis & Lohse, 2010). Como podemos observar se destacan algunas prácticas de alimentación que los padres realizan, las prácticas de control las cuales están conformadas por la presión para comer (que se caracteriza por que el niño se termine todo lo que tiene en su plato) y la práctica denominada restricción de alimentos ya sea abierta (los niños son conscientes que están prohibidos ciertos alimentos) o encubierta (esta restricción no está establecida en la casa o familia, pero los padres no llevan a casa cualquier tipo de alimento denominado “chatarra”), la manipulación que consiste en utilizar los alimentos como recompensa o castigo; el modelamiento que consiste en que los padres realizan la misma acción como modelos (es decir, los padres consumen lo que les gustaría que sus hijos comieran, generalmente utilizan las verduras o alimentos que consideran ayudará a su desarrollo). La siguiente práctica en donde se cambian y/o modifican alimentos, consiste en que los padres de alguna manera “engañan” a sus hijos, insertando alimentos no deseados dentro de los platillos favoritos, o simplemente

añadiendo algún tipo de aderezo que propicie el interés de los niños para su consumo. La sustitución es la práctica en donde los padres ofrecen el cambio de alimento de uno considerado “no saludable” por otro “saludable”. Y por último, tenemos a la que los padres ejercen total ignorancia en relación a la alimentación de sus hijos, es decir, los padres proporcionan los alimentos que sus hijos les piden, no fomentan el consumo de un alimento nuevo.

Tabla 1.
Principales prácticas de alimentación

Control	Presión / estímulo para comer	-Se busca que el niño se termine lo que tiene en su plato -Negociaciones(regateo) con el niño. -Persuasión para que el niño termine ciertos alimentos
	Restricción	-Uso de restricción abierta/encubierta
Manipulación		-Usa la comida como recompensa -Ofrecer recompensas al comer -Imponer castigos al no comer
Modelamiento		-Muestras de consumo por parte de los padres con aceptación.
Sustitución	Cambiando y modificando alimentos	-Añadir azúcar, mantequilla y salsas -Mezclas de alimentos no deseados con un alimento preferido -Ocultar alimentos dentro de un alimento preferido -Ofrecer alimentos en diversas formas -Ofrecer un alimento “mas saludable” cuando el niño pide uno “menos saludable”
Evitar problemas		-Dar lo que los niños demandan -No desalentar hacia algún alimento -No presentar o fomentar algún alimento nuevo

Fuente: (Ventura, Gromis & Lohse, 2010).

La restricción como práctica de alimentación se utiliza para desalentar el consumo de alimentos indeseables (botanas, helados, etc.). La estrategia consiste en no comprar tales alimentos, el cual incluye no llevar al niño a establecimientos

de comida rápida. Algunos alimentos solo son reservados para ocasiones especiales como los fines de semana (Moor, Tapper & Murphy, 2007; Haycraft & Blissett, 2011).

El uso de prácticas de control encubierto de la alimentación han sido vinculadas con el consumo de pocos aperitivos o botanas no saludables y altos niveles de consumo de frutas y verduras, niveles más bajos de neofobia a la comida en niños, mientras que, el control abierto ha sido vinculado con el consumo de más aperitivos saludables y el incremento en el consumo de frutas y verduras en niño (Brown et al., 2008; Ogden, 2005).

Sin embargo, el uso de prácticas de control en la alimentación materna es mayor cuando hay un incremento significativo del IMC en las niñas. Son las madres quienes establecen mayor control en la alimentación dependiendo del estatus de peso en los niños basandose en la percepción del peso del niño (Rhee et al., 2009).

La preocupación por el peso en los niños dependiendo del género representan cierta sensibilidad de los valores sociales, donde las mujeres tienen mayor aceptación siendo delgadas no importando para el caso de los hombres, ellos tienen mayor ventaja una ventaja física y social siendo mas grandes físicamente y con mayor masa magra. La fuerte respuesta en la ganancia de peso en mujeres podría ser también el resultado de factores personales que limitan el gusto por la dieta o históricamente trastornos alimentarios que son a menudo protectores sobre el mismo sexo del niño y están fuertemente correlacionados con monitoreo y la restricción en la alimentación de las hijas (Rhee et al., 2009).

Cabe destacar la importancia que tiene la preocupación de los padres por el peso del niño, ya que, en ocasiones, se asocia con la implementación de prácticas restrictivas de alimentación; es decir, cuando los padres restringen el consumo de ciertos alimentos ya sea de manera abierta o encubierta limitando la ingesta de alimentos indeseables o denominados “alimentos chatarra”. Es decir, la preocupación que tienen los padres acerca del sobrepeso del niño se asocia con prácticas restrictivas de alimentación, mientras que la presión para comer tiene relación con la preocupación del bajo peso del niño (Gregory, 2010).

Otro factor que destaca por su importancia es el IMC de los padres, se ha encontrado que los padres mayor IMC, incrementan la probabilidad en el uso de prácticas restrictivas de alimentación. A mayor IMC de los padres mayor uso de prácticas restrictivas de alimentación en sus hijos (Gray, Janicke, Wistedt & Dumont-Driscoll, 2010).

La restricción podría no estar asociada con el disfrute de alimentos para los padres, están satisfechos si sus hijos disfrutan comer, y por lo tanto no es probable que restrinjan la ingesta de sus niños que aquellos que disfrutan menos los alimentos. En contraste, los niños que no disfrutan de comer podrían ser percibidos que “necesitan” un poco de presión para lograr los objetivos de la madre para la ingesta energética adecuada (Webber, Cooke, Hill, & Wardle, 2010).

Para la práctica modelamiento es utilizado por es utilizado por las madres para fomentar el consumo de alimentos comunes o habituales, así como, la introducción de alimentos nuevos aunque la estrategia más utilizada es que la

madre o el padre coman con el niño (Moor, Tapper & Murphy, 2007; Ventura, Gromis & Lohse, 2011). La persuasión se utiliza, comúnmente, para decirles a los niños “que los dientes tendrán alguna consecuencia si ellos comen pocos alimentos”, así como la negociación; acordar un sustituto saludable por un alimento indeseable o realizar actividades relacionadas con la comida como cocinar. La recompensa es utilizada para fomentar y desalentar el consumo de alimentos pero no para la introducción de nuevos. La recompensa es contingente al terminar la comida pero, ocasionalmente, al comer justo un poco de esto, por ejemplo, postres o actividades valoradas. La estrategia de exposición repetida es usada para introducir alimentos nuevos y, ocasionalmente, para fomentar el consumo de alimentos no preferidos (Ventura, Gromis & Lohse, 2011). Padres quienes reportan un alto grado de control en el niño (padres que ejercen control en relación a las conductas de alimentación en sus hijos) lamentablemente sus conductas son opuestas tomando prácticas más permisivas y hasta negligentes, dejando a sus hijos con una alimentación poco saludable (Melbye, Elisaberh, Ogaard, & Overby, 2013).

Percepción del peso

La percepción del peso en los niños ha sido un factor que en últimos estudios ha mostrado gran relevancia, podría considerarse el medio para que las madres decidan cómo alimentarán a sus hijos; sin embargo, se ha encontrado que en ocasiones no es percibido por parte de las madres, principalmente en niños más pequeños como preescolares (Baughcum, Chamberlin, Deeks, Powers & Whitaker, 2000). En estudios del 6% de los padres que consideraban que sus hijos tenían sobrepeso, el 17.5% tenían sobrepeso y 15% con bajo peso (Garrett-Wright, 2010).

Las madres con mayor edad y más peso tienen una mejor percepción del IMC de los niños y son quienes monitorean el consumo de grasas en sus hijos (Keller, Pietrobelli, Johnson, & Faith, 2006).

Por otro lado, se ha encontrado que respecto a su propio peso más del 90% de las madres se percibieron con sobrepeso u obesidad pero no lograron percibir el de sus hijos, en especial, las madres con nivel educativo inferior (Baughcum, Chamberlin, Deeks, Powers & Whitaker, 2000). Los padres que tienen altos niveles de conocimientos saludables podrían tener una percepción más acertada del peso de sus hijos. La preocupación por el peso del niño fue analizada como un predictor potencial en la exactitud de las percepciones de los padres del peso corporal de sus hijos (Garrett-Wright; 2010).

Factores psicológicos, prácticas de alimentación y estilos de alimentación

Otros estudios examinan la relación entre factores psicológicos (depresión, ansiedad, satisfacción paterna, estrés) con prácticas de alimentación paternas y los estilos de crianza en la alimentación, de los cuales, se ha encontrado que el estilo de alimentación autoritario está asociado con ansiedad, estrés y depresión de los padres y correlaciones negativas con satisfacción en la paternidad. El estilo de alimentación autorizante correlacionó positivamente con eficacia en la paternidad. La restricción tiene asociación con depresión, ansiedad y estrés. La presión para comer tienen una relación positiva con depresión paterna, ansiedad y estrés; una

relación negativa con la satisfacción hacia la paternidad (Mitchell, Brennan, Hayes & Miles, 2009).

En otros estudios que involucran salud mental materna y dificultades en la interacción en la comida con sus hijos se ha encontrado que síntomas de ansiedad y depresión de la madre predicen comportamientos de rechazo en la comida con los niños, en comparación con las niñas. La bulimia materna y síntomas de depresión predicen rechazo en la comida en las niñas (Meyer & Haycraft, 2007; Haycraft, & Blissett, 2008).

Los síntomas de ansiedad que han sido previamente encontrados para ser asociados con más prácticas de alimentación de control en la infancia, y recientes estudios longitudinales han demostrado que la sintomatología de la ansiedad durante el embarazo puede predecir el uso de prácticas de alimentación de control durante los primeros años de vida en la infancia; la ansiedad materna puede dificultar la alimentación del niño y prevenir problemas de forma apropiada a la solución cuando se presenta a los desafíos comunes de alimentación.

De acuerdo a lo anterior, disminuir la prevalencia del sobrepeso y la obesidad infantil no solo se requiere de programas de intervención enfocados a un mayor incremento en la actividad física (Harris, Kuramoto & Schulzer, 2009), se sugiere un mayor conocimiento en el ámbito de las prácticas parentales de alimentación así como un enfoque más amplio en cuestión a los factores psicosociales que se ven involucrados en el tema de la obesidad infantil.

Cabe destacar la importancia de cómo factores psicosociales influyen en el tipo de prácticas de alimentación que los padres utilizan en sus hijos, independientemente del IMC de padres como de sus hijos. En un estudio realizado por Blissett, Meyer y Haycraft (2006) reportaron que, el uso de restricción materna con sus hijas correlacionó significativamente con puntajes de bulimia materna. El uso de restricción y presión para comer correlacionó positivamente con el IMC de los hijos, es decir, mayor restricción en el contexto de mayor IMC, y mayor presión en el contexto de bajo IMC (Keller, Pietrobelli, Johnson, & Faith, 2006).

Preferencias alimentarias

Las preferencias alimentarias se refieren a la selección de un alimento u otro, principales factores que influyen en la elección de un alimento son: 1) los biológicos tales como el hambre, el apetito y el gusto; 2) los económicos tales como el costo, los ingresos y la accesibilidad a los diferentes tipos de alimentos; 3) los sociales tales como la cultura, la religión, la familia, los iguales, los estilos de vida (patrones de comidas, ritmos temporales); 4) los que se derivan del tipo y grado de conocimientos y/o habilidades relativas a los alimentos en general y a la cocina en particular; 5) los psicológicos, circunstancias como el humor y la culpa o más permanentes como el carácter o el estrés; y 6) las actitudes, creencias, valores y conocimientos en general (tolerancia/intolerancia, individualismo/familismo, convencionalismo/informalismo, papel otorgado a la ciencia y/o a la religión, etc.) y las actitudes, creencias, valores y conocimientos relativos a la alimentación en particular (valor de la comensalidad, conocimientos nutricionales o dietéticos, etc.) (Contreras & Gracia, 2004). Sin embargo, las preferencias alimentarias se aprenden

a través de la experiencia con la comida y los alimentos en los primeros años de vida. Los niños empiezan a asimilar y a mimetizar las selecciones de alimentos de sus cuidadores de manera muy temprana, incluso antes de ser capaces de apreciar las implicaciones de dichas selecciones (Sutherland et al., 2008).

Por otro lado, una de las teorías más aceptadas de manera errónea respecto a la etiología de las preferencias alimentarias es que las preferencias son reflejos innatos por la necesidad del cuerpo hacia los nutrientes, la teoría de la “sabiduría del cuerpo” (Birch, 1999). Por otro lado, se ha reportado que algunos padres consideran que los niños prefieren ciertos alimentos dependiendo de sus características (si es blando, dulce, salado ó amargo), si son fáciles de comer ó porque no son presentados de manera agradable en el plato.

Desafortunadamente, el fácil acceso a los alimentos hipercalóricos, ricos en azúcar, grasa y sal, fomentan que las preferencias de alimentos sean incompatibles con la selección de alimentos saludables que promueven a evitar el aumento del exceso de peso.

Esto es particularmente relevante si se tiene en cuenta que en la etapa infantil se incorporan la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias. Así, tanto las preferencias como aversiones hacia determinados alimentos están fuertemente condicionadas por el contexto familiar (Domínguez-Vásquez et al., 2008).

Sin embargo, la literatura actual brinda mucha evidencia relativa a que los primeros cinco años de vida constituyen un período importante en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad. En relación a opciones tempranas de alimentación, tanto

la decisión de alimentar al niño con leche materna o fórmulas para bebés, como el momento para introducir alimentación sólida parecen tener un impacto en el peso posterior. El modelo que los padres muestren respecto de la alimentación, junto con la exposición reiterada de los niños a alimentos saludables, la orientación y la restricción, también juegan un papel clave en la ayuda que se otorga a los niños para que desarrollen preferencias alimentarias saludables y la autorregulación de la ingesta (Ventura, Savage, May & Birch, 2010). Las preferencias alimentarias de los padres están asociadas con las de los niños. Estudios reportan que el estrato social influye en la preferencia de los alimentos en los niños, los padres de niños de escuelas públicas ejercen mayor influencia sobre los hábitos de alimentación de sus hijos que los padres de niños de las escuelas privadas (López et al., 2007). Es por ello que las experiencias alimentarias durante los cinco primeros años de vida, es decir, la presión de los padres para que los niños consuman ciertos alimentos, puede reducirles las preferencias por la comida; en tanto que la restricción de la ingesta de otros alimentos, puede reforzar un sobre consumo cuando acceden a ellos, aumentando el riesgo de sobrepeso infantil (Webber, Cooke, Hill, & Wardle, 2010). Otros estudios reportan que los métodos de preparación influyen en el gusto por las verduras, es decir, que está influenciado por una mezcla compleja de una apariencia uniforme, texturas fácilmente controlables y un sabor típico, y el gusto de vegetales en la familia. Las verduras crujientes como el pepino, la zanahoria y los tomates son preferidos por lo regular, las legumbres, hortalizas o los denominados resbaladizos y fangosos, como setas y espárragos, son a menudo rechazadas por los niños (Gertrude, Zeinstra, Koelen, Kok & De Graaf, 2010). La aceptación de los alimentos para niños pequeños es promovido por las influencias sociales

específicas, es decir, los niños son más propensos a comer alimentos nuevos si los demás están comiendo el mismo tipo de alimentos que cuando los demás no están presentes o comen otro tipo de los alimentos (Addessia, Gallowayb, Visalberghic& Birch, 2005).

Planes de acción

La prevalencia en aumento de la obesidad infantil ha dado lugar a una respuesta significativa de las políticas por parte de muchos países y gobiernos en todo el mundo. A nivel mundial la Organización Mundial de la Salud (OMS), adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2004, implementó la Estrategia mundial de la OMS sobre el régimen alimentario, actividad física y salud en donde expone las medidas necesarias para apoyar una alimentación saludable y actividad física periódica. La estrategia exhorta a todas las partes interesadas a adoptar medidas en los planos mundial, regional y local para mejorar los regímenes de alimentación y actividad física entre la población.

La OMS ha establecido el *Plan de Acción 2008-2013 de la Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles* con el objeto de ayudar a los millones de personas que ya están afectados por estas enfermedades que duran toda la vida, a enfrentarlas y prevenir las complicaciones secundarias. El Plan de acción se basa en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y la Estrategia mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud, y proporciona una hoja de ruta para establecer y fortalecer iniciativas de vigilancia, prevención y tratamiento de las enfermedades no transmisibles (OMS, 2008).

En México, el 25 de enero del 2010 se creó el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA), estrategia contra el sobrepeso y la obesidad el cual fungió hasta el 2012 para revertir el problema con los siguientes objetivos: a) En niños de 2 a 5 años, revertir el crecimiento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad a menos de lo existente en 2006; b) En la población de 5 a 19 años, detener el avance en la prevalencia del sobrepeso y obesidad; c) En la población adulta, desacelerar el crecimiento de la prevalencia del sobrepeso y obesidad.

En la Tabla 2 se muestran los 10 puntos prioritarios que se estipularon del ANSA.

Tabla 2.
Puntos prioritarios del ANSA.

ACUERDO NACIONAL PARA LA SALUD ALIMENTARIA

1. Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social.
2. Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable.
3. Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas.
4. Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo.
5. Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud.
6. Promover y proteger la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, y favorecer una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad.
7. Disminuir el consumo de azúcares y otros edulcorantes calóricos añadidos en los alimentos, entre otros aumentando la disponibilidad y accesibilidad de alimentos reducidos o sin edulcorantes calóricos añadidos.
8. Disminuir el consumo diario de grasas saturadas en la dieta y reducir al mínimo las grasas trans de origen industrial.
9. Orientar a la población sobre el control de tamaños de porción recomendables en la preparación casera de alimentos, poniendo accesibles y a su disposición alimentos procesados que se lo

permitan, e incluyendo en restaurantes y expendios de alimentos, tamaños de porciones reducidas

10. Disminuir el consumo diario de sodio, reduciendo la cantidad de sodio adicionado y aumentando la disponibilidad y accesibilidad de productos de bajo contenido o sin sodio

Los puntos establecidos por el ANSA pueden ayudar a disminuir los índices de prevalencia del sobrepeso y obesidad en niños así como en adultos; sin embargo, de estos puntos no se mencionan cuales son las estrategias o prácticas parentales convenientes, que pueden influir en la disminución de esta problemática tan compleja como lo es la obesidad infantil.

Desde el 2011, la Secretaría de Educación Pública (SEP) incorporó el tema de la obesidad de manera explícita en el libro de Ciencias Naturales de quinto grado que fue distribuido en forma gratuita, en el libro se destaca la importancia de evitar consumir golosinas y frituras en cantidades exageradas, señala el primer capítulo del libro titulado ¿Cómo mantener la salud?, expone que la obesidad se puede prevenir, mediante una dieta balanceada y con 30 minutos de ejercicios al día, así como buen uso y entendimiento del Plato del Buen Comer (Del Valle, 2010).

En el municipio de Comalcalco, Tabasco en Septiembre de 2011, se entregaron las primeras loncheras y menú escolar saludable, la Secretaría de Salud (SSA) reforzó el Acuerdo Estatal Alimentario en la entidad, para mejorar la salud de los niños tabasqueños. Se entregaron 420 paquetes de recetarios para el lunch escolar saludable, que fueron repartidos en una primera fase a las madres de familia, para que en la población escolar disminuyan los factores que causan obesidad, ya que, en la entidad 3 de cada 10 escolares están por arriba de su peso. Los *lunch* saludables no sustituyen los desayunos o comidas que los niños deben

ingerir, son una pequeña colación necesaria en la población estudiantil, ya que los niños, en actividad constante, necesitan obtener energía durante todo el día, por ello, la clave está en proporcionarles alimentos nutritivos y que a su vez les gusten (Pérez, 2011).

Las iniciativas gubernamentales, en algunos países, han financiado programas de actividades extraescolares, la retirada de las máquinas expendedoras de las escuelas y estrategias para reemplazar las bebidas endulzadas por mayor acceso al agua, la rotulación nutricional de los productos alimenticios, sistemas de autobús escolar a pie, la modificación de los sistemas escolares de almuerzo, hasta el transporte activo. Las respuestas de la industria varían desde cambios en la oferta de comidas rápidas hacia una mayor cantidad de frutas y verduras en los menús, hasta un gran número de programas comerciales de gimnasia dirigidos a las aparentes necesidades de los niños (Summerbell, Waters, Edmunds, Kelly, Brown & Campbell, 2008).

En relación a la estrategias de intervención que se están realizando se caracterizan por evaluar su eficacia mediante el uso de dietas, actividad física o cambio de estilo de vida y apoyo social, las cuales han mostrado mayor mejoría en niñas que en niños (Summerbell, et al, 2008).

Por lo tanto, se han propuesto diversas estrategias enfocadas en la alimentación y actividad física principalmente, con un solo objetivo prevenir o disminuir el sobrepeso y la obesidad; sin embargo, en el caso de la población infantil, específicamente del niño en edad preescolar, quien aún depende de la alimentación que le proporcionan los padres y dado que ellos son los que deciden que alimentos consumirán, se requiere de estrategias que particularmente vayan

dirigidas a los padres. Lamentablemente también se ha encontrado (Navarro, 2006) que las madres tienen conocimiento del tipo de alimentos que deben proporcionar a sus hijos dadas las características, sin embargo no lo llevan a cabo. Esto se puede deber a múltiples factores, quizá el tiempo que requieren en la preparación, factores económicos; sin embargo, las creencias y las actitudes han resultado ser relevantes en la prevención de la obesidad, así como en el tipo de prácticas parentales de alimentación.

De acuerdo a lo anterior, en esta investigación el tema de las creencias y actitudes representa gran relevancia para la predicción del IMC. A continuación, se darán algunas definiciones de los conceptos anteriores y se mostrarán estudios que se han realizado con estas variables en relación a la obesidad, el peso y la alimentación. También se detallarán algunos puntos de vista teóricos que se han estudiado en relación a la obesidad.

Teorías y/o modelos utilizados en relación a la obesidad

Hay diversas teorías y modelos que intentan explicar las conductas relacionadas con las enfermedades así como para aquellos comportamientos relacionados con la prevención. Éstos se han denominado modelos de comportamientos de salud y hacen referencia a ciertos factores cognoscitivos determinantes en las conductas de salud y en la alimentación como el modelo de creencias acerca de la salud (Becker, 1974; 1990; Rosenstock, 1990), el de la teoría de la acción razonada (Fishbein & Ajzen, 1975), la teoría de la cognición social (Bandura, 1986), el modelo transteórico (DiClemente & Prochaska, 1983), el Modelo

Integral sobre Conductas de Riesgo y Conductas Saludables (González-González, Reidl, Andrade, Betancourt, Palacios & Xicotencatl, 2010) el cual se basa en el Modelo de Fishbein & Ajzen en 2003.

A continuación se explican los modelos teóricos que se han utilizado en relación al sobrepeso y la alimentación.

- a) Modelo de Creencias acerca de la Salud (MCS): El MCS (Becker, 1974) se propuso para explicar y predecir el comportamiento preventivo en salud, considerando éste, como el resultado de una función interactiva de las creencias que las personas tienen. Más tarde su aplicación se extendió a las respuestas de las personas diagnosticadas, con énfasis en la adhesión a tratamientos médicos.

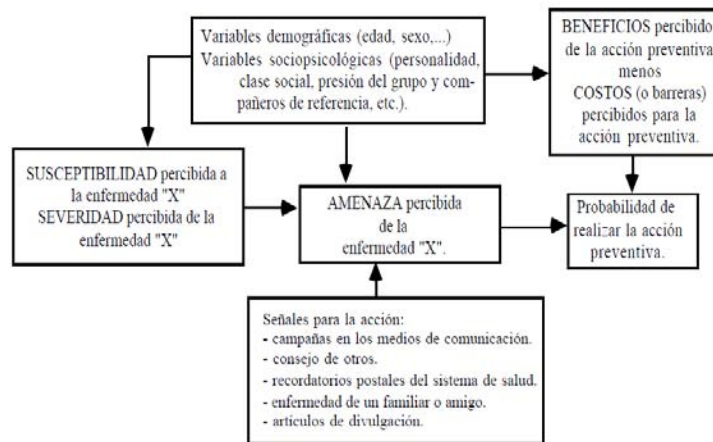


Figura 3. Modelo de Creencias acerca de la Salud (Becker, 1974)

- b) Para la Teoría de la Acción Razonada de Ajzen y Fishbein (1980) lo que determina la conducta es la intención de la persona a ejecutar esa conducta. Esta intención está determinada por la evaluación positiva o negativa que realiza la persona de los resultados de la conducta y por la norma subjetiva,

creencias de la creencia de lo que los otros significativos esperan que haga la persona y la motivación para cumplir estas expectativas.

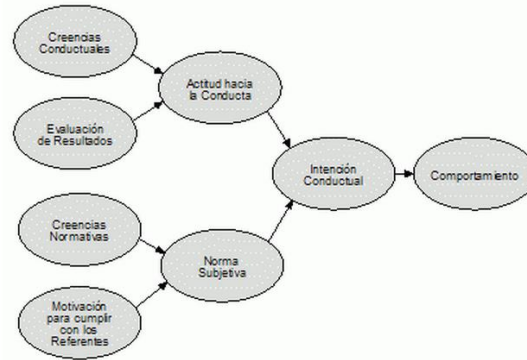


Figura 4. Modelo de la Teoría de la Acción Razonada

c) La Teoría de la Acción Planificada de Azjen & Madden (1986) introduce una nueva variable del modelo anterior, el control percibido sobre la conducta, la percepción del control personal.

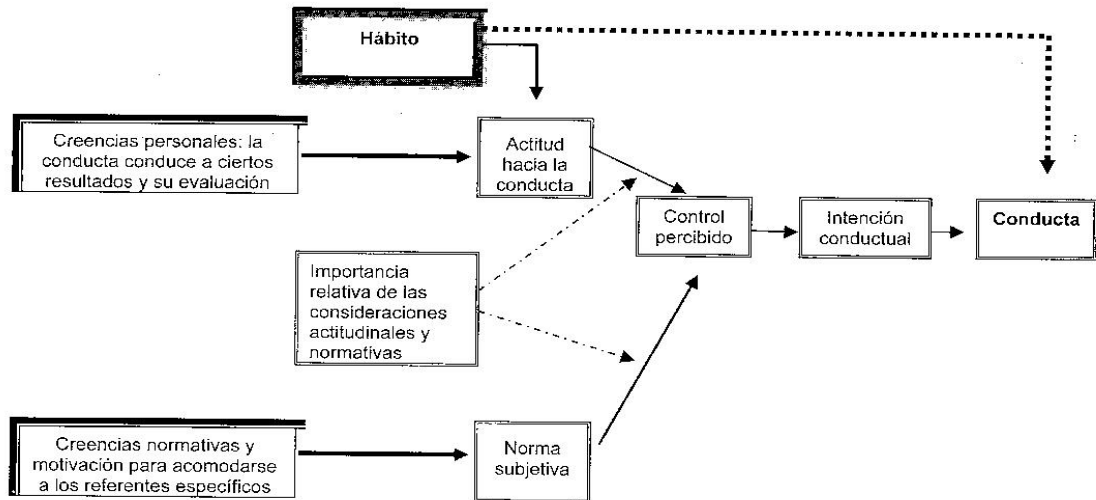


Figura 5. Modelo de la Teoría de la Acción Planificada de Azjen & Madden (1986)

d) La Teoría de la Autoeficacia de Bandura (1982) postula que, la conducta está determinada tanto por las creencias acerca de los resultados que conlleva esa conducta (expectativas de resultado), como por la creencia de la

capacidad de la persona para llevar a cabo dicha conducta (expectativa de eficacia).

- e) La Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1982) que describe la influencia que tiene la observación de las conductas de otras personas en el comportamiento propio y, a veces, se denomina “modelado” o “aprendizaje observacional”.
- f) La Teoría Social Cognoscitiva de Bandura (1986) quien señala que existen dos factores importantes que determinan la probabilidad de que alguien adopte conductas protectoras de su salud: la persona debe creer que los resultados positivos (benéficos) de ejecutar la conducta sobrepasan los resultados negativos (costos) y debe tener un sentimiento de “agencia” o auto eficacia relacionado con la ejecución de la conducta; es decir, la persona debe creer que puede realizar la conducta benéfica para su salud aún frente a circunstancias o barreras que le dificulten llevarla a cabo.
- g) El Modelo Integral sobre Conductas de Riesgo y Conductas Saludables, (González-González et al., 2010) proviene del área de investigación de modificación de conducta y cambio de actitudes originalmente desarrollado por Fishbein & Azjen (1975) y con subsiguientes modificaciones. Este modelo incluye variables como: Cultura, Actitudes hacia las conductas, Manejo de la tristeza y el enojo, las Creencias conductuales y la evaluación de los resultados, las Creencias Normativas y Motivación para cumplir, Normas sociales y familiares, Amigos, Autoestima, Factores del entorno, Intención conductual y Habilidades de autocontrol y los resultados serán cada vez

mejores, al partir de una perspectiva de explicación que incluye las conductas saludable y las de riesgo.

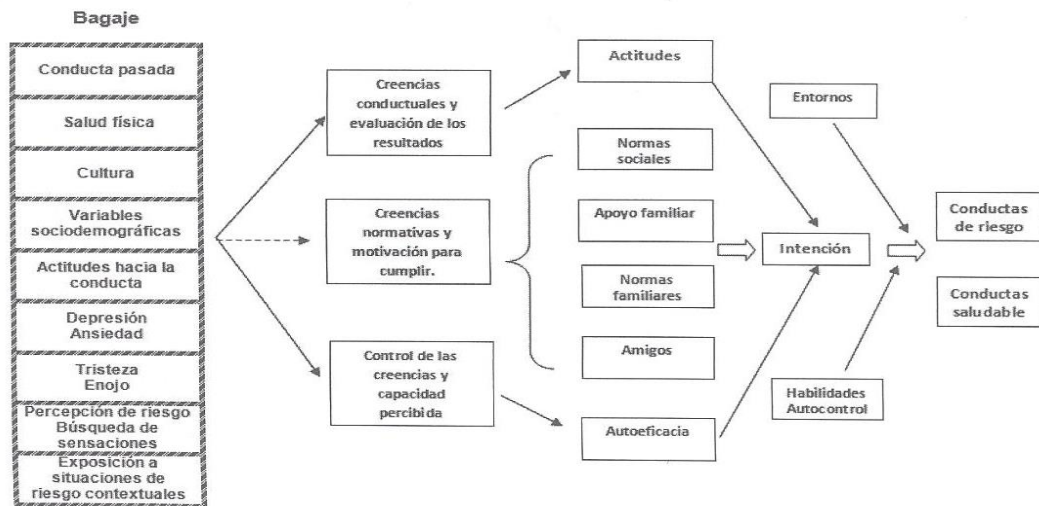


Figura 6. Modelo Integral sobre Conductas de Riesgo y Conductas Saludables (González-González et al., 2010).

h) El modelo de Maziak, Ward y Stockton (2008), quienes destacan la multicausalidad del sobrepeso y la obesidad, el cuál está conformado por influencias individuales-familiares (hermanos, padres), estatus socioeconómico, percepciones y actitudes. En el área escolar las políticas de alimentos y actividad física, equipo para realizar actividad física, vendedores de comida y patrocinadores. La estructura física que refiere a espacios para caminar (libres de tráfico-crimen), accesibilidad a comida rápida, calidad de alimentos y facilidades recreacionales. En el área social se encuentran las regulaciones y políticas de alimentos, planeación urbana y políticas de energía. Todas las anteriores influyen en el consumo y acceso de alimentos, incremento en el tiempo frente a la televisión e incremento del tiempo en el hogar, oportunidad de la disminución de la actividad física y por ende

aumento en la exposición de alimentos. Todo ésto como consecuencia de una inestabilidad energética y riesgo de sobrepeso u obesidad (ver figura 7).

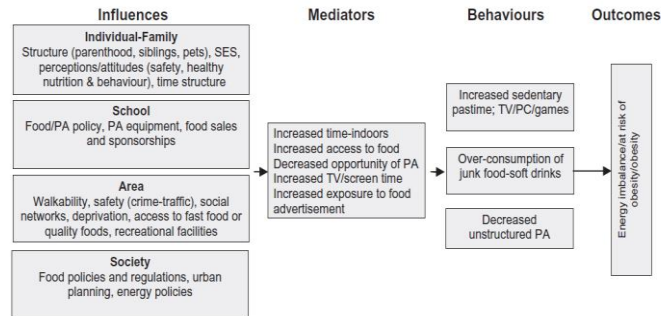


Figura 7. Modelo de Mazziak, Ward & Stockton (2008)

i) Posteriormente, tenemos a Rivera & González-Cosío (2011) quienes establecen un mapa conceptual de la obesidad y la clasificación de sus causas inmediatas, subyacentes y básicas como podemos observar a detalle en la figura 8.

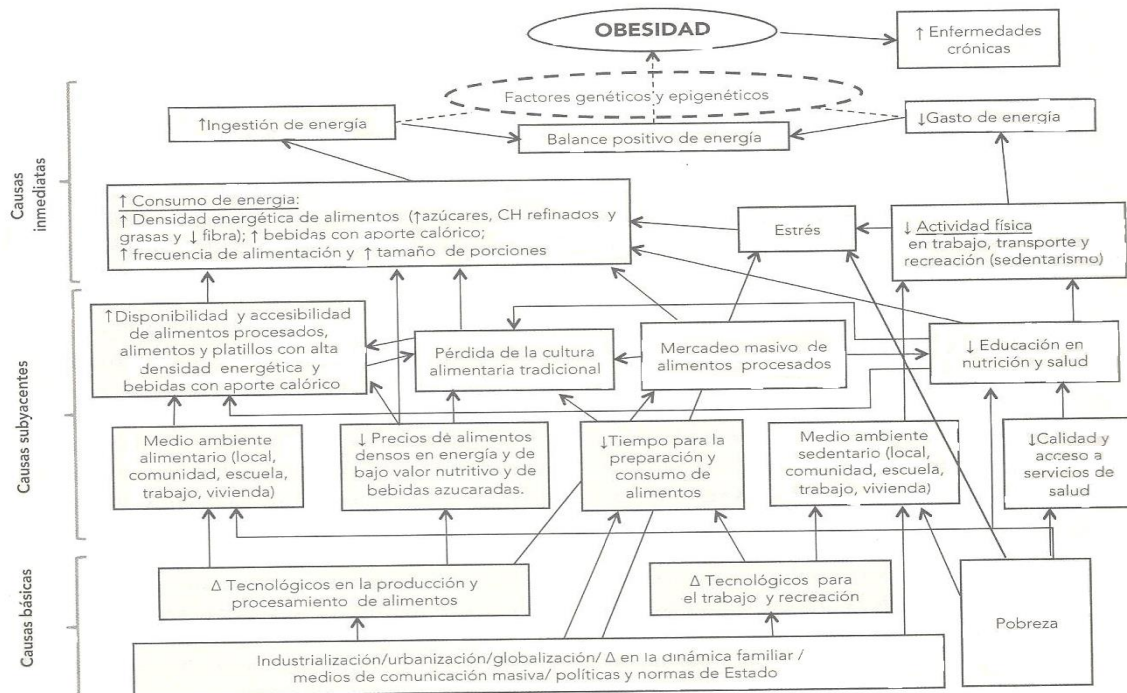


Figura 8. Mapa Conceptual de la Obesidad de Rivera & González-Cosío (2011).

j) El siguiente modelo se enfoca en relacionar la pobreza con la obesidad, describiendo una gran “paradoja de la obesidad” que vincula la pobreza, la inseguridad alimentaria (disponibilidad limitada o incierta para acceder a ellos en formas socialmente aceptables) y la desnutrición con la obesidad. Esta situación paradójica existe debido a que la dieta de la población en situación de pobreza puede ser adecuada en energía al grado de cubrir o incluso exceder sus requerimientos, pero carece de la calidad nutrimental necesaria y la diversidad de los alimentos para promover la salud y prevenir el desarrollo de enfermedades crónicas (Tanumihardjo, Anderson, Kaufer-Howitz, Bode, Emenaker, Haqq, Satia, Silver & Stadler, 2007)

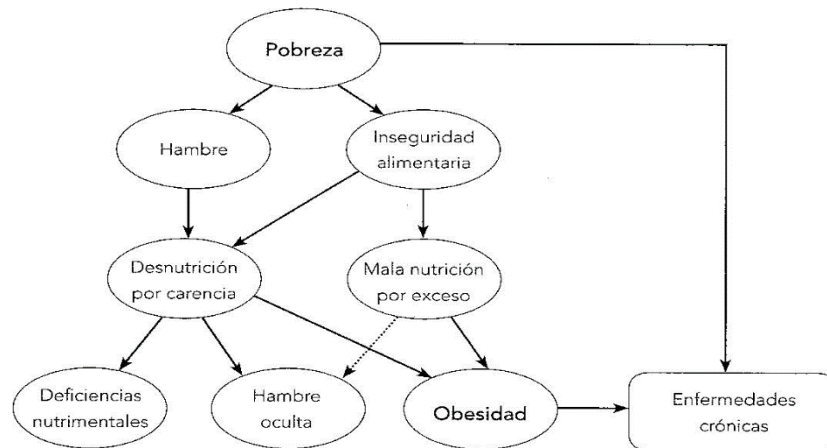


Figura 9. Modelo de la Pobreza e Inseguridad Alimentaria.

Con base en la revisión realizada se ha considerado utilizar en nuestra propuesta la Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Azjen (1975) y la teoría de la Autoeficacia (Bandura,1987). Consideramos de gran relevancia la importancia que tienen las creencias como predictores de la conducta, al igual que las actitudes, el modelo de esta teoría ha sido utilizado en múltiples estudios con el objetivo de predecir las conductas. El modelo de Becker (1974) se enfoca en el

estudio de las creencias pero analiza la severidad percibida, factores sociodemográficos, entre otros. Sin embargo, consideramos que la norma subjetiva es una variable que en el ámbito y el cuidado de la salud nos interesa, la sociedad tiene un papel fundamental en nuestras conductas y más si son con quienes son significativos y de quienes buscamos su opinión. Por otro lado, la evaluación positiva o negativa hacia un evento, persona, estímulo o cosa, se ha demostrado que tienen un efecto importante en nuestras conductas.

Creencias y actitudes hacia la obesidad

Las creencias, según Pepitone (1991), son estructuras relativamente estables que representan lo que existe para el individuo más allá de la percepción directa, son conceptos acerca de la naturaleza; las causas de cosas, personas, eventos y procesos cuya existencia es asumida. La seguridad objetiva de la existencia de una cosa diferencia a la creencia de los conocimientos. Las creencias son culturalmente universales, aunque hay importantes diferencias en la forma y contenido de las creencias, así como en otras manifestaciones conductuales y expresivas de rituales.

Este mismo autor divide las creencias en cuatro grandes categorías de acuerdo a la importancia central en la conducta social humana: natural-material, sobrenatural (religioso y secular), psicológico y moral. De las cuales sólo revisaremos dos que se relacionan con el presente trabajo:

- Creencias Psicológicas: Procesos mentales o estructuras de uno mismo o de otros que determinan o facilitan ciertos resultados, fenómenos que se atribuyen como paranormales como la precognición o la telepatía, o

creencias sobre el control personal como la fuerza de la voluntad o la mente sobre la materia.

- Creencias de contexto: En esta categoría se incluyen aquellas que se forman por el contacto del individuo con su medio ambiente, ya sea en su entorno social; así como, la información proveniente de fuentes externas, por ejemplo, lo que la gente cercana a la persona (familiares, amigos, autoridades) dicen u opinan sobre un determinado evento.

Azjen y Fisbein (1975) definen a las creencias como la probabilidad subjetiva de una persona sobre sus juicios concernientes a algún aspecto de su mundo. Es el trato con la comprensión que tiene el sujeto de sí mismo y su ambiente.

Estos autores dividen las creencias de la siguiente manera:

- Creencias descriptivas: Son aquellas que se obtienen de la observación directa de un objeto dado por el individuo.
- Creencias inferenciales: Tiene su origen en las creencias descriptivas realizadas con antelación y se basan, principalmente, en relaciones probabilísticas entre las creencias, las cuales siguen los lineamientos del razonamiento lógico.
- Creencias de Información: Una vía muy conocida en la adquisición de creencias es la información obtenida de otros acerca de un objeto.

Carey (1992) plantea que, tanto los conceptos como las creencias y las teorías son representaciones mentales que son concebidas como ciertas, Dewey (1989) afirma que, en las creencias se confía lo suficiente como para actuar de

acuerdo con ellas, a pesar de que éstas encierren todas las cuestiones sobre las cuales no se dispone de un conocimiento seguro.

Cabe destacar la importancia de las creencias en cuestión a la obesidad infantil, la prevención como factor importante para evitar mayor incremento en los índices de prevalencia, además de que proporciona menores gastos económicos. Diversos estudios enfocados en la intervención de pacientes obesos reportan nula eficacia en los planes de tratamiento y carecen de significancia en el decremento del IMC (Dennison, 2004; Robinson, 2003; Story, 2003).

Por lo tanto, el estudio de las creencias que se caracterizan por ser consideradas y concebidas como ciertas resultan ser fundamentales en el estudio de la obesidad, dada la relevancia que pueden tener en su relación con la prevención de la misma. La prevención de la salud y, en este caso, de la obesidad se considera como un factor relevante para así entender el porqué de ciertas prácticas de alimentación que los padres llevan a cabo y qué motiva a los mismos en la elección de un alimento u otro que proporcionan a sus hijos.

El estudio de las creencias y las prácticas parentales de alimentación podrá permitir un mayor entendimiento del sobrepeso infantil.

En lo que se refiere a los padres, el sobrepeso y la obesidad tiene significados diversos como: enfermedad, poco saludable debido a antecedentes familiares con enfermedades a consecuencia de la obesidad, carencia física y mental (Small, Mazurek, Anderson- Gifford & Hampl, 2009).

Sin embargo, McGarvey, Collie, Fraser, Shufflebarger, Lloyd y Oliver (2006) realizaron un estudio con padres que tenían hijos en edad preescolar, los padres en todos los grupos tenían consciencia de la relación entre el peso y problemas potenciales de salud cuando el niño es mayor, pero no consideran que el sobrepeso y la obesidad sea un problema potencial durante los años preescolares.

Las creencias acerca de las causas de la obesidad son diversas e importantes para guiar el desarrollo de estrategias eficaces sobresalientes en la prevención de esta enfermedad, de las cuales estudios reportan que los padres las atribuyen a un mal auto-cuidado resultado indirecto de una baja autoestima y salud mental deficiente, falta de auto-responsabilidad y de respeto a sí mismo (Small et al., 2009). Factores como el estrés psicológico, los medicamentos y procedimientos quirúrgicos son parte de las creencias en algunas mujeres y en el caso de los hombres consideran a la disminución de la actividad física, dejar de fumar y consumo excesivo de alcohol como parte de las causas de la obesidad (Jackson, Ball & Crawford, 2001).

Sin embargo, la creencia de otros causantes como los factores genéticos suelen ser contraproducentes lo cual puede reducir la participación de los individuos en los hábitos de vida importantes en el mantenimiento de un peso saludable. Las creencias sobre la heredabilidad de la obesidad puede corresponder a mayor percepción fatalista y menor percepción de controlabilidad en la enfermedad (Allison, Basile, & Yunker, 1991; Wang & Coups, 2010). Las madres creen que la obesidad es una característica física “temporal” que llega a desaparecer con el paso del tiempo y que si ésta persistiera, podría constituirse en la adolescencia en un problema más de índole “estético” y de “socialización” que de salud física.

especialmente en las niñas (Núñez, 2007). Por otro lado, algunas madres consideran que sus hijos no son gordos, que sólo están un poco llenitos, restandole preocupación (Olvera, George & Kaiser, 2011). Los niños elaboran distintas representaciones sociales sobre la obesidad, de acuerdo con la influencia (formas de pensar, creencias construidas, etc) de sus pares, familiares y otras fuentes con las que están en contacto cotidianamente, tanto de manera directa como indirecta las creencias, al igual que, las ideas y las opiniones de las personas son transmitidas y recibidas de generación en generación, sin importar su veracidad.

Estudios reportan que los niños definen “salud” como la ausencia de “dolor físico” o estar bien, alimentarse bien o tener una buena condición física y que tanto la obesidad como el sobrepeso no son enfermedades (Núñez, 2007).

Los padres perciben que es preferible que sus hijos sean “macizos” que “gruesos”; consideran que, ser “macizo” es sinónimo de ser activo, comer alimentos buenos y sanos, además de ser fuertes (Small et al., 2009).

Los progenitores además de creer que la obesidad es una expresión externa no deseable, le van otorgando a esta condición diferentes matices, implicaciones y consecuencias de acuerdo con la etapa de la vida en que se encuentre la persona que la presenta (ver tabla 3).

Tabla 3
Creencias de la obesidad según la etapa de vida (Nuñez, 2007)

Durante la infancia y niñez	En la adolescencia	En la adultez
La obesidad no es un problema de salud sino una característica física “temporal”, que limita las habilidades físicas de movilidad y desplazamiento	Creer que la obesidad es un problema estético y una barrera para que puedan socializar con sus pares y experimentar el noviazgo.	La obesidad es un problema de salud que se relaciona con el desarrollo de enfermedades crónicas, tales como la: hipertensión arterial, las

Hemos destacado la importancia de las creencias en relación al sobrepeso y obesidad, así como en la alimentación; sin embargo, éstas, a su vez, establecen ciertas actitudes en base a esta enfermedad. Las actitudes, consideradas como evaluaciones, implican que el origen de estas disposiciones deben encontrarse en las interacciones de los individuos con situaciones placenteras/displacenteras o a favor/ en contra. Las actitudes no se forman hasta que el individuo responde evaluativamente ante una entidad (objeto, evento o situación) y entonces, una vez constituidas, las actitudes predispondrán respuestas evaluativas frente al objeto en cuestión (Eagly & Chaiken, 1993).

Diversos estudios reportan el rechazo y discriminación que se tiene hacia las personas obesas y el caso de los niños de edad preescolar no es la excepción (Badillo, 2004; Campos, 2009; Téllez, 2002) los cuales manifestaron desagrado por los niños (as) gorditos(as), respondiendo de manera negativa como: “feo”, “mal” y “triste”, al preguntarles “como te sentirías si te pusieras gordito(a)”.

Anteriormente, revisamos como las creencias y las actitudes están muy relacionadas con el sobrepeso y la obesidad, estos factores pueden repercutir en las prácticas parentales de alimentación así como en los hábitos alimenticios de la madre y éstas, a su vez, en el IMC de ambos. Por lo tanto, a continuación se revisará cómo se ha estudiado la alimentación y la manera en que se ve involucrada en las prácticas parentales de alimentación.

Capítulo II

MÉTODO

Planteamiento del problema

En los últimos treinta años el problema del sobrepeso y la obesidad infantil se ha incrementado de manera exacerbada. Los cambios tan drásticos en el estilo de vida, el consumo de alimentos con alto contenido de grasas y azúcares, el uso desmesurado de videojuegos, celulares y equipos electrónicos conllevan a la inactividad y a un elevado consumo calórico. Adicionalmente, la televisión propicia un alto consumo de los alimentos denominados “chatarra”, generalmente ricos en azúcares y carbohidratos. Por otro lado, la inserción de la mujer en el ámbito laboral y el bajo costo de alimentos en establecimientos de comida rápida ha propiciado un incremento en el IMC de niños y adultos. Sin embargo, los niños(as) en edad preescolar que suponen de bajo riesgo por considerarse en desarrollo, en contraposición a lo que sucede con los niños de mayor edad. Las creencias y actitudes que de los padres resultan relevantes para explicar el tipo de decisiones que llevan a cabo al implementar las prácticas de alimentación, mismas que inciden en el IMC de los niños y en su percepción hacia el exceso de peso. Por lo tanto, se requiere de mayor investigación desde el ámbito de la Psicología Social con el objetivo de proponer modelos que ayuden a explicar las variables que están propiciando este tipo de problemáticas y así establecer programas de intervención para prevenir y reducir los índices de sobrepeso y obesidad infantil.

Objetivo general:

Identificar el grado y dirección de variables sociodemográficas (estado civil, nivel de estudios, número de hijos, edad, ocupación) y psicológicas (creencias y actitudes hacia el exceso de peso en niños y adultos, la norma subjetiva, autoeficacia percibida) y el Índice de Masa Corporal de las madres así como sus prácticas parentales de alimentación influyen en el Índice de Masa Corporal, las creencias hacia el exceso de peso y sus preferencias alimentarias en niños preescolares.

Pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación que existe entre variables sociodemográficas, psicológicas, Índice de Masa Corporal y las prácticas de alimentación maternas y de cuidadores primarios, con el Índice de Masa Corporal, las creencias hacia el exceso de peso y las preferencias alimentarias de sus hijos preescolares?

Objetivos específicos:

- Identificar el tipo de prácticas de alimentación que realizan las madres de acuerdo al IMC de sus hijos.
- Determinar si existen diferencias por edad, nivel socioeconómico, ocupación, estado civil, número de hijos e IMC de las madres en relación al IMC de los niños.
- Determinar el tipo de alimentos que consumen los hijos y sus preferencias alimentarias.
- Identificar si existe relación entre el IMC de la madre y el IMC del niño.
- Precisar si las creencias hacia el exceso de peso predicen las actitudes y prácticas de alimentación de las madres y cuidadores primarios.
- Identificar si la autoeficacia percibida hacia el peso y la alimentación predicen las prácticas de alimentación de las madres y cuidadores primarios.
- Predecir el IMC de los niños con base a las variables estudiadas.

Para cumplir con estos objetivos, la investigación se dividió en dos fases cada una con distintas etapas como se explican a continuación:

Fase 1. Construcción y validación psicométrica de los instrumentos utilizados.

Etapa 1 Estudios Exploratorios

Estudio 1^a. Exploratorio de creencias sobre la alimentación, el sobrepeso y la obesidad. nm

Estudio 1^b.- Exploratorio mediante la Técnica de Redes Semánticas Naturales Modificadas.

Estudio 1^c.- Exploratorio de preferencias alimentarias en niños preescolares

Etapa 2.- Validación de Instrumentos

Estudio 2^a.- Primera y segunda validación psicométrica de las escalas de medición

Etapa 2^b.- Cuestionario de creencias hacia las causas del exceso de peso para niños.

Estudio 2^c.- Preferencias alimentarias y creencias de alimentos con alto contenido calórico

Fase 2. Estudio final

Estudio 1.- Aplicación de la batería de escalas de medición para las madres.

Estudio 2.- Preferencias alimentarias para niños.

Estudio 3.- Creencias hacia las causas del exceso de peso en niños.

A continuación se describe un breve resumen de cada una de las fases con sus respectivas etapas, recordemos que la fase 1 se caracteriza por la construcción y validación psicométrica de cada una de las escalas utilizadas y en la fase 2 representa el estudio final.

Fase 1
CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN PSICOMÉTRICA
Etapas 1 Estudios Exploratorios

***Estudio 1^a. Exploratorio de creencias sobre la alimentación, el sobrepeso y
obesidad.***

Objetivo: Explorar cuáles son las creencias y conocimientos que las madres tienen hacia el sobrepeso, la obesidad y la alimentación, así como los factores que generan que los niños tengan sobrepeso y obesidad.

Participantes: La muestra fue no probabilística conformada por 113 madres con un hijo(a) inscrito a nivel preescolar de 1ro. a 3er grado, con edades de 3 a 6 años con una $\bar{x}=4.51$ años, el 48.7% fueron madres de niños y el 49.6% de niñas. El 31.9% cursaron secundaria, el 24.8% bachillerato y el 24.8% la licenciatura. Como ocupación de las madres el 57% son amas de casa, el 17% profesionistas y el 14% empleadas.

Instrumento: Se realizó un cuestionario de nueve preguntas abiertas para obtener las creencias de las madres hacia la alimentación saludable, el sobrepeso y la obesidad, sus causas, así como las acciones que se deben realizar para prevenir el sobrepeso y la obesidad (ver anexo 1).

Procedimiento: Una vez otorgada la autorización por los directivos de los diferentes planteles públicos del D.F. se expusieron los objetivos de la investigación a las madres, se solicitó su consentimiento y una vez asegurados la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas, se llevó a cabo la aplicación del cuestionario de manera grupal e individual, y otros lo entregaron al día siguiente.

Análisis de datos: Se realizó análisis de contenido mediante el uso del programa *Excel* el cual nos sirvió para categorizar y cuantificar las respuestas.

Estudio 1^b. Exploratorio mediante la Técnica de Redes Semánticas Naturales Modificadas

Objetivo: Conocer el significado psicológico del sobrepeso, obesidad, peso corporal, alimentación y salud en madres de niños preescolares.

Participantes: Con una muestra diferente a la anterior conformada con 95 madres y abuelas de niños cursando el nivel preescolar. Las edades de las madres y abuelas con un rango de 20 a 46 años ($\bar{x}=32$ D. E. .49). Las edades de los niños comprendidas de 3 a 6 años ($\bar{x}=4.5$, D.E..61). Los hijos de las madres fueron 44% niñas y 56% niños.

Instrumento: Se utilizó una serie de hojas tamaño esquila para aplicar la técnica de RSNM, el cuál se dividió en tres secciones: a) introducción, instrucciones y un ejemplo no relacionado con el tema (la manzana es...), b) presentación de los cinco estímulos ordenados aleatoriamente y c) datos generales (ver anexo 2). Los estímulos utilizados fueron: El sobrepeso es....; La obesidad es....; el peso corporal es...; la alimentación es...; La salud es....y Mi peso es.... como estímulo distractor (ver anexo 1.2).

Procedimiento: Se les solicitó su aprobación para contestar la técnica, después de haberles explicado la finalidad del estudio y haber obtenido su consentimiento firmado. El instrumento fue aplicado de forma colectiva y el tiempo promedio empleado fue de 15 min. Se instruyó a las participantes para que escribieran al menos cinco palabras sueltas que ellos relacionaron con la palabra estímulo (sobrepeso, obesidad, alimentación, salud y peso corporal). Se solicitó la jerarquización de las palabras de acuerdo a la importancia que cada palabra tuviera con respecto al estímulo, de manera que se asignara el número uno a la palabra más importante y así sucesivamente hasta terminar la lista.

Tratamiento estadístico: Se realizó el proceso de análisis mediante la técnica de Redes Semánticas Naturales Modificadas como lo reporta Reyes-Lagunes (1993), mediante el uso del programa Excel.

Estudio 1^o. Exploratorio de Preferencias Alimentarias en Niños Preescolares

Objetivo: Explorar cuáles son las preferencias alimentarias en niños preescolares, así como sus creencias de los alimentos que nos hacen engordar.

Participantes: Con el previo consentimiento de los padres se contó con la participación de N=81 niños (43 niños y 38 niñas) que aceptaron participar en el estudio y que se encontraban cursando el tercer año de preescolar de un jardín de niños público, en un rango de edad de 5 a 6 años (M=5.75 años, D.E. 434).

Instrumento: Se diseñó un cuestionario para entrevistar a los niños que constaba de las siguientes preguntas: ¿De lo que comes qué es lo que más te gusta?, ¿Por qué?, ¿Crees que hay alimentos que hacen que nos pongamos gorditos(as)? ¿Cuáles? (Ver anexo 1.3).

Procedimiento: Se acudió con las autoridades de la escuela para solicitar los permisos correspondientes. Se realizó una junta con los padres y se explicaron los objetivos de la investigación, además de solicitar su consentimiento. Las preguntas se hicieron de manera individual a los niños en un salón de clases. La entrevista se realizó en un tiempo aproximado de 5 a 10 minutos en promedio.

Análisis de los datos: Se realizó un análisis de contenido de las respuestas obtenidas, con las cuáles se crearon unidades conceptuales que fueron codificadas con el programa Atlas.ti versión 5.0.

Etapa 2

Estudio 2^a. Primera y Segunda Validación Psicométrica de las Escalas de Medición

Primera Validación

Objetivo: Construir y validar psicométricamente un instrumento de medición con las variables de estudio en relación con la norma subjetiva, creencias hacia las causas del exceso de peso en niños y adultos, la autoeficacia percibida hacia el peso y alimentación, actitudes hacia el sobrepeso y la obesidad en niños y adultos.

Participantes: Se contó con la participación de 400 madres y cuidadoras primarias de niños(as) en educación preescolar (73%) y primaria (24%) de escuelas públicas (84%) y privadas (26%) del Distrito Federal, el 48% niños y el 52% niñas, en un rango de edad de 2 a 8 años (M=5.2 años). La edad de las madres fue de 18 a 62 años (M=33 años), con bachillerato (33%), secundaria (21%) y licenciatura (21%).

Instrumento: Conformado por 16 escalas de medición con opciones de respuesta tipo Likert pictórica de 5 intervalos de respuesta que iban desde 1= Totalmente en desacuerdo hasta 5=Totalmente de acuerdo. Las escalas de actitudes diseñadas mediante el diferencial semántico de Osgood, como la escala de actitudes hacia la alimentación, hacia el exceso de peso en niños y adultos con adjetivos bipolares que van del 1 al 7 (ver anexo 2).

Procedimiento: Se acudió a las escuelas públicas y privadas del Distrito Federal, se solicitó el consentimiento y se procedió a la aplicación del instrumento. Se reunieron a las madres en el salón de clases, quienes contestaron en un tiempo aproximado de 90 minutos y otras en sus casas.

Tratamiento estadístico: Análisis de frecuencia, medidas de tendencia central y de dispersión por reactivo. Se realizó un análisis de poder discriminativo y de direccionalidad de los reactivos a través de t Student y cross tabs. análisis factorial por el método de componentes principales con rotación ortogonal y análisis de

confiabilidad interna por medio del Alpha de Cronbach para cada factor y escala en general.

Segunda Validación de Escalas de Medición

Objetivo: Incrementar la confiabilidad y validez de cada una de las escalas y comprobar su estructura factorial inicial.

Participantes: A través de un muestreo no probabilístico intencional participaron 370 madres y cuidadores primarios (3.2% padres y 2.9% abuelas) con hijos(as) cursando el nivel preescolar. Las madres con edades de 17a 63 años (\bar{x} =32 D. E. 7.9). Las edades de los niños comprendidas de 3 a 6 años (\bar{x} =5, D.E..64).

Procedimiento: Se acudió a las escuelas públicas y privadas del Distrito Federal, se solicitó el consentimiento y se procedió a la aplicación del instrumento, el cual fue contestado en un tiempo aproximado de 90 minutos y otros en casa.

Tratamiento estadístico:

- De los reactivos obtenidos en la validación anterior por cada escala se corrigieron los reactivos que tuvieron errores en la redacción o que no eran claros, se incrementó el número de reactivos en cada escala con base a un análisis detallado de los estudios exploratorios previos.
- Análisis de frecuencia, medidas de tendencia central y de dispersión por reactivo.
- Análisis de poder discriminativo y de direccionalidad de los reactivos a través de t Student y cross tabs.
- Análisis factorial por el método de componentes principales con rotación ortogonal.
- Análisis de confiabilidad interna por medio del Alpha de Cronbach para cada factor y escala en general.

Los detalles de cada uno de los análisis se encuentran en el capítulo siguiente.

Etapa 2^b. Cuestionario de Creencias hacia las Causas del Exceso de Peso para Niños

Objetivo: Construir y validar un cuestionario sobre las creencias que tienen los niños hacia las causas del exceso de peso en niños en edad preescolar.

Participantes: La muestra fue no probabilística conformada por 127 niños (42% niños y 58% niñas) en un rango de edad de 3 a 6 años con una $\bar{x}=5.0$ y una D.E. .69, cursando el nivel preescolar de 1er. a 3er. año, el 9% de 1er. año, el 22% de 2do. y el 66% de tercero de tres escuelas públicas del Distrito Federal.

Instrumento: Se construyó un instrumento con 13 pares de dibujos (una versión para niños y otra para niñas), del cuál se les hicieron 17 preguntas con el objetivo de explorar las creencias que tienen los(as) niños(as) preescolares sobre las causas del exceso de peso. Las preguntas estuvieron conformadas por cuatro áreas que engloban las causas del sobrepeso y la obesidad como son: sedentarismo, alimentación, herencia, porción y tipo de comida, así como la influencia de los padres en relación de conductas que propician el exceso de peso (ver anexo 3).

Procedimiento: Una vez otorgada la autorización por los directivos de los diferentes planteles se expusieron los objetivos de la investigación a las madres, se solicitó su consentimiento y una vez asegurada la confidencialidad y el anonimato, se llevó a cabo la aplicación del instrumento de manera individual con los niños en un salón independiente al salón de clases con un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos. Posteriormente se capturaron las respuestas, y se realizaron análisis descriptivos.

Tratamiento estadístico: La validación se realizó el siguiente tratamiento estadístico: análisis de frecuencia, medidas de tendencia central y de dispersión por reactivo. Análisis de poder discriminativo y de direccionalidad de los reactivos a través de *t Student* y *Cross Tabs* y para observar cómo se agrupan los reactivos se realizó un análisis por conglomerados de tipo jerárquico.

Estudio 2°. Preferencias Alimentarias y Creencias de Alimentos con Alto Contenido Calórico

Objetivo: Diseñar un instrumento que evalúe las preferencias alimentarias en niños de edad preescolar, así como su explorar los alimentos que les proporcionan sus madres y las creencias que tienen de alimentos saludables y con alto contenido calórico.

Participantes: La muestra fue no probabilística conformada por 127 niños (42% niños y 58% niñas) en un rango de edad de 3 a 6 años con una $\bar{x}=5.0$ y una D.E. .69, cursando el nivel preescolar de 1er. a 3er. grado, el 9% de 1er. grado, el 22% de 2do. y el 66% de tercero. La investigación se realizó en tres escuelas públicas del Distrito Federal.

Instrumento: Se diseñó una lámina (40x 60 cms) conformada por 88 imágenes de alimentos de acuerdo a siete grupos de alimentos (alimentos de origen animal, tubérculos, leguminosas, frutas, verduras, grasas y azúcares) y dos grupos más comida rápida (hamburguesas, pizzas, etc.) y antojitos mexicanos (sopes, huaraches, etc.). A los niños(as) se les pidió que seleccionaran con fichas los alimentos que más les gustan, una vez seleccionados se quitaban las fichas y se les pidió que seleccionaran los alimentos que no les gustan, los alimentos que más les da su mamá, los alimentos que consideran saludables y finalmente los alimentos que nos hacen engordar (ver anexo 4).

Procedimiento: Con la autorización previa y el consentimiento de los se llevó a cabo la aplicación del instrumento de manera individual con los niños en un salón independiente al salón de clases con un tiempo aproximado de 15 minutos.

Análisis de los datos: Se capturaron las respuestas y se clasificaron dependiendo al grupo de alimento al que pertenecen, se realizaron análisis descriptivos de cada una de las preguntas tomando solo las primeras diez respuestas.

A continuación detallaremos cada uno de los estudios antes resumidos.

Captulo III

Etaa 1 Estudios Exploratorios

En este apartado se describen tres estudios exploratorios que se realizaron con la finalidad de encontrar elementos clave para la construcción y validación de nuestras escalas de medición. Con el objetivo de explorar cuáles son las creencias y conocimientos que tienen madres de niños en edad preescolar con relación a la alimentación, al sobrepeso y la obesidad infantil. El primer estudio se realizó mediante el uso de un cuestionario abierto y el segundo con el objetivo de averiguar el significado psicológico del sobrepeso y la obesidad mediante la técnica de Redes Semánticas Naturales Modificadas (Reyes Lagunes,1993) y el tercer estudio se realizó con niños preescolares con el objetivo de explorar cuáles son las preferencias alimentarias en niños en esta edad, así como sus creencias de los alimentos que propician el exceso de peso en los niños.

Estudio 1^a

Estudio exploratorio de creencias sobre la alimentación, el sobrepeso y obesidad.

Objetivo general

Explorar cuáles son las creencias y conocimientos que las madres tienen hacia el sobrepeso, la obesidad y la alimentación, así como factores que generan que los niños tengan sobrepeso y obesidad.

Objetivos específicos

- Identificar el significado de sobrepeso y obesidad.
- Indagar cuáles son las causas que las madres atribuyen al sobrepeso y obesidad.
- Explorar su percepción acerca de los factores que generan un incremento en el peso corporal.
- Conocer las creencias de las madres acerca de lo que conforma una alimentación saludable y una no saludable.

- Explorar cuál es la percepción de las madres sobre las consecuencias en el exceso de peso.
- Explorar las creencias de las madres sobre la prevención del sobrepeso y la obesidad.
- Explorar los alimentos que con mayor frecuencia proporcionan a sus hijos.
- Identificar las creencias que las madres tienen respecto al tipo de alimentación de niños con sobrepeso y obesidad.

Participantes

La muestra fue no probabilística conformada por 113 madres con un hijo(a) inscrito a nivel preescolar de 1ro. a 3er grado, con edades de 3 a 6 años con una $\bar{x}=4.51$ años, el 48.7% fueron madres de niños y el 49.6% de niñas. El 31.9% cursaron secundaria, el 24.8% bachillerato y el 24.8% la licenciatura. Como ocupación de las madres el 57% son amas de casa, el 17% profesionistas y el 14% empleadas. El 43% de la muestra reside en el Estado de México y el 57% en el Distrito Federal, en general, las madres del Estado son de escuelas públicas y las del Distrito de privadas, el cuestionario se aplicó fuera y dentro de las escuelas, de manera individual y grupal.

Instrumento

Se utilizó un cuestionario de 9 preguntas abiertas para obtener las creencias de las madres hacia la alimentación saludable, qué es el sobrepeso y la obesidad, conocer las causas de ambas, así como las acciones que se deben realizar para prevenir el sobrepeso y la obesidad (ver anexo 1).

Procedimiento

Una vez otorgada la autorización por los directivos de los diferentes planteles se expusieron los objetivos de la investigación a las madres, se solicitó su consentimiento y una vez aclarada la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas, se llevó a cabo la aplicación del cuestionario de manera grupal en el salón de clases en las escuelas particulares. En el caso de la escuela pública se

recolectó la información afuera de las escuelas de manera individual. Cabe aclarar que algunos planteles privados proporcionaban el cuestionario a las madres solicitando su entrega al día siguiente. Se procedió al análisis de contenido mediante el uso del programa *Excel*, el cual nos sirvió para categorizar y cuantificar las respuestas.

Resultados

Con el objetivo de explorar cuáles son las creencias y conocimientos que las madres tienen hacia el sobrepeso, la obesidad y la alimentación, así como factores que generan que los niños tengan sobrepeso y obesidad se realizó la pregunta *¿Qué le da de comer a su hijo?*, las respuestas de las madres fueron agrupadas por los diferentes grupos de alimentos (Frutas y Verduras, Leguminosas y Alimentos de Origen Animal, Cereales y Tubérculos, Azúcares, Grasas y Agua) tomando la clasificación de Hernández (1998) (Ver Anexo 2). Como se puede observar en la Figura 10, las madres reportan que proporcionan a sus hijos(as) leguminosas (lentejas, frijoles, habas, etc.) y alimentos de origen animal (queso, pollo, salchicha, jamón, etc.) con mayor frecuencia, seguido de las frutas (naranja, manzana, sandía, etc.) y verduras (nopales, calabaza, chayote, etc.) y posteriormente cereales (arroz, pasta, pan, etc.) y tubérculos (papa, camote, etc.). Cabe destacar que las madres hacen mención de azúcares (jugos, mermelada, cajeta) y grasas (mantequilla, chocolate, aguacate, etc.) los cuales no están incluidos dentro de la clasificación de Hernández (1998), pero debido a la relevancia que tienen los azúcares y las grasas decidimos incluirlas en nuestra clasificación.

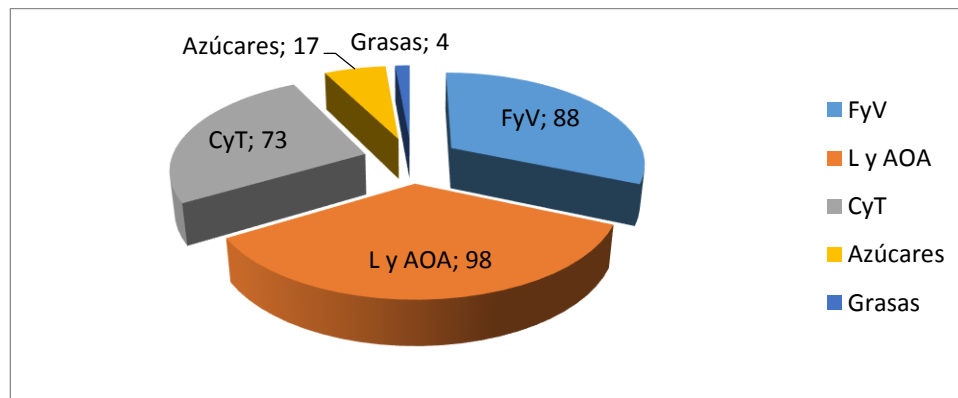


Figura 10. Frecuencia de alimentos que las madres mencionan les dan de comer a sus hijos.
 *FyV (Frutas y Verduras); L y AOA(Leguminosas y Alimentos de Origen Animal;CyT (Cereales y Tubérculos); Azúcares y Grasas.

Para conocer qué es una alimentación saludable para las madres se les preguntó *¿Qué se debe incluir para que una alimentación sea saludable?*, se obtuvieron 215 respuestas clasificadas como en la pregunta anterior. Con una frecuencia de 93 respuestas las madres mencionaron que las frutas y las verduras se deben incluir en una alimentación saludable. Seguido de leguminosas y alimentos de origen animal, en menor cantidad cereales y tubérculos. Incluyen el agua y es importante mencionar que, en menor frecuencia, las grasas (ver figura 10.1).

Es relevante destacar que, además de mencionar algunos alimentos, las madres reportaron que una alimentación saludable se lleva a cabo: comiendo de todo un poco, comer a sus horas y hacer ejercicio.

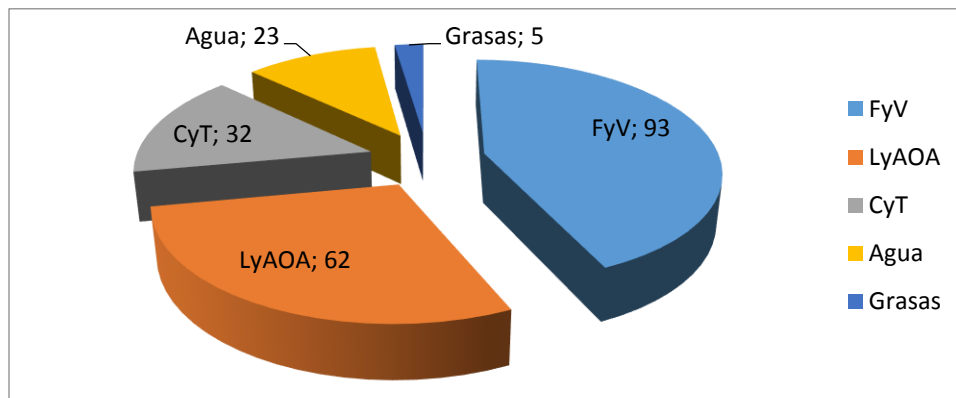


Figura 10.1. Frecuencia de alimentos que se deben incluir en una alimentación saludable.

*FyV (Frutas y Verduras); L y AOA (Leguminosas y Alimentos de Origen Animal); CyT (Cereales y Tubérculos); Azúcares y Grasas.

Así como indagamos lo que se debe *incluir* para que una alimentación sea saludable, nos interesó aquello que se debe *evitar* para una alimentación saludable, por lo tanto, se les hizo la siguiente pregunta: *¿Qué se debe evitar para que una alimentación sea saludable?* Las madres mencionaron que los azúcares y las grasas, posteriormente cereales y tubérculos, leguminosas y alimentos de origen animal. Con menor frecuencia las madres consideran importante además del tipo de alimentos que debemos consumir es evitar comer en la calle, no comer a sus horas y el consumo de alimentos enlatados (ver figura 10.2).

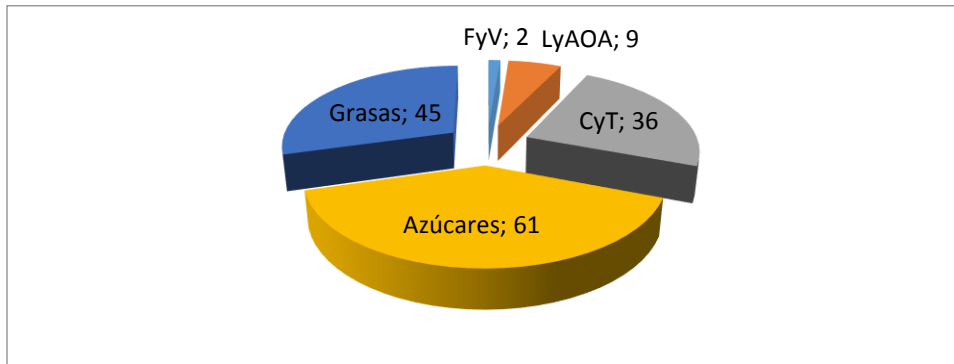


Figura 10.2 Tipos de alimentos que se deben evitar para una alimentación sea saludable.

*FyV (Frutas y Verduras); L y AOA(Leguminosas y Alimentos de Origen Animal;CyT (Cereales y Tubérculos); Azúcares y Grasas.

Para explorar cómo definen y perciben el sobrepeso se les preguntó *¿Qué es el Sobrepeso?* De igual manera que las preguntas anteriores se agruparon un total de 109 respuestas en 8 categorías. Las madres definen al sobrepeso como “pesar más de lo que se debe” (53), esta respuesta engloba “unos kilos de más”, casi la mitad de las madres coincidió con esta respuesta. El sobrepeso también fue definido como “malos hábitos” y también fue utilizado como sinónimo de “gorda(o)”, “gordita(o)” y “llenito”. Es importante señalar que el sobrepeso es considerado como “enfermedad” y como un “problema de salud grave”, además de ser considerado como una “alerta hacia la obesidad”.

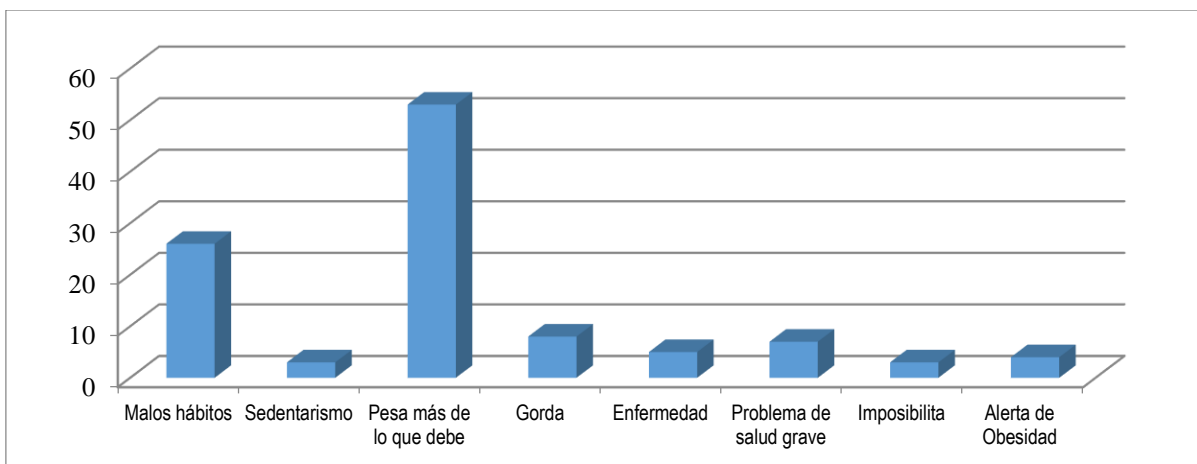


Figura 10.3. Frecuencias de respuesta de la definición del sobrepeso.

Por otro lado, para conocer la definición y características de la obesidad se les preguntó a las madres *¿Qué es la Obesidad?* se obtuvieron un total de 145

respuestas agrupadas en 8 categorías. Una de las categorías más relevantes es que la obesidad a diferencia del sobrepeso es definida como “estar muy pasada de peso” (40), se debe a los “malos hábitos”, es definida como una “enfermedad” y es “exceso de grasa”. Como dato relevante algunas madres definen la obesidad como “sobrepeso” (ver figura 10.4).

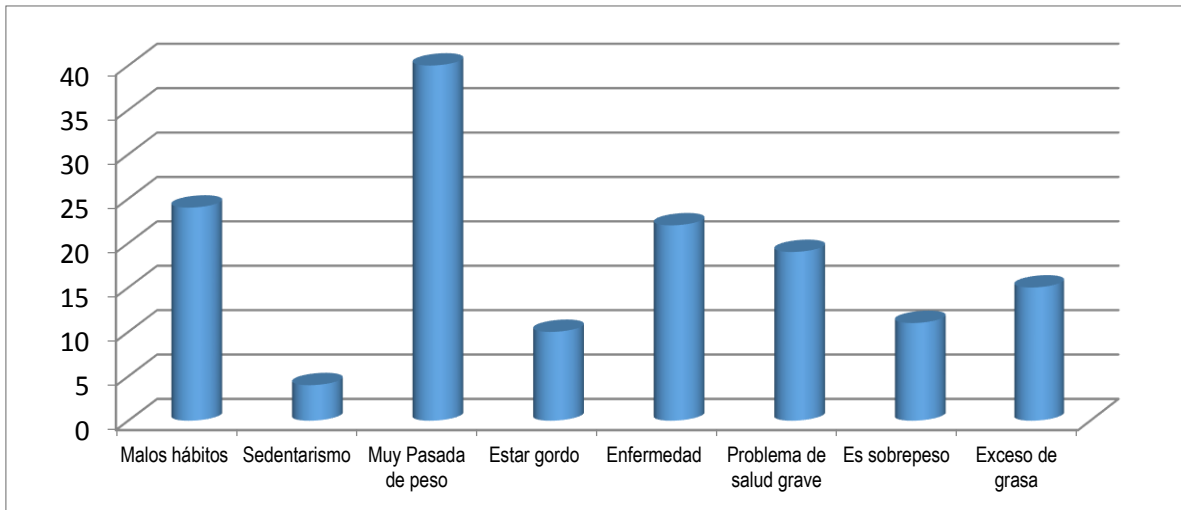


Figura 10.4. Frecuencias de respuesta de la definición obesidad.

Se les preguntó *¿Qué es lo que más les gusta comer a los niños?* Un total de 173 respuestas con mayor frecuencia las madres respondieron que a los niños les gustan el grupo de azúcares (dulces, refrescos, frutsi, boing, ate, miel, mermelada) seguido de cereales y tubérculos y, en menor frecuencia, las leguminosas y alimentos de origen animal, en menor proporción frutas, verduras y finalmente las grasas (ver figura 10.5).

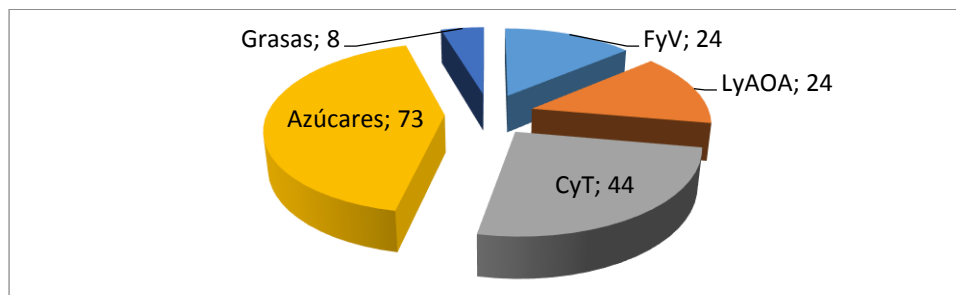


Figura 10.5. Frecuencia de lo que más les gusta comer a los niños.

*FyV (Frutas y Verduras); L y AOA(Leguminosas y Alimentos de Origen Animal; CyT (Cereales y Tubérculos); Azúcares y Grasas.

En la figura 10.6 se muestra la frecuencia de respuesta de las madres a la pregunta *¿Qué es lo que más les gusta comer a los niños con sobrepeso?* Al igual que en la

figura anterior los azúcares (refrescos, frutsi, boing, ate, miel, mermelada y dulces) son lo que más prefieren seguido de los cereales y tubérculos (papa, pizzas, tortillas, tamales, pan bimbo, bolillos y arroz) y posteriormente las grasas. En mucho menor cantidad los niños con sobrepeso les gustan las frutas y verduras.

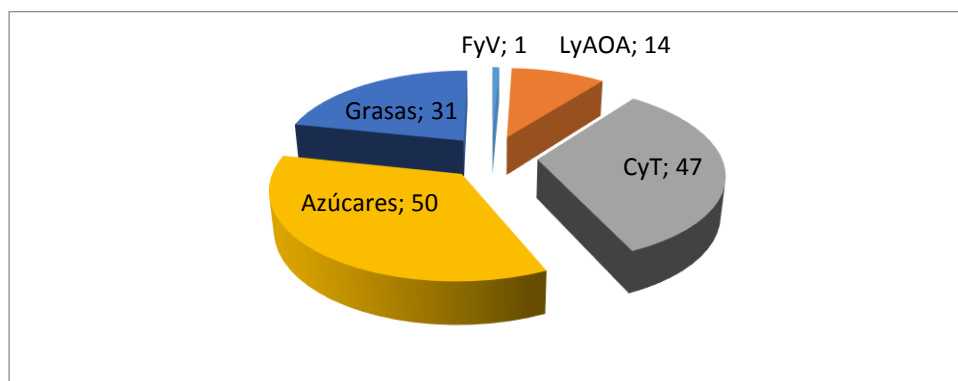


Figura 10.6. Frecuencia de lo que más les gusta comer a los niños con sobrepeso.

*FyV (Frutas y Verduras); L y AOA(Leguminosas y Alimentos de Origen Animal); CyT (Cereales y Tubérculos); Azúcares y Grasas.

En el caso de qué es lo que les gusta comer a los niños con obesidad las madres respondieron que, en primer lugar, los cereales y tubérculos (47) y posteriormente los azúcares (45) aunque no con mucha diferencia, seguido de las grasas (29). (ver figura 10.7). En general, encontramos que las madres mencionan que la preferencia hacia las frutas y las verduras es prácticamente nulo, así como algunas leguminosas y alimentos de origen animal.

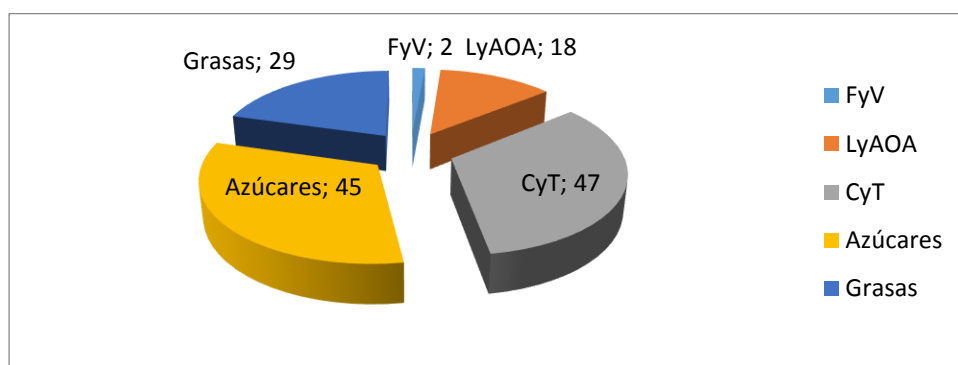


Figura 10.7. Frecuencia de lo que más les gusta comer a los niños con obesidad.

*FyV (Frutas y Verduras); L y AOA(Leguminosas y Alimentos de Origen Animal); CyT (Cereales y Tubérculos); Azúcares y Grasas.

En la figura 10.8 se describen las frecuencias de respuesta de las madres a la pregunta *¿A qué se debe que los niños tengan sobrepeso?* Un total de 264 respuestas que se agruparon en 5 categorías, la *mala alimentación* considerada como una de las causas principales (116), seguido de la categoría denominada “por

sus padres”, en la que las madres consideran que el descuido de los padres, su mala alimentación, el que los padres sean gorditos y el hecho de que ellos consientan a sus hijos (dándoles el alimento que a ellos les gusta), además de conductas sedentarias (49) es otro de los factores relevantes.

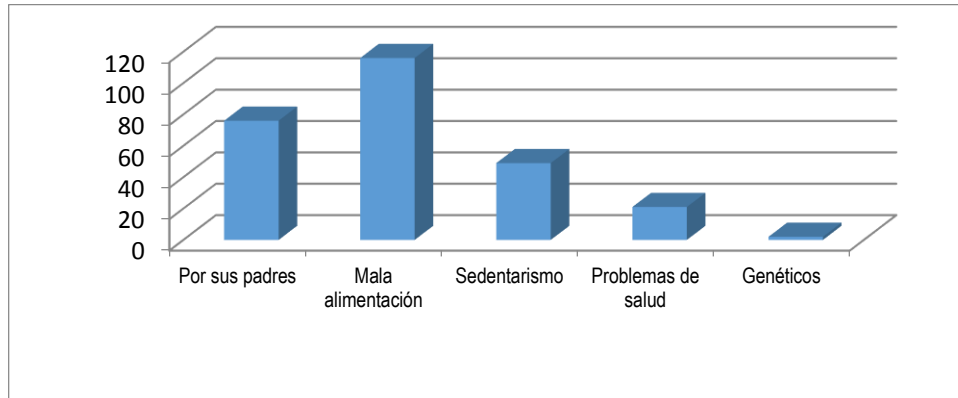


Figura 10.8. Frecuencia de lo que las madres consideran como causas del sobrepeso.

Por otro lado, las causas de la obesidad en los niños según reportaron las mamás a la pregunta *¿A qué se debe que los niños sean obesos?* Al igual que en la pregunta anterior las respuestas se clasificaron en 6 categorías como se muestran en la Figura 10.9, a diferencia de las causas del sobrepeso las madres agregaron como parte de las causas en la obesidad se debe a los conservadores que tienen algunos alimentos.

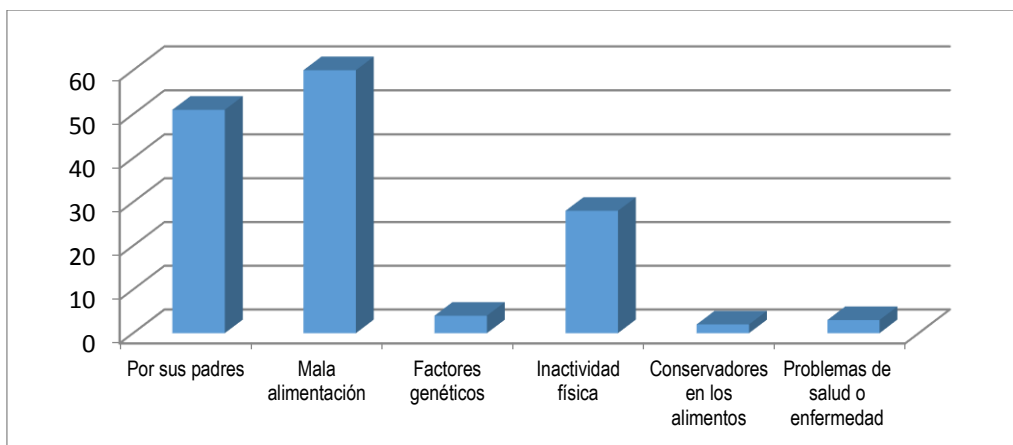


Figura 10.9. Frecuencia de la percepción de las madres como causas de la obesidad.

Finalmente se les preguntó *¿Qué se tiene que hacer para evitar que su hijo tenga sobrepeso u obesidad?* Un total de 154 respuestas agrupadas en 12 categorías de

las cuales el dar una alimentación sana y nutritiva (83) fue considerada uno de los factores más relevantes para evitar está el exceso de peso. Que los niños realicen ejercicio (43) es considerado una vía importante, el vigilar y controlar su alimentación (28), es decir, están al pendiente de que tipo de alimentos consumen los niños ya sea en casa o fuera de la misma, así como restringir ciertos alimentos (20) que, para las madres, son considerados de riesgo para mantener un peso adecuado para sus hijos. Las madres consideran de gran relevancia que los padres aprendan y se informen sobre qué alimentos son los más adecuados para sus hijos considerando su edad, así como enseñar a sus hijos que tomen en cuenta las porciones de los alimentos. El establecer horarios de comida y la responsabilidad que tienen los padres demarca el papel que tienen los padres de familia en el cuidado y manejo del IMC de sus hijos, principalmente en niños en edad preescolar y más pequeños, ya que son ellos quienes dependen de sus padres, principalmente la madre (ver figura 10.10).

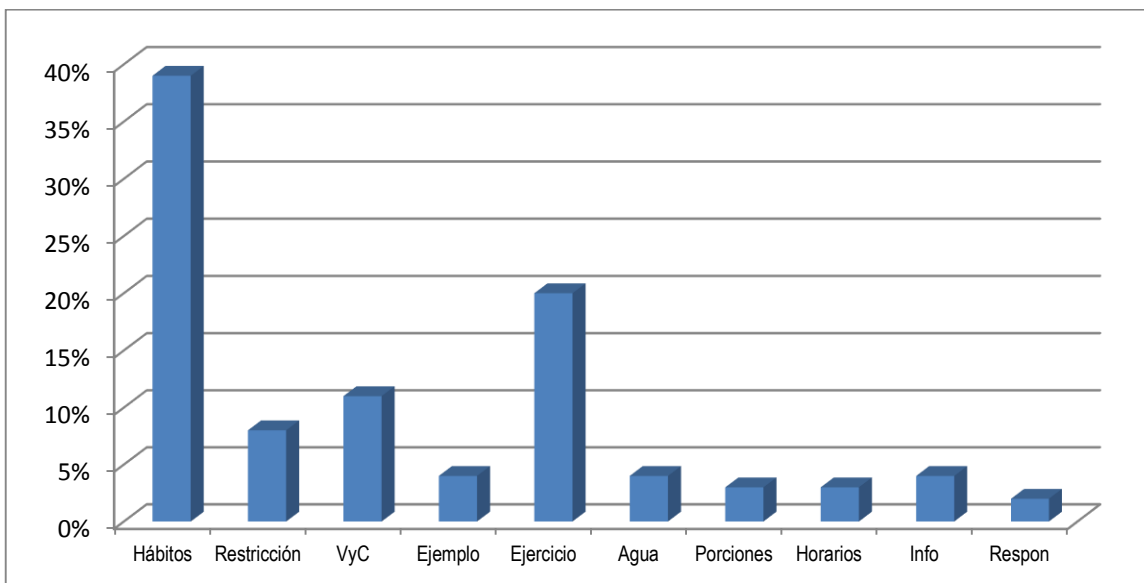


Figura 10.10. Frecuencias de lo que se tiene que hacer para evitar para que su hijo tenga sobrepeso u obesidad.

*Hábitos de alimentación sanos y nutritivos (Hábitos), Restringir alimentos (Restricción), Vigilancia y control (VyC); Poner el ejemplo (Ejemplo); Propiciar ejercicio (Ejercicio); Tomar mucha agua (Agua); Enseñarles porciones (Porciones); Establecer horarios de comida (Horarios); Aprender e informarnos (Info) y Responsabilidad de los padres (Respon).

Conclusiones

Tomando en cuenta nuestro objetivo del estudio el cual fue explorar las creencias que las madres tienen en relación a las causas del sobrepeso y la obesidad en los niños. Encontramos que de acuerdo con lo reportado por las madres mencionan que alimentan a sus hijos con mayor cantidad de leguminosas y alimentos de origen animal, es decir proporcionan mayor cantidad de proteínas a sus hijos, las frutas y verduras son el segundo grupo de alimentos que las madres proporcionan, en menor cantidad grasas y azúcares.

Por otro lado una alimentación saludable esta conformada principalmente por frutas y verduras, sin embargo no es lo que en primer lugar las madres proporcionan a sus hijos(as) de acuerdo con lo que reportaron. Lo interesante es que las madres les dan en mayor cantidad leguminosas y alimentos de origen animal, pero no son alimentos que puedan ser considerados cien por ciento saludables, contrario a lo que para las madres representan las frutas y las verduras. Esto nos da una idea de que las madres tienen una percepción de cada alimento respecto a que tan saludable es o no, por otro lado podemos inferir que las madres conocen la importancia de que la combinación de los grupos de alimentos es benéfico para la alimentación y desarrollo de sus hijos(as), aunque esto no quiere decir que las madres no proporcionan a sus hijos(as) alimentos que pueden ser dañinos para su salud y desarrollo. Las madres tienen una percepción clara de que las grasas y los azúcares no son considerados saludables al igual que los cereales y tubérculos.

Interesante fue lo que encontramos al solicitar la definición de sobrepeso y obesidad, el primero definido como *pesar más de lo que se debe* y para la obesidad es *estar muy pasada de peso*. La diferencia radica en la cantidad de kilogramos, pero sería interesante indagar en estudios posteriores lo que para las madres son unos kilos de más o que es estar muy pasada de peso, es decir cuantos kilogramos de más nos posicionan en sobrepeso y cuántos en obesidad. Cabe destacar que en menor cantidad pero no menos importante la obesidad es definida como sobrepeso, lo que denota confusión en el momento de diferenciar el concepto de uno y otro. Así como el sobrepeso fue considerado como una alerta un foco rojo que nos puede conducir hacia la obesidad, lo que puede significar un momento para hacer algo al

respecto y evitarla. Sin embargo, retomando lo mencionado con anterioridad hasta qué punto o cantidad de kilogramos ellas marcan la diferencia, lo que puede ser interesante verificar pues quizá algunas personas padezcan obesidad no siendo conscientes de ello.

Los malos hábitos formaron parte de la definición del sobrepeso y también de la obesidad, es decir para las madres no comer a sus horas, no comer sano, comer mucho, el tipo de ingesta y el exceso de grasas son parte de lo que para ellas significa sobrepeso y obesidad. Nuevamente para ambas, es decir el sobrepeso y la obesidad son definidas como un problema de salud grave, son una enfermedad, están relacionadas con el sedentarismo y es prácticamente un sinónimo de estar gordo(a). La coincidencia que se encuentra en cada una de las preguntas nos hace pensar y cuestionar un poco las respuestas de las madres, es decir por un lado el sobrepeso es considerado como una alerta, es decir, el momento clave que nos indica que aun tenemos la posibilidad de evitar y llegar al siguiente paso (obesidad), pero por otro lado, es considerado como un problema de salud grave, entonces sería interesante verificar si las madres que definen a la obesidad como sobrepeso son las mismas, pues resulta contradictorio que sean ellas las que definen el sobrepeso como una alerta y por otro lado lo definan como un problema de salud grave.

No encontramos mucha diferencia en las respuestas de las madres al preguntarles que es lo que más les gusta comer a los niños con sobrepeso y a los niños con obesidad. Al indagar sobre cuáles son las causas del sobrepeso y por otro lado de la obesidad encontramos respuestas muy similares, partiendo con la mala alimentación, para las madres la alimentación juega un papel relevante en la adquisición del sobrepeso y de la obesidad. Sin embargo un dato que resulta ser interesante fue que de acuerdo a la percepción de las madres los padres tienen un papel fundamental en el exceso de peso de los niños, aunque para el caso de la obesidad tuvimos mayor concentración en el porcentaje de respuesta. Es interesante la percepción de las madres respecto al papel que tienen en relación al cuidado del peso de sus hijos(as). La genética aunque en menor frecuencia pero es parte de lo que consideran influye en el exceso de peso de los niños(as).

Al final les preguntamos lo que se tiene que hacer para evitar que los niños(as) tengan sobrepeso y obesidad, principalmente las madres consideran es propiciar hábitos de alimentación sanos y nutritivos además de lo que ellas denominaron ejercicio. Posteriormente algo que engloba su participación como padres es vigilar y controlar la alimentación, restringir algunos alimentos, poner el ejemplo cuidando su propia alimentación, establecer porciones y horarios así como el consumo de agua.

Este primer estudio sentó las bases para tener una idea clara respecto a la percepción que tienen las madres sobre las causas del exceso de peso en los niños(as), explorar la función que cumple la alimentación en el peso de los niños. Proporcionó información para la construcción de nuestro plan de prueba en el diseño de cada una de las escalas sobre la autoeficacia, creencias y actitudes, nos dio un panorama más claro. Incluimos la función de los padres en la alimentación y cuidado de peso en sus hijos.

A continuación y siguiendo en esta misma línea utilizamos las redes semánticas modificadas para conocer el significado psicológico del sobrepeso, obesidad entre otros, lo realizamos con una muestra diferente al estudio que estamos concluyendo.

Estudio 1^a

Estudio Exploratorio mediante las Redes Semánticas Naturales Modificadas

A continuación se describe el segundo estudio exploratorio que se realizó de igual manera con madres de niños en edad preescolar mediante el uso de las Redes Semánticas Naturales Modificadas para este estudio se trabajó con una muestra diferente al estudio previo.

Objetivo

Conocer el significado psicológico del sobrepeso, obesidad, peso, alimentación y salud en madres de niños preescolares, mediante la técnica de Redes Semánticas Naturales Modificadas (RSNM) (Reyes-Lagunes, 1993).

Participantes

A través de un muestreo no probabilístico intencional se tomaron como participantes 95 madres y abuelas(4) de niños cursando el nivel preescolar. Los criterios de inclusión fueron que las madres tuvieran un hijo en el jardín de niños y que fueran las responsables de la alimentación, se incluyeron a las abuelas pues eran las responsables del cuidado de los(as) niños(as). Las edades de las madres y abuelas con un rango de 20 a 46 años (\bar{x} =32 D. E. .49). Las edades de los niños comprendidas de 3 a 6 años (\bar{x} =4.5, D.E..61). Los hijos de las madres fueron 42 (44%) niñas y 53 (56%) niños.

Instrumento

Se utilizó una serie de hojas tamaño esquila para aplicar la técnica de RSNM, el cual se dividió en tres secciones: a) introducción, instrucciones y un ejemplo no relacionado con el tema (la manzana es...), b) presentación de los cinco estímulos ordenados aleatoriamente y c) datos generales (ver anexo 1.2). Los estímulos utilizados fueron: El sobrepeso es....;La obesidad es.... ;el peso corporal es.....;la alimentación es....; La salud es.....y Mi peso es.... como estímulo distractor.

Procedimiento

Se les solicitó a las participantes su aprobación para contestar la técnica, después de haberles explicado la finalidad del estudio. El instrumento, en la mayoría de los casos, fue aplicado de forma colectiva y el tiempo promedio empleado fue de 15min. Se instruyó a las participantes para que escribieran al menos cinco palabras sueltas que ellos relacionaron con la palabra estímulo (sobrepeso, obesidad, alimentación, salud y peso corporal). Posteriormente se solicitó la jerarquización de las palabras de acuerdo a la importancia que cada palabra tuviera con respecto al estímulo, de manera que se asignara el número uno a la palabra más importante, el número dos a la segunda palabra más importante y así sucesivamente hasta terminar la lista. Con base en el protocolo de las Redes Semánticas Naturales Modificadas, primero se obtuvo el número total de palabras definidoras o tamaño de red (TR), por cada estímulo, después el peso semántico (PS), que representa la importancia adjudicada a cada palabra en la representación de un concepto, y finalmente el núcleo de red (NR).

Resultados

La red semántica más compacta fue la del estímulo *La obesidad es...* por el contrario, los estímulos *La alimentación es...la salud es* y *el sobrepeso es...* tuvieron un mayor número de definidoras dentro de cada red. Para el estímulo *Obesidad* observamos que el TR fue de 187 definidoras, con un NR que inicia con la definidora “enfermedad”, seguido de “mala”, “gordura”, “problema”, “peligrosa”, “grasa” y “chatarra”. Llama la atención que la obesidad es definida como “sobrepeso”, posteriormente la define como “alimentación”, es “importante”, “discriminación”, “burlas” y “fea” (ver figura 20).

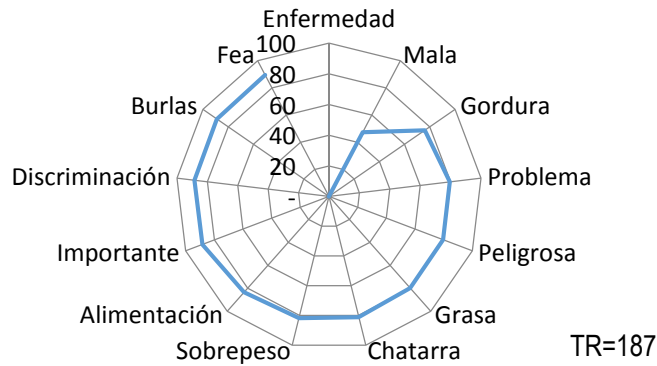


Figura 20. Núcleo de red del estímulo "Obesidad".

*TR= Tamaño de red

Para el estímulo *Sobrepeso* el TR fue de 211 definitorias, como primer definidora "enfermedad", al igual que en el estímulo *Obesidad* el *Sobrepeso* es considerado una enfermedad, seguido de las definitorias: "malo", "gordura", "obesidad", "alimentación", "gordos" y "problema". Cabe destacar que, una de las reglas relevantes de las redes semánticas es que, solo se piden palabras no frases ni oraciones. Sin embargo, de acuerdo a la repetición de las mismas decidimos incluir "falta de ejercicio" y "mala alimentación". Más adelante las madres definieron el sobrepeso como "exceso", "comida", "chatarra", "feo" e "importante" como se muestra en la figura 20.1.

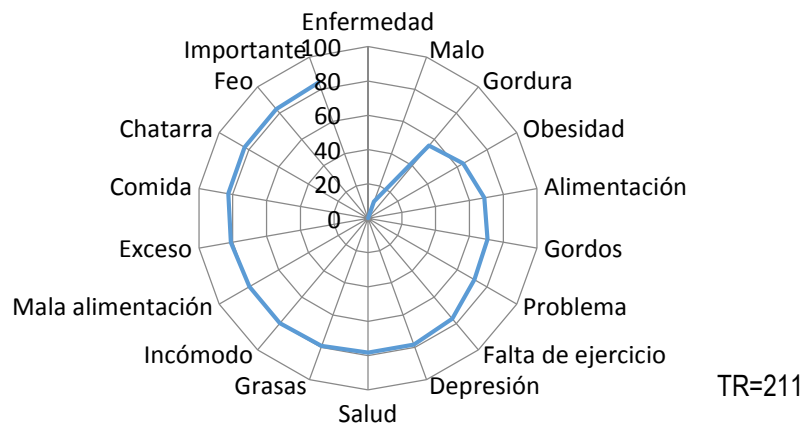


Figura 20.1. Núcleo de red del estímulo "Sobrepeso".

*TR= Tamaño de red

Para el estímulo *Alimentación* el TR fue de 165 definidoras con un NR iniciando con la definidora “importante” seguido de “sano”, “buena”, “saludable”, “salud”, “balanceada”, “necesaria”, las madres mencionan algunos ejemplos de alimentación como “frutas” y “verduras”. Más adelante la definen como “indispensable”, “nutrición”, “básica”. Por otro lado, la definen de manera negativa como “mala”, sin embargo es la única definidora que enmarca a la alimentación como algo negativo. En su mayoría las definidoras muestran una connotación positiva, por ser considerada como “vida”, “necesaria” e “imposible” e “indispensable” (ver figura 20.2).

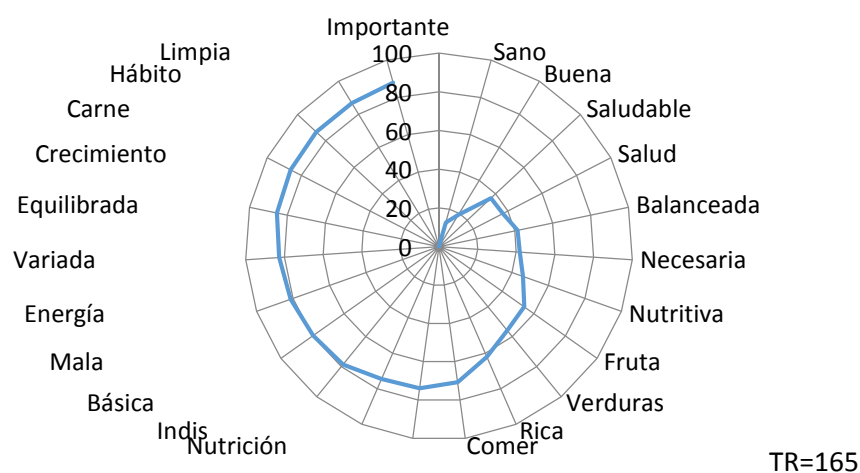
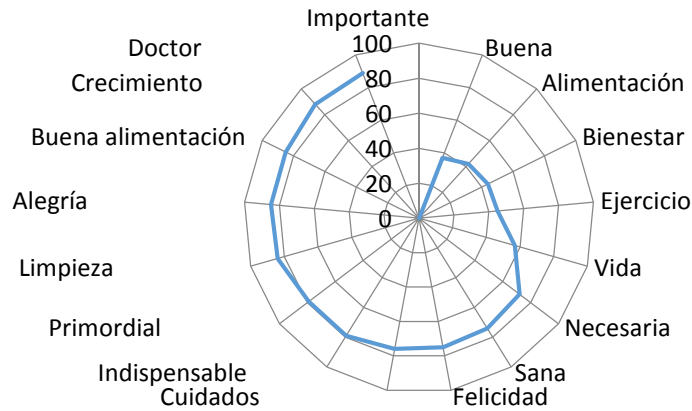


Figura 20.2. Núcleo de red del estímulo “Alimentación”.

*TR= Tamaño de red

Al igual que el estímulo alimentación, en el estímulo *Salud* es definida primordialmente como “importante”, seguido de “buena”, “alimentación”, “bienestar”, “ejercicio”, “vida” y “necesaria”. Si analizamos bien las definidoras la mayoría son palabras positivas como “felicidad”, “alegría” y “crecimiento”. Al igual que el estímulo *sobrepeso* y dada la repetición de la formación de palabras decidimos dejar “buena alimentación”, llama la atención que la *salud* está muy alejada de la definidora “doctor”, como podemos observar en la figura 20.3.

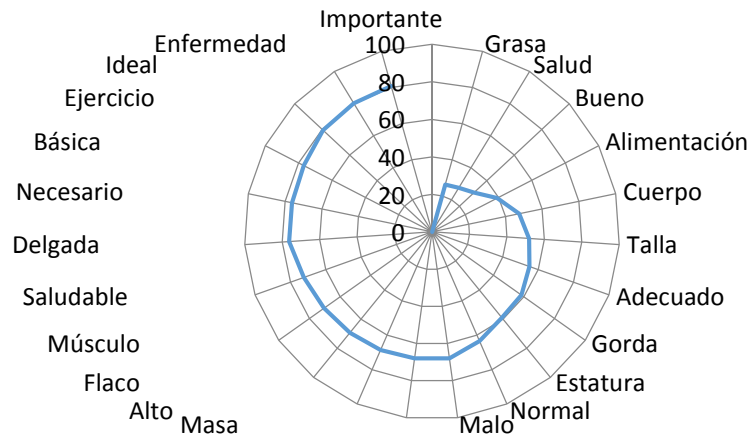


TR=199

Figura 20.3. Núcleo de red del estímulo "Salud".

*TR= Tamaño de red

Para el estímulo *El peso corporal* al igual que los estímulos la *Salud* y la *Alimentación* su definidora principal es definida como "importante". Por otro lado, encontramos que las definidoras muestran una connotación positiva y negativa.



TR=209

Figura 20.4. Núcleo de red del estímulo "Peso corporal".

*TR= Tamaño de red

En la figura 20.5 observamos el estímulo distractor denominado "Mi peso es" al igual que los tres anteriores es definido como "importante", sin embargo podemos observar que las madres consideran que su peso es "normal", seguido de "bueno" y posteriormente "malo". Encontramos la definidora "verduras" que quizá pudieran salirse de este contexto, sin embargo su peso es considerado como: "salud", "regular", "adecuado", "alto", "alimentación", "sano", "autoestima" e "ideal". Como

definidoras negativas tenemos el “sobrepeso” y “enfermedad” como podemos ver en la figura 20.5.

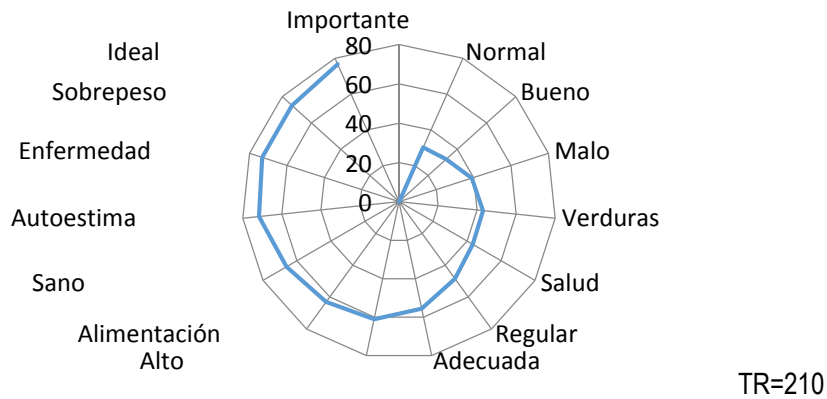


Figura 20.5. Núcleo de red del estímulo “Mi peso es”.

*TR= Tamaño de red

Conclusiones

Con el objetivo de conocer el significado psicológico del sobrepeso, obesidad, el peso corporal, la salud y la alimentación se utilizó la técnica de las Redes Semánticas Naturales Modificadas (RSNM) es relevante señalar que de acuerdo con la jerarquización de las madres la definidora que ocupó el primer lugar en todos los estímulos fue “importante”, es decir todos los estímulos son importantes independientemente de si la connotación positiva o negativa.

Para el estímulo la *alimentación* es “importante”, es “sano”, “buena”, “saludable”, “salud”, “necesaria”, “nutritiva”, “indispensable” pero también con una connotación negativa es considerada como “mala”. Para los estímulos sobrepeso y obesidad son definidos como una enfermedad, ambos son “malos” y son “gordura”, sin embargo cada uno de los estímulos (sobrepeso y obesidad) son denominados como la contraparte del otro estímulo, es decir la *obesidad* es definida como sobrepeso y el *sobrepeso* como obesidad.

Encontramos una connotación negativa de definidoras en ambos estímulos sin embargo la red semántica de la *Obesidad*, es más compacta, y clara en comparación con la del sobrepeso. La obesidad es una enfermedad “peligrosa”, es “grasa”, “mala” que genera “discriminación”, “burlas” y es “fea”. De manera contraria, también muestra una connotación negativa pues es “incómoda”, es depresión

causada por una mala alimentación, falta de ejercicio, chatarra y por el consumo de grasas.

Retomando el estudio previo, en el que utilizamos preguntas abiertas encontramos que algunas madres consideran que es lo mismo el sobrepeso y la obesidad, tomemos en cuenta que esta muestra fue tomada de otro jardín de niños, lo que nos genera inquietudes respecto a que si las madres no pueden diferenciar el sobrepeso de la obesidad, o si no se tiene una idea clara de cada uno difícilmente se puede identificar en el caso de los niños como algunos estudios lo han reportado.

Estudio 1c

Estudio Exploratorio en Niños Preescolares

Objetivo

Explorar cuáles son las preferencias alimentarias en niños preescolares, así como sus creencias de los alimentos que nos hacen engordar.

Participantes

Con el previo consentimiento de los padres se contó con la participación de N=81 niños (43 niños y 38 niñas) quienes se encontraban cursando el tercer grado a nivel preescolar de un jardín de niños público y que se ubicaban en un rango de 5 y 6 años (M=5.75 años, D.E. 434).

Instrumento

Se diseñó un cuestionario para entrevistar a los niños en dónde se les hicieron las siguientes preguntas: ¿De lo que comes qué es lo que más te gusta?, ¿Por qué?, ¿Crees que hay alimentos que hacen que nos pongamos gorditos(as)? ¿Cuáles? (ver anexo 1.3).

Procedimiento

Se acudió con las autoridades de la escuela para solicitar los permisos correspondientes. Se realizó una junta con los padres y se explicaron los objetivos de la investigación, además de solicitar su consentimiento. Las preguntas se

hicieron de manera individual a los niños en un salón de clases. La entrevista se realizó en un tiempo aproximado de 5 a 10 minutos en promedio.

Resultados

Se realizó un análisis de contenido, con el objetivo de categorizar las respuestas obtenidas y crear unidades conceptuales que englobaron las respuestas de los participantes, se procedió a codificar con el programa Atlas.ti v 5.5.9 y, finalmente, se diseñaron diagramas mediante el análisis de las respuestas. En la figura 30 se describen las respuestas obtenidas de la pregunta: ¿Y de lo que comes qué es lo que más te gusta? dentro de las preferencias más importantes de los participantes son: las frutas y las verduras principalmente, diversos tipos de sopas, la comida rápida, carnes y antojitos mexicanos.

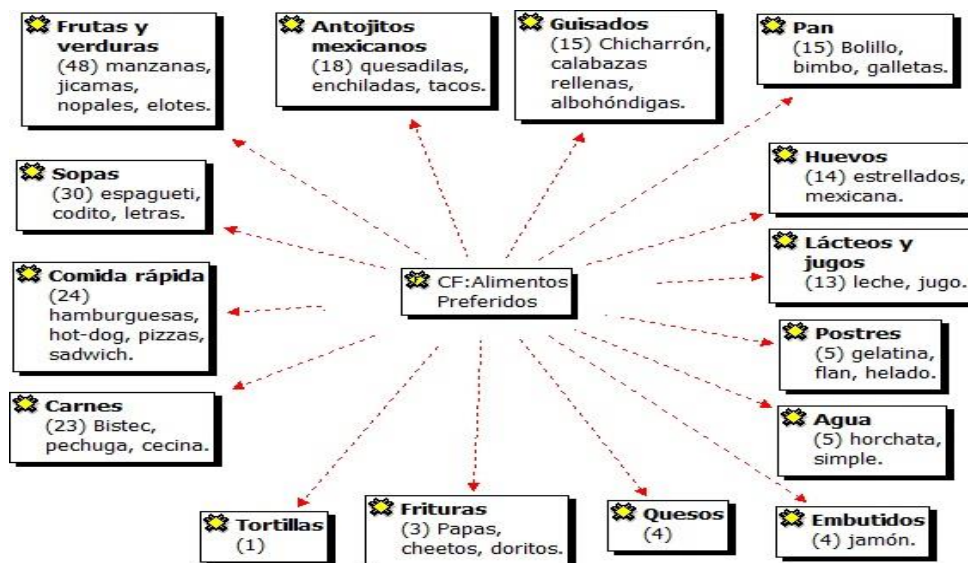


Figura 30. Categorías de los alimentos preferidos

Cabe destacar que los alimentos no tan preferidos de los niños son las tortillas, frituras, quesos y embutidos. Al preguntar por qué consideraban que dichos alimentos eran de sus favoritos o preferidos, principalmente contestaron que es porque les gusta su sabor, como segundo motivo de preferencia mencionaron factores afectivos, es decir el alimento seprefiere dependiendo de quién lo proporciona o de como lo elaboran, en este último caso se cita a las madres como las protagonistas en la elaboración de los alimentos. Como tercer motivo

mencionaron las características físicas del alimento, es decir su estructura física, color, etc. Y, finalmente, otro de los motivos de preferencia son las funciones que los niños mencionan que los alimentos le proporcionan a su organismo es decir, la obtención de vitaminas, minerales que ayudan a su cuerpo para crecer (ver figura 30.1).

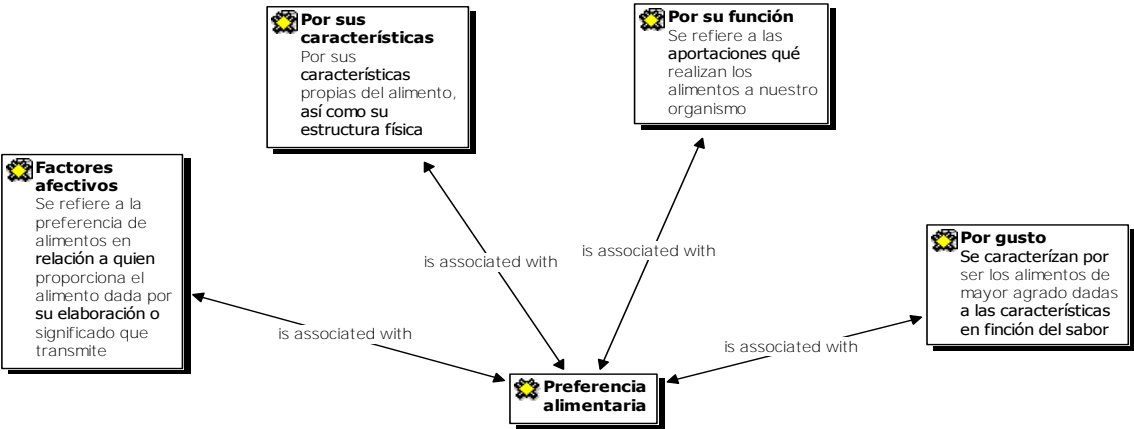


Figura 30.1. Motivos de preferencia de alimentos.

En la pregunta ¿Crees que hay alimentos que hacen que nos pongamos gorditos? El 71% de las niñas y el 58% de los niños considera que los alimentos propician que tengamos un aumento de peso. El 5 % de las niñas no saben si existe asociación entre ponernos gorditos y los alimentos (ver figura 30.2).

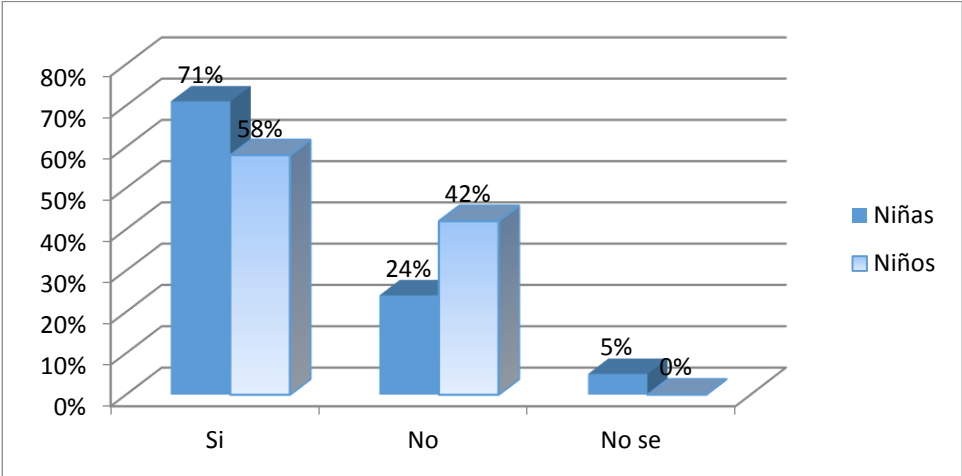


Figura 30.2. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿Crees que haya alimentos que hacen que nos pongamos gorditos?

A los participantes que mencionaron que los alimentos generan que nos pongamos gorditos, se les pidió que especificaran cuáles alimentos en particular. En la tabla 4

se observan todos los alimentos que engordan según las creencias de los niños y las niñas preescolares. Las niñas a diferencia de los niños consideran el pan como alimento que nos hace engordar, $X^2(1)= 19.95$, $p=.001$, las frituras, $X^2(1)= 7.18$, $p=.007$ y las golosinas, $X^2(1)= 6.59$, $p=.01$. Los niños consideran que los postres, $X^2(1)=4.45$, $p=.035$, la grasa, $X^2(1)= 3.86$, $p=.049$ y el agua, $X^2(1)= 4.92$, $p=.027$ son alimentos que hacen que nos hacen engordar mientras que las niñas que no lo mencionaron.

Tabla 4.
Diferencias por sexo de alimentos que nos hacen engordar

Alimentos	Frecuencia		X^2
	Niñas	Niños	
Frutas y Verduras	2	6	3.07
Pan	10	8	19.95**
Frituras	8	5	7.18**
Comida rápida	4	6	2.58
Sopas	0	1	4.92*
Golosinas	8	2	6.59**
Carnes	1	5	2.74
Guisados	1	1	3.21
Huevos	1	2	2.15
Lácteos y jugos	1	1	3.21
Postres	0	5	4.45*
Tortillas	2	2	1.03
La grasa	0	2	3.86*
Comida chatarra	2	2	1.03
Refrescos	1	2	2.15
Agua	0	1	4.92*

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$

En la figura 30.3 se describen los motivos del por qué los participantes consideran que los alimentos hacen que nos pongamos gorditos. Las respuestas se clasificaron en dos factores importantes: las características de los alimentos que se refiere al contenido de los mismos y a factores individuales, es decir, por que comemos mucho o el tipo de actividad que realizamos como ver la televisión o inactividad física.

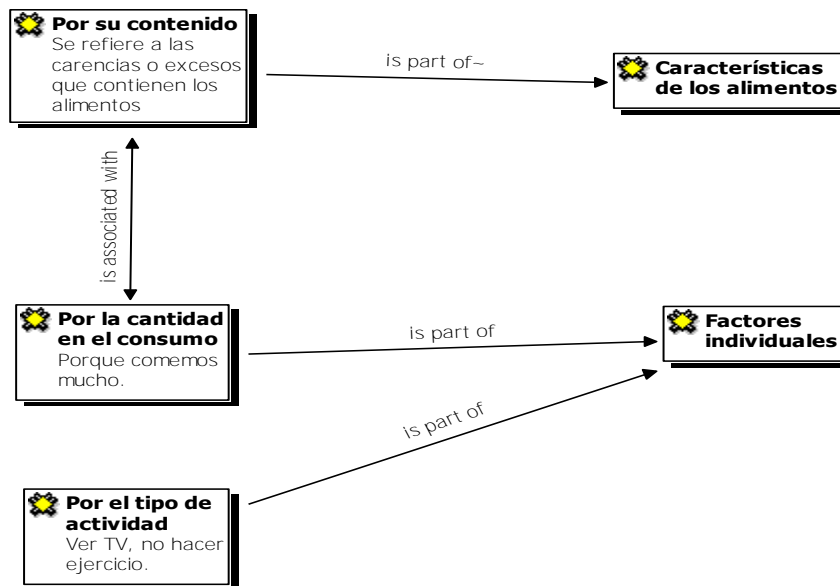


Figura 30.3. Motivos de ganancia de peso por los alimentos

Conclusiones

El objetivo del presente estudio fue explorar cuáles son las preferencias alimentarias en niños preescolares, así como los alimentos que ellos consideran que nos hacen engordar. Jáuregui-Lobera & Bolaños Ríos (2011) reportan que las preferencias de ciertos alimentos se debe principalmente al atractivo sensorial seguido por el precio y el control de peso en adultos. En este estudio se encontró que los niños preescolares prefieren las frutas y verduras principalmente, diversos tipos de sopas, la comida rápida, carnes y antojitos mexicanos, nuestros resultados concuerdan con un estudio que se realizó con niños escolares los cuáles prefieren los antojitos mexicanos además de la leche entera, los dulces, el yogurt, pasteles, papas fritas y cereal azucarado. (López, Vázquez, Bolado, González, Castañeda, Robles, Velásquez, Aguirre & Comuzziea, 2007). Respecto a la preferencia de las frutas y verduras es posible que se deba a que en especial estos niños tienen comedor en la escuela y el menú es establecido por la nutrióloga. Los motivos de preferencia hacia ciertos alimentos se debe a factores afectivos, es decir a los niños les gustan ciertos alimentos por que su madre se los preparó, en nuestra cultura el afecto se trasmite por medio de la preparación de los alimentos como lo menciona Vargas (2001). Sin embargo, también se destaca la preferencia de los niños por alimentos con ciertas vitaminas debido a que éstos les ayudan a crecer. De acuerdo

con cuales son los alimentos que los niños consideran que hacen que nos pongamos gorditos encontramos diferencias por sexo, las niñas consideran que el pan, las frituras y las golosinas nos hacen engordar a diferencia de los niños que mencionaron a los postres, la grasa y el agua como alimentos engordadores. Cabe destacar que los participantes consideran que engordamos por la cantidad de alimentos que consumimos, sin embargo, resulta relevante destacar cómo el desconocimiento que tienen algunos participantes en base a qué alimentos generan el aumento de peso, mencionan frutas y verduras pero en cuestión a la comida chatarra, no son considerados como factores generadores, el desconocimiento del mismo puede propiciar seguir manteniendo el alto consumo y a su vez seguir incrementando los índices de prevalencia en sobrepeso y obesidad infantil. Las preferencias de los niños también están basadas en el actual estilo de vida en donde, el consumo frecuente de comida rápida se ha implantado a su corta edad. Sin embargo, la gravedad por la preferencia de estos alimentos (hamburguesas, pizzas, refrescos, etc.) repercute en el niño de manera alarmante como Fleischhacker, Evenson, Rodríguez & Ammerman (2011) reportaron puesto que el consumo frecuente de comida rápida está asociado con el incremento en el IMC favoreciendo así la probabilidad de sobrepeso y obesidad en edades posteriores.

Los estudios previos realizados para madres e hijos sentaron las bases para la construcción y validación de las siguientes escalas, así como el diseño de los instrumentos para niños que exploran las creencias sobre el exceso de peso y las preferencias alimentarias.

Capítulo IV

Etapa 2

Validación Psicométrica de las Escalas de Medición

En el siguiente capítulo se explicará el proceso de validación para las escalas de medición, es importante mencionar que la construcción de cada una de las escalas se basó en los resultados del capítulo anterior que corresponde a los estudios exploratorios (anexos 2 hasta el anexo 2.11). Por otro lado, para la validación de las 16 escalas de medición y con el objetivo de que tuvieran validez y confiabilidad aceptable, se realizaron dos etapas de validación. Por ende, a continuación se describirán las características de la primera muestra y posteriormente la segunda. Una vez explicados se mostrarán los resultados de cada una de las escalas, pero es importante señalar que los resultados estarán de manera simultánea, es decir los resultados de la primera validación (anexo 3 hasta el anexo 3.14.14) son explicados primero y después los de la segunda, pero las primeras escalas las podemos observar en los anexos y las finales dentro de este mismo capítulo.

Estudio 2^a. Primera Validación Psicométrica de las Escalas de Medición

Objetivo

Construir y validar psicométricamente un instrumento de medición con las variables de estudio: la norma subjetiva, creencias hacia las causas del exceso de peso en niños y adultos, la autoeficacia percibida hacia peso y la alimentación, actitudes hacia el sobrepeso y la obesidad en niños y adultos.

Participantes

Se contó con la participación de 400 madres y abuelas(2%) con hijos(as) y nietos(as) en educación preescolar (73%) y primaria (24%) de escuelas públicas (84%) y privadas (26%) del Distrito Federal, el 48% niños y el 52% niñas, en un rango de edad de 2 a 8 años con una media de 5.2. La edad de las madres fue de 18 a 62 años, con una media de 33 años, con nivel de estudios de bachillerato (33%), secundaria (21%) y licenciatura (21%) principalmente. El 20% de las madres

son solteras y el 80% casadas. El 43% de las madres son empleadas, el 31% son amas de casa y el 10% llevan a cabo algún oficio. A continuación se muestra la escolaridad de las madres en la figura 40.

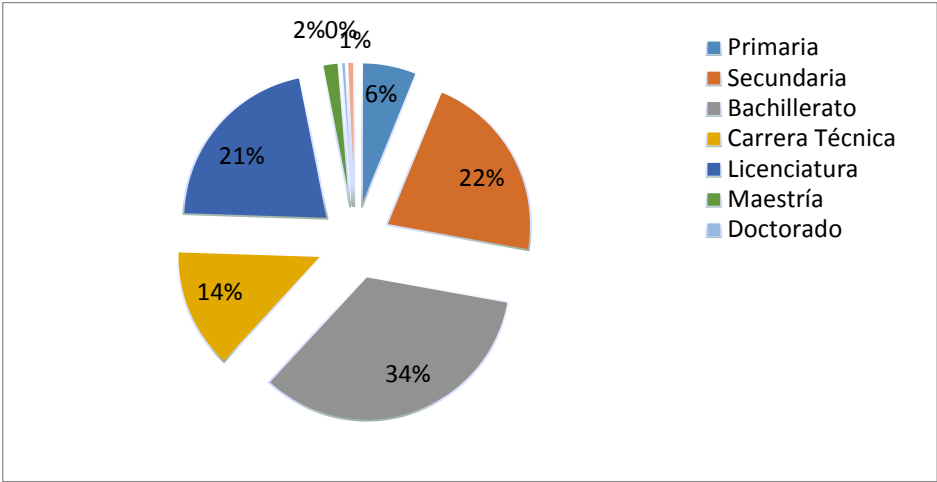


Figura 40. Porcentajes sobre la escolaridad de las madres

Se incluyeron una serie de preguntas referentes al tiempo que pasan sus hijos frente a la televisión durante el día, el número de hijos que tienen, si amamantaron y por cuanto tiempo, si sus hijos hacen ejercicio y el tiempo que lo realizan semanalmente, si practican algún deporte y el tiempo invertido.

A continuación se muestra en la figura 40.1 el porcentaje de niños que practican deporte. Como podemos observar un poco más de la cuarta parte de la muestra de niños realiza actividad física, es decir que este grupo de niños pertenece a un equipo de futbol, natación o practica algún deporte que requiere ejercicio periódico y constante.

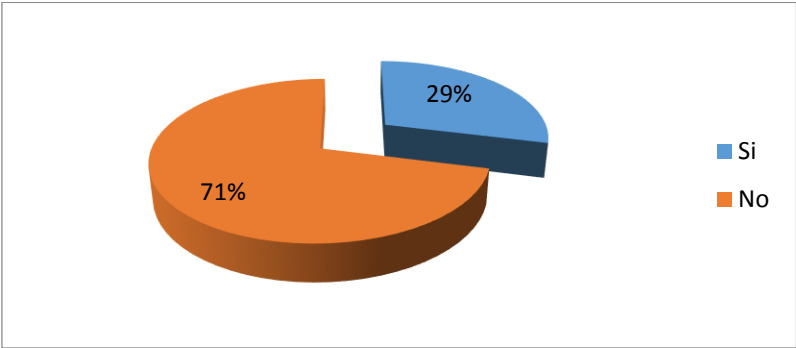


Figura 40.1. Porcentaje de niños(as) que practican deporte.

En la figura 40.2 los porcentajes del tipo de deporte o actividad física que realizan los niños(as), encontramos que las actividades que más realizan son el futbol y natación. Creamos una clasificación denominada “diferentes deportes”, en esta categoría se agruparon las respuestas en donde las madres reportaban que sus hijos participaban en dos o más actividades (natación, futbol, tae kwon do) durante la semana.

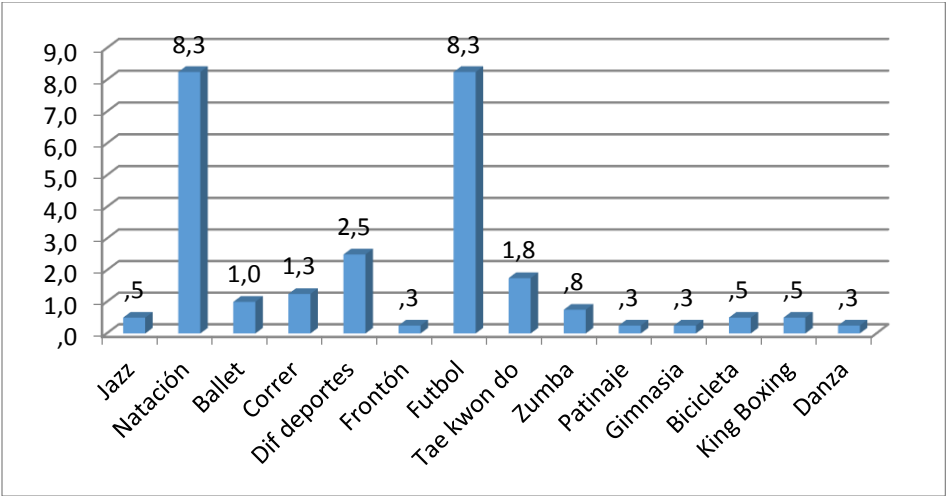


Figura 40.2. Porcentaje de respuesta al tipo de deporte o actividad física.

Porcentajes de respuesta del tiempo que las madres reportan que sus hijos pasan frente a la televisión. Se realizó una clasificación del tiempo, el cuál va de 1 a 2 horas, de 3 a 4, y así sucesivamente. Como podemos observar más del cincuenta por ciento de los niños(as), pasan de 1 a 2 horas frente a la televisión, mientras un 3% le invierte alrededor de 5 a 6 horas (ver figura 40.3).

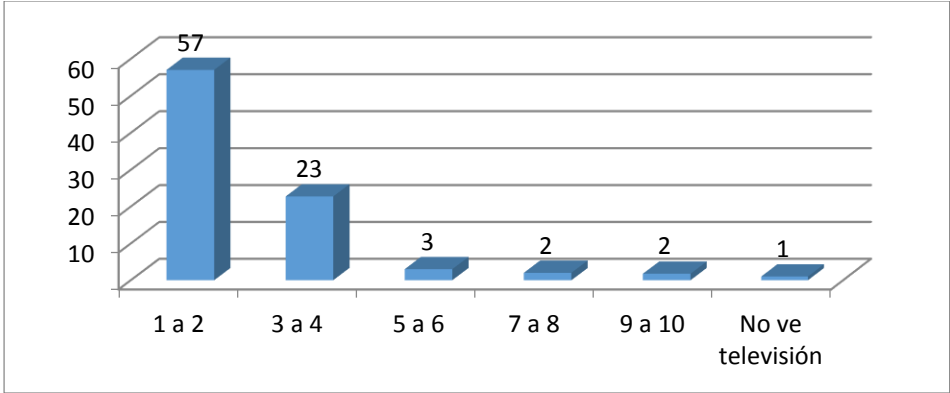


Figura 40.3. Porcentaje de tiempo frente a la televisión.

Instrumento

Conformado por 16 escalas de medición: norma subjetiva hacia la educación, el peso y la alimentación; creencias de alimentos que nos hacen subir de peso en adultos y niños; creencias de alimentos saludables en adultos y niños; creencias hacia las causas del exceso de peso en niños y adultos; creencias sobre las consecuencias del exceso de peso en adultos; creencias hacia el exceso de peso en los niños; creencias sobre la responsabilidad de padres en relación al exceso de peso en niños; actitudes hacia el sobrepeso y la obesidad; autoeficacia hacia la alimentación y el peso. Para estas escalas las respuestas fueron tipo Likert pictórica de 5 intervalos de respuesta que iban desde 1= Totalmente en desacuerdo hasta 5= Totalmente de acuerdo y, mediante el diferencial semántico de Osgood, la escala de actitudes hacia la alimentación y el exceso de peso en niños y adultos con adjetivos bipolares que van del 1 al 7 (anexos 2 hasta el anexo 2.11).

Procedimiento

Se acudió a escuelas públicas y privadas del Distrito Federal, se solicitó el consentimiento para realizar el estudio y se procedió a la aplicación del instrumento. Se obtuvo el apoyo de los directivos quienes reunieron a las madres en el salón de clases, contestaron en un tiempo aproximado de 90 minutos. En algunas escuelas se les entregó el instrumento para que fuera contestado en casa.

Tratamiento estadístico

- Análisis de frecuencia, medidas de tendencia central y de dispersión por reactivo.
- Análisis de poder discriminativo y de direccionalidad de los reactivos a través de t Student y cross tabs.
- Análisis factorial por el método de componentes principales con rotación ortogonal.
- Análisis de confiabilidad interna por medio de del Alpha de Cronbach para cada factor y escala en general.

Estudio 2^b. Segunda Validación Psicométrica de las Escalas de Medición

De acuerdo a la confiabilidad y validez obtenida en la proceso de validación anterior, la siguiente etapa constituye una segunda validación con el objetivo de incrementar el número de reactivos para cada una de las escalas se modificó la redacción de algunos reactivos y se agregaron nuevos, a continuación se describen las características del estudio.

Objetivo

Incrementar la confiabilidad y validez de cada una de las escalas, así como comprobar su estructura factorial inicial.

Participantes

A través de un muestreo no probabilístico intencional participaron 370 madres y cuidadores primarios de la alimentación de los(as) niños(as) (3.2% padres y 2.9% abuelas) cursando el nivel preescolar. Las edades de las madres con un rango de 17 a 63 años ($\bar{x}=32$ D.E. 7.9). Las edades de los niños comprendidas de 3 a 6 años ($\bar{x}=5$, D.E..64).

Procedimiento.

Se acudió a las escuelas públicas y privadas del Distrito Federal, se solicitó el consentimiento y se procedió a la aplicación del instrumento. Se obtuvo el apoyo de los directivos quienes reunieron a las madres en el salón de clases, quienes contestaron en un tiempo aproximado de 90 a 1.30 minutos. En algunas escuelas se les entregó el instrumento el cual fue contestado en casa.

Tratamiento estadístico

- Se corrigieron los reactivos que tuvieron errores en la redacción o que no eran claros, se incrementó el número de reactivos en cada escala con base a un análisis detallado de los estudios exploratorios previos. Análisis de frecuencia, medidas de tendencia central y de dispersión por reactivo.

- Análisis de poder discriminativo y de direccionalidad de los reactivos a través de *t Student* y *cross tabs*.
- Análisis factorial por el método de componentes principales con rotación ortogonal
- Análisis de confiabilidad interna por medio de del Alpha de Cronbach para cada factor y escala en general.

RESULTADOS

Como se puede mostrar en la siguiente figura 40.4 el 32% de las madres y/o cuidadores primarios de los(as) niños(as) tiene un nivel de estudios de secundaria, seguido de un 22.9% a nivel técnico y el 15.7% de licenciatura. Bajos porcentajes lo componen el nivel de maestría, doctorado y quienes no tienen algún tipo de estudio.

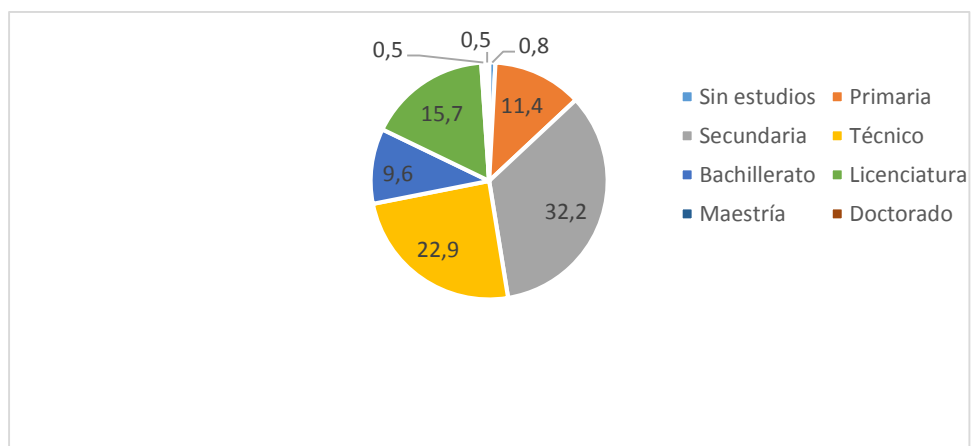


Figura 40.4. Porcentaje de respuesta para escolaridad.

En la figura 40.5 podemos observar que el 44% de los participantes son casados que sumándolos con los que viven en unión libre son el 73% que tienen una pareja y el 19.5% no la tienen.

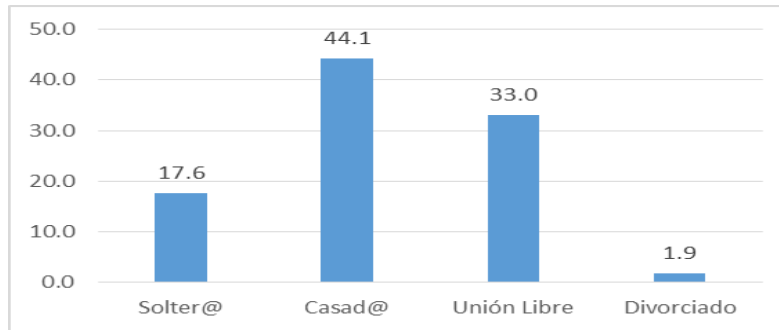


Figura 40.5. Porcentaje de respuesta para el estado civil.

A continuación se muestra el tipo de ocupación que realizan, aproximadamente, el 62% son amas de casa, seguido del 25% quienes son empleadas(os) principalmente. (ver figura 4.7).

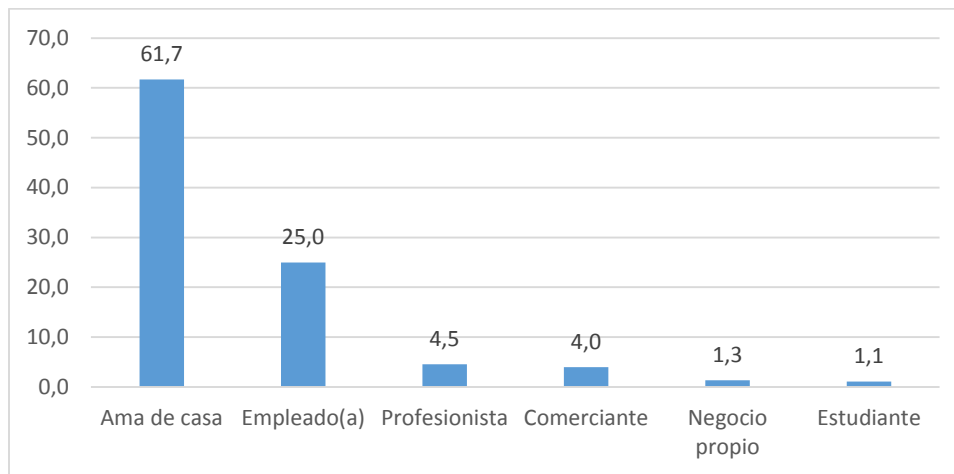


Figura 40.6. Porcentaje de respuesta para el tipo de ocupación.

Escala de la Norma Subjetiva hacia el Peso y la Alimentación

Con el objetivo de validar psicométricamente la escala que mide que personas son importantes para las madres al tomar una decisión en relación al peso y la alimentación de sus hijos, se redactaron 7 reactivos como se muestran en el anexo 2. Se obtuvieron dos factores mediante el análisis factorial de componentes principales, con rotación varimax de los cuales no se eliminó ninguno, se corrió un primer análisis factorial con rotación varimax, los factores convergieron en 3 iteraciones obteniendo dos factores que explican el **60.5%** de la varianza, con una confiabilidad del alpha de Cronbach de $\alpha=.76$. El factor *vínculo* denominado así

porque representa el grupo de personas a quienes las madres toman en cuenta su opinión, son personas con las cuáles existe un vínculo afectivo cercano. El factor denominado *expertos* y representa al tipo de especialistas que tienen una preparación escolar que las madres consideran como un apoyo significativo en relación con el cuidado de peso y la alimentación de sus hijos, es importante destacar que el reactivo pareja, se incluye en este factor. En el anexo 2.1 se muestra la escala con cada uno de los reactivos, en el anexo 3.1.1 se muestra la estructura factorial con las características de cada factor.

Para la segunda validación se agregaron los reactivos “Psicólogo”, “Nutriólogo”, “Mamá” y “Pediatra”, con base a un análisis cualitativo en donde las madres reportaron a las personas a quienes les piden su opinión en relación al peso y alimentación de sus hijos. Como podemos observar en la tabla 5.1 se eliminó el reactivo “Pareja” y mediante el análisis factorial con rotación varimax, los factores convergieron en 3 iteraciones obteniendo dos factores que explican el **60.5%** de la varianza, con una confiabilidad del alpha de Cronbach de $\alpha=.83$, el primer factor se denominó *expertos* y el segundo *vínculo*, con un total de 11 reactivos de la escala final.

Tabla 5.1
Componentes de la escala de la norma subjetiva hacia el peso y la alimentación

Alpha de Cronbach	0.83	0.79	0.86
% de Varianza Explicada	60.58%	32.78%	27.80%
Media	2.6	3,0	2,2
Desviación Estándar	.98	1,2	,9
		Expertos	Vínculo
Pediatra		.889	
Médico		.849	
Nutriólogo		.834	
Psicólogo		.717	
Profesores de mi hijo(a)		.671	
Mamá			.809
Mis papás			.790
Hermanos			.742
Suegros			.656
Amigos(as)			.618

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a: La rotación convergió en 3 iteraciones

Escala de la Norma Subjetiva hacia la Educación

Con el objetivo de evaluar cuáles son las personas importantes para las madres al tomar una decisión en relación a la educación de sus hijos, se redactaron 7 reactivos (ver anexo 2.11) por medio del análisis factorial con el método de componentes principales, con rotación varimax, los factores convergieron en 3 iteraciones obteniendo dos factores que explican el **57.8%** de la varianza, con una confiabilidad de la prueba total mediante el alpha de Cronbach de $\alpha=.75$ (ver anexo 3.2.2). En la segunda validación se agregaron los reactivos “Psicólogo”, “Nutriólogo”, “Mamá” y “Pediatra”. Como podemos observar en la tabla 5.2 se eliminó al igual que en la escala que mide la Norma Subjetiva hacia el Peso y la Alimentación el reactivo “Pareja” y mediante el análisis factorial por el método de componentes principales, con rotación varimax, los factores convergieron en 3 iteraciones obteniendo dos factores que explican el **58.8%** de la varianza, con una confiabilidad de la prueba total mediante el alpha de Cronbach de $\alpha=.84$, el primer factor se denominó *expertos* y el segundo el cual representa un *vínculo* con un total de 11 reactivos de la escala final.

Tabla 5.2.
Componentes de la escala de la norma subjetiva hacia la educación.

Alpha de Cronbach	0.84	0.78	0.84
% de Varianza Explicada	58.86%	31.16%	27.70%
Media	2,56	2,26	2,96
Desviación Estándar	,93	,95	1,17
		Vínculo	Expertos
Pediatra		.862	
Médico		.829	
Nutriólogo		.817	
Psicólogo		.701	
Profesores de mi hijo(a)		.641	
Hermanos			.754
Mis papas			.753
Suegros			.751
Mamá			.750
Amigos(as)			.567

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a: La rotación convergió en 3 iteraciones

Escala de Creencias de los Alimentos que Causan Exceso de Peso y la Escala de Alimentos Saludables en Adultos

Con el objetivo de evaluar las creencias que las madres tienen respecto a los alimentos que consideran que propician el exceso de peso y los alimentos que son considerados saludables en los adultos, se redactaron 10 reactivos que se agruparon en el tipo de alimentos de acuerdo a la clasificación utilizada por Hernández (1998) y a las respuestas de las madres en el estudio cualitativo. Se obtuvieron dos escalas la Escala de Creencias de Alimentos que Causan Exceso de Peso está conformada por los reactivos: grasas, comida rápida, azúcares y antojitos mexicanos, mediante el análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, obteniendo un solo factor que explica el **73.9%** de la varianza, con una confiabilidad de la prueba total mediante el alpha de Cronbach de $\alpha=.88$ con cuatro reactivos (ver anexo 3.3.3). En la segunda validación también se obtuvo un factor que explica el **74%** de la varianza, con una confiabilidad de la prueba total mediante el alpha de Cronbach de $\alpha=.88$ con cuatro reactivos. Para la Escala de Creencias de Alimentos Saludables en la primera validación obtuvimos un factor que explica el **78.6%** de la varianza, con una confiabilidad de la prueba total mediante el alpha de Cronbach de $\alpha=.86$ con tres reactivos, en la segunda fase obtuvimos un factor que explica el **60%** de la varianza, con una confiabilidad de la prueba mediante el alpha de Cronbach de $\alpha=.81$ con cinco reactivos. Es decir, la confiabilidad y la varianza explicada arrojaron puntajes ligeramente más bajos que los resultados iniciales como se muestra en la tabla 5.5 y 5.6. Sin embargo, a diferencia de la primera validación, no eliminamos reactivos en ambas escalas.

Tabla 5.3.

Componentes de la escala creencias de alimentos calóricos en adultos

Alpha de Cronbach	0.88
% de Varianza Explicada	74%
Media	4.4
Desviación Estándar	.93
Comida Rápida	.900
Grasas	.897
Azúcares	.833
Antojitos Mexicanos	.816

Tabla 5.4.

Componentes de la escala creencias de alimentos saludables en adultos

Alpha de Cronbach	0.81
% de Varianza Explicada	59.89%
Media	1.7
Desviación Estándar	.8
Frutas	.862
Leguminosas	.844
Verduras	.827
Tubérculos	.699

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
a 1 componente extraído.

Cereales .598

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
a 1 componente extraído.

Escala de Creencias de los Alimentos que Causan Exceso de Peso y la Escala de Alimentos Saludables en los Niños

Con el mismo objetivo de las escalas anteriores pero enfocadas a los niños, se edactaron los mismos 10 reactivos (ver anexo 2.5) que se agruparon en el tipo de alimentos de acuerdo a la clasificación utilizada por Hernández (1998) y a las respuestas de las madres en el estudio cualitativo. Se realizó el mismo procedimiento estadístico que en las escalas anteriores, sólo que en éstas nos enfocamos en lo que las madres consideran son alimentos saludables y los que pueden propiciar exceso de peso en los niños. En estas escalas no se incrementó el número de reactivos solo se buscó la consistencia en la medición. En la primera validación de la Escala de Alimentos Calóricos se obtuvo por el método de componentes principales, con rotación varimax, obteniendo un sólo factor que explica el **67.6%** de la varianza, con una confiabilidad de la prueba total mediante el alpha de Cronbach de $\alpha=.83$ con cuatro reactivos (anexo 3.3.3) En la segunda validación se obtuvo un solo factor que explica el **65%** de la varianza con alpha de Cronbach de $\alpha=.82$. Para la Escala de Creencias de Alimentos Saludables en la primera validación obtuvimos un factor que explica el **64.9%** de la varianza y un alpha de Cronbach de $\alpha=.81$. En la segunda validación obtuvimos un factor que explica el **62.3%** de la varianza, con una confiabilidad de la prueba mediante el alpha de Cronbach de $\alpha=.84$ con cinco reactivos. Es decir, la confiabilidad y la varianza explicada arrojaron puntajes ligeramente más bajos que en la primera Escala de Alimentos Calóricos, pero en la Escala de Alimentos Saludables incrementó la varianza y la confiabilidad (ver tablas 5.5 y 5.6).

Tabla 5.5.
Componentes de la escala creencias de alimentos calóricos en niños

lpha de Cronbach	0.82
% de Varianza Explicada	65%
Media	1.7
Desviación Estándar	.8
Grasas	.864
Comida Rápida	.841
Azúcares	.821
Antojitos Mexicanos	.695

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
a 1 componente extraído.

Tabla 5.6.
Componentes de la escala creencias de alimentos saludables en niños

Alpha de Cronbach	0.84
% de Varianza Explicada	62.33%
Media	4.1
Desviación Estándar	.91
Cereales	.858
Frutas	.857
Verduras	.828
Tubérculos	.710
Leguminosas	.677

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
a 1 componente extraídos.

Escala de Creencias hacia las Causas del Exceso de Peso en Adultos

Con lo obtenido en el estudio cualitativo se redactaron 8 reactivos enfocados a las creencias sobre las causas del exceso de peso (anexo 2.6). Se excluyeron los reactivos que no cargaron en algún factor o que se ubicaron en dos factores. Los reactivos eliminados respecto a las causas del exceso de peso fueron: “el embarazo en las mujeres”, “algunas enfermedades”, “no comer a sus horas” y “comer de todo”. Mediante el análisis factorial en la primera validación obtuvimos un alpha de Cronbach de $\alpha=.69$ con un factor que explica el **53.6%** de la varianza con un total de cuatro reactivos (anexo 3.6.6) En la segunda validación se incluyeron once reactivos, es decir un total de 15 reactivos en relación a las causas del exceso de peso en adultos. Se eliminaron los reactivos 5, 6, 7, 8, 9 y 15. Se obtuvo un alpha de Cronbach del $\alpha=.84$ con un factor que explica el **62.9%** de la varianza con un total de cuatro reactivos. El primer factor con seis reactivos se denominó *factores personales* y el segundo con cuatro reactivos *malos hábitos*. En la tabla 5.7 se muestra la estructura factorial con las características de cada factor.

Tabla 5.7.
Componentes de la escala de creencias hacia las causas del exceso de peso en adultos.

Alpha de Cronbach	0.84	0.82	0.80
% de Varianza Explicada	62.98%	33.46%	29.51%
Media	4.3	4.5	4.1
Desviación Estándar	.7	.7	.8

	Factores personales	Malos hábitos
Descuido personal	.791	
Incapacidad de controlarse al comer	.791	
Irresponsabilidad	.791	
Baja autoestima	.722	
Presión familiar	.673	
Tener una mala alimentación		.802
No hacer ejercicio		.791
El consumo de alimentos engordadores		.791
No comer a sus horas		.740

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
a: 1 Componente extraído.

Escala de Creencias hacia las Causas del Exceso de Peso en los Niños

Se redactaron 16 reactivos de la primera escala sobre las causas del exceso de peso en los niños(as) (anexo 2.9) se obtuvieron tres factores que explican el **53%** de la varianza el primero enfocada hacia las causas en relación a la alimentación, el segundo hacia conductas sedentarias y el tercero el papel que tienen los padres, con una confiabilidad de la prueba total mediante el alpha de Cronbach de $\alpha=.77$ con un total de once reactivos, se obtuvieron tres factores el primero enfocada hacia las causas en relación a la alimentación, el segundo hacia conductas sedentarias y el tercero el papel que tienen los padres (ver anexo 3.5.5). En la segunda validación se agregaron algunos reactivos y se mejoró la redacción, siendo un total de 28 reactivos. Se obtuvieron dos factores que explican el **61%** de la varianza, con una confiabilidad de la prueba total mediante el alpha de Cronbach de $\alpha=.81$ con ocho reactivos de la escala final. La escala está conformada por dos factores, el primero se denominó hábitos ($\alpha=.78$), y el segundo conductas de los padres ($\alpha=.72$) (ver tabla 5.8).

Tabla 5.8.

Componentes de la escala de creencias hacia las causas del exceso de peso en niños.

	Alpha de Cronbach	0.81	0.78	0.72
% de Varianza Explicada	61%	34%	27%	
Media	3,9	4,0	3,9	
Desviación Estándar	,9	,9	1,1	
			Hábitos	Padres
Los niños NO hacen suficiente actividad física			.829	
Estar mucho tiempo frente a la TV, computadora, videojuegos, etc.			.785	

El consumo de alimentos No balanceados	.782	
Los padres NO cuidan su propio peso		.865
Que los padres tienen una mala alimentación		.842
Los padres NO están informados de cómo cuidar su peso		.687

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Escala de Creencias hacia el Exceso de Peso en los Niños

Se redactaron 17 reactivos en la primera validación (ver anexo 2.7) se obtuvieron dos escalas: una enfocada hacia el exceso de peso (anexo 3.7.7) y la otra hacia la responsabilidad de los padres respecto a la misma problemática (anexo 3.9.9). La primera quedo conformada por cuatro reactivos con un alfa de Cronbach de $\alpha=.69$ que explican el **52%** de la varianza.

En el se muestra la estructura factorial con la primera escala, con solo cuatro reactivos obtuvimos un alfa de Cronbach de $\alpha=.69$ que explican el **52%** de la varianza. En la segunda validación se agregaron reactivos siendo un total de 11, la escala final quedó conformada por seis reactivos que explican el **56.9%** de la varianza, con una confiabilidad del alpha de Cronbach de $\alpha=.83$. En la tabla 5.9 se muestra la estructura factorial con las características de cada factor.

Tabla 5.9.

Componentes de la escala de creencias hacia el exceso de peso en niños

	Alpha de Cronbach	0.83
	% de Varianza Explicada	56.95%
	Media	1.9
	Desviación Estándar	.94
Es mejor que los niños estén llenitos a que estén flaquitos		.692
Los niños gorditos son bonitos		.851
Los niños cachetones son lindos		.851
Algunos niños gorditos son chistosos		.778
Es más grave que un adulto tenga obesidad que un niño		.586
Es parte de su desarrollo que los niños preescolares suban de peso		.735

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a: 1 componente extraído

Escala de Creencias hacia el Exceso de Peso en Adultos

Se redactaron 8 reactivos enfocados a las creencias en relación a las consecuencias hacia el exceso de peso en adultos (anexo 2.8). Los reactivos eliminados fueron: “La actividad física no previene el sobrepeso ni la obesidad cuando es genético (hereditario)”, “tener sobrepeso u obesidad no afecta la salud solo se tiene que bajar de peso”, “los adultos con sobrepeso u obesidad a pesar de hacer ejercicio no logran tener su peso ideal”. Mediante el análisis factorial con rotación varimax se obtuvo un total de tres reactivos que explican el **64.54%** de la varianza y una confiabilidad mediante el alpha de Cronbach $\alpha=.55$ (ver anexo 3.8.8). En la segunda validación se agregaron reactivos siendo un total de 8, la escala final quedó conformada por seis reactivos que explican el **57%** de la varianza, con una confiabilidad del alpha de Cronbach de $\alpha=.63$. Se obtuvieron dos factores, el primero denominado *creencias erróneas* que refiere a las creencias que tienen las madres hacia el exceso de peso pero que, de acuerdo con la literatura podrían interpretarse como falsas. En el segundo factor que denominamos *consecuencias*, refleja una parte de lo que el exceso de peso puede ocasionar desde la percepción de las madres. En la tabla 5.10 se muestra la estructura factorial con las características de cada factor.

Tabla 5.10.

Componentes de la escala de creencias hacia el exceso de peso en adultos

	Alpha de Cronbach	0.63	0.63	0.58
	% de Varianza Explicada	57.03%	28.87%	28.16%
	Media	3.0	2.5	3.7
	Desviación Estándar	.8	1.1	1.0
		Creencias erróneas		Consecuencias
Tener sobrepeso u obesidad NO afecta la salud sólo se tiene que bajar de peso.		.770		
La actividad física NO previene el sobrepeso ni la obesidad cuando es genético (hereditario).		.703		
Los adultos con sobrepeso u obesidad a pesar de hacer ejercicio NO logran tener su peso ideal.		.673		
Las personas con sobrepeso u obesidad sólo se vuelven más lentas.				.821
Una persona con exceso de peso es una persona enferma.				.772
Una vez que subes de peso es muy difícil bajar				.595

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a: La rotación ha convergido en 3 iteraciones

Escala sobre la Responsabilidad de los Padres con el Exceso de Peso

La escala que se obtuvo de la primera validación quedó conformada por tres reactivos con un factor que explica el **57%** de la varianza, y una confiabilidad de la prueba total del alpha de Cronbach de $\alpha=.61$. (anexo 3.9.9). En la segunda validación se agregaron seis reactivos para un total de nueve, la escala final quedó conformada por seis reactivos que explican el **57.4%** de la varianza, con una confiabilidad de la prueba total del alpha de Cronbach de $\alpha=.67$. Se obtuvieron dos factores el primero denominado *malos hábitos* y el segundo *falta de información*. En la tabla 5.11 se muestra la estructura factorial con las características de cada factor.

Tabla 5.11.

Componentes de la escala de creencias hacia la responsabilidad de los padres

	Alpha de Cronbach	0.67	0.63	0.58
	% de Varianza Explicada	57.40%	30.88%	26.51%
	Media	3.3	3.1	3.6
	Desviación Estándar	.9	1.2	1.0
		Malos hábitos	Falta de información	
A los papás NO les importa que los niños pasan más tiempo frente a la T.V.		.769		
Los padres prefieren que sus hijos vean TV a que salgan a jugar al aire libre.		.834		
Si los padres comen mucho sus hijos también.		.604		
Los padres NO deben permitir que los niños vean más de 1 hr de TV al día.				.746
Los padres NO son conscientes de los peligros de la obesidad en niños preescolares.				.717
Los padres NO saben exactamente como alimentar a sus hijos.				.688

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a: La rotación ha convergido en 3 iteraciones

Escala de Autoeficacia hacia la Alimentación y el Peso

Se diseñaron 25 reactivos con la intención de evaluar la creencia que tienen las madres hacia la capacidad de alimentar y cuidar el peso de sus hijos(as) (anexo 2). Por medio del análisis factorial se obtuvieron cuatro factores que explican el **61%** de la varianza, con una confiabilidad de la prueba total mediante el alpha de Cronbach de $\alpha=.90$ con un total de 20 reactivos (ver anexo 3.10.10). En la segunda

validación obtuvimos un factor que explica el **52%** de la varianza, con una confiabilidad de la prueba total mediante el alpha de Cronbach de $\alpha=.91$ con 13 reactivos como se muestra en la tabla 5.12.

Tabla 5.12

Componentes de la escala de autoeficacia percibida hacia la alimentación

	Alpha de Cronbach	.91
	% de Varianza Explicada	52%
	Media	4.5
	Desviación Estándar	.63
Vigilar la alimentación de mi hijo(a)		.843
Equilibrar la alimentación de mi hijo(a).		.822
Procurar que la comida de la semana sea balanceada.		.800
Tomar las mejores decisiones respecto al cuidado de peso en mi hijo(a)		.783
Estar al pendiente del peso de mi hijo(a)		.753
Apoyar a mi hijo(a) para que haga ejercicio		.736
Enseñarle a mi hijo(a) buenos hábitos alimenticios.		.715
Hacer ejercicio con mi hijo(a)		.701
Identificar cuando mi hijo(a) está subiendo de peso.		.685
Crear una serie de actividades en el parque con mi hijo(a).		.667
Evitar que mi hijo(a) padezca sobrepeso u obesidad,		.638
Encontrar la manera de que mi hijo(a) mantenga su peso adecuado		.622
Solucionar el problema de peso de mi hijo(a).		.573

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Escala de Actitudes hacia la Alimentación

Mediante el Diferencial Semántico de Osgood se diseñaron tres escalas, una que evalúa actitudes hacia la alimentación, otra hacia el exceso de peso en los niños y la otra hacia el exceso de peso en los adultos (anexo 2.2). Se redactaron 14 adjetivos bipolares con el objetivo de evaluar las actitudes hacia la alimentación. Por el método de componentes principales, con rotación varimax, se obtuvo un factor que explica el **70.18%** de la varianza, con una confiabilidad de la prueba total mediante el alpha de Cronbach de $\alpha=.94$ con un total de diez reactivos (ver anexo 3.11.11). En la segunda validación obtuvimos un factor que explica el **64%** de la varianza, con una confiabilidad de la prueba total mediante el alpha de Cronbach de $\alpha=.86$ con cinco reactivos como se muestra en la tabla 5.13.

Tabla 5.13
Componentes de la escala de actitudes hacia la alimentación

Alpha de Cronbach	0.86
% de Varianza Explicada	64.81%
Media	6
Desviación Estándar	1,2
Innecesario-Necesario	.841
Enfermo-Sano	.838
Dañino-Benéfico	.807
Agradable-Desagradable	.797
Soportable-Insoporable	.738
Método de extracción: Análisis de componentes principales.1 componente extraído	

Escala de Actitudes hacia el Exceso de Peso en Adultos

Al igual que la escala anterior se utilizaron 14 pares (anexo 2.1) de adjetivos y mediante el análisis factorial con el método de componentes principales, con rotación varimax, los factores convergieron en 3 iteraciones obteniendo dos factores que explican el **65%** de la varianza, con una confiabilidad de la prueba total mediante el alpha de Cronbach de $\alpha=.83$ con un total de nueve reactivos (anexo 3.12.12). En la segunda validación obtuvimos dos factores que explican el **65%** de la varianza, con una confiabilidad de la prueba total mediante el alpha de Cronbach de $\alpha=.87$ con 13 reactivos como se muestra en la tabla 5.14.

Tabla 5.14.
Componentes de la escala de actitudes hacia el exceso de peso

Alpha de Cronbach	0.87	0.94	0.57
% de Varianza Explicada	64%	51%	12%
Media	5.2	5.8	3.2
Desviación Estándar	1.2	1.4	1.6
Bonito-Feo	.892		
Seguro-Peligroso	.884		
Malo-Bueno	.862		
Agradable-Desagradable	.861		
Cómodo-Incómodo	.838		
Soportable-Insoporable	.820		
Dañino-Benéfico	.820		
Enfermo-Sano	.802		
Responsable_irresponsable	.720		
Innecesario-Necesario	.660		
Activo-Pasivo			.839
Fuerte-Débil			.809
Permanente-Momentáneo			.451

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.
a: La rotación convergió en 3 iteraciones

Escala de Actitudes hacia el Exceso de Peso en Niños

Por el método de componentes principales, con rotación varimax, se obtuvieron dos factores que explican el **64%** de la varianza, con una confiabilidad de la prueba total mediante el alpha de Cronbach de $\alpha=.90$ con un total de ocho reactivos (anexo 3.13.13). En la segunda validación obtuvimos un factor que explica el **66%** de la varianza, con una confiabilidad de la prueba total mediante el alpha de Cronbach de $\alpha=.93$ con 13 reactivos como se muestra en la tabla 5.15.

Tabla 5.15.

Componentes de la escala de actitudes hacia el exceso de peso en niños

Alpha de Cronbach	0.93
% de Varianza Explicada	66%
Media	5.2
Desviación Estándar	1.7
Seguro-Peligroso	.890
Bonito-Feo	.856
Cómodo-Incómodo	.845
Agradable-Desagradable	.834
Responsable-irresponsable	.820
Enfermo-Sano	.794
Soportable-Insoporable	.741
Innecesario-Necesario	.706

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a: 1 componente extraído

Escala de Actitudes hacia el Sobrepeso y la Obesidad

Para el diseño de esta escala se trabajó se contó con la participación de 345 madres de niños(as) en educación preescolar (73%) y primaria (24%) de escuelas públicas (84%) y privadas (26%) del Distrito Federal. Se redactaron 33 reactivos que buscaban medir la evaluación positiva/negativa hacia el sobrepeso y la obesidad en dos dimensiones niños y adultos. Los reactivos de las escalas fueron aleatorizados. Por el método de componentes principales, con rotación varimax, se obtuvieron tres factores que explican el **54%** de la varianza, con una confiabilidad de la prueba total

mediante el alpha de Cronbach de $\alpha=.77$ con 11 reactivos. Los factores fueron denominados actitud negativa, significado e importancia (anexo 3.14.14). En la segunda validación obtuvimos dos factores que explican el **52.94%** de la varianza, con una confiabilidad de la prueba total mediante el alpha de Cronbach de $\alpha=.86$ con 11 reactivos. El primer factor denominado *actitud negativa* y el segundo *consecuencias* (ver tabla 5.16).

Tabla 5.16.

Componentes de la escala de actitudes hacia el sobrepeso y la obesidad

	Alpha de Cronbach	0.85	.81	.73
% de Varianza Explicada	52.94%	28.34%	24.60%	
Media	4.4	4.5	4.4	
Desviación Estándar	.6	.6	.7	
		Negativa	Consecuencias	
La obesidad es exceso de grasa		.715		
Es preocupante que los niños suban de peso		.712		
La obesidad es mala		.707		
Que los niños sean obesos es un descuido		.706		
La obesidad es peligro		.679		
Ser obeso a cualquier edad es malo		.525		
La obesidad es enfermedad		.433		
Estar gordito causa discriminación				.744
Los niños obesos sufren de bullying				.728
El sobrepeso te hace sentir depresión				.710
Los niños obesos tienen problemas emocionales				.668

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a: La rotación convergió en 3 iteraciones

Conclusiones

Con el objetivo de incrementar el número de reactivos, mejorar la redacción, así como incrementar la validez y su confiabilidad de cada una de las escalas, se realizó una segunda validación. En general, en todas las escalas encontramos una mejor estructura, validez de constructo y un incremento en la confiabilidad. La norma subjetiva es definida como la percepción del sujeto acerca de lo que piensan las personas importantes para él, acerca de si debería o no llevar a cabo una acción, y en este caso buscamos evaluar las personas importantes para las madres entorno al cuidado del peso y la alimentación de sus hijos; como pudimos observar en la tabla 5.17, en esta escala encontramos dos factores una denominada expertos (pediatra, médico, nutriólogo, psicólogo y profesores) y el

otro factor involucra a las personas que tienen un vínculo afectivo o más cercano y de quienes las madres toman en cuenta su opinión. Por otro lado, las escalas que evalúan los alimentos que las madres consideran son saludables y los alimentos que propician exceso de peso, encontramos que las cuatro escalas mantuvieron todos sus reactivos en comparación con la primera validación.

La escala de creencias hacia las causas del exceso de peso en adultos se conformó por dos factores, el primero se caracteriza por aquellos rasgos personales del individuo que pueden jugar el papel como facilitadores para la adquisición de peso. El segundo factor denominado malos hábitos representa aquellas conductas que se repiten en el tiempo de modo sistemático, que en este caso se caracterizan por ser negativas para mantener un peso adecuado.

En el caso de la escala que evalúa las creencias sobre las causas del exceso de peso en los niños también encontramos dos factores, al igual que en la escala de adultos, el primer factor refiere a los malos hábitos que están relacionados con los niños y en el segundo se caracteriza a las acciones que las madres tienen con relación al cuidado del peso y la alimentación, como un papel que influye en las causas del exceso de peso en los niños.

Por otro lado, como ya observamos con anterioridad se crearon dos escalas más que hablan de las creencias que se tienen hacia el exceso de peso en general, no se centran exclusivamente en las causas, de estas escalas se diseñó una versión para niños y otra para adultos como lo hemos estado mostrando. La escala *creencias para adultos* arrojó dos factores; el primero se caracteriza por este conjunto de creencias que pueden denominarse erróneas al observar que la literatura contradice tales reactivos. El segundo factor, se caracteriza por las implicaciones o consecuencias que conlleva el exceso de peso en los adultos.

La escala de creencias hacia la responsabilidad de las madres que tiene como finalidad evaluar el papel que cumplen las madres en el cuidado de peso de sus hijos, se dividió en dos factores, el primero denominado malos hábitos y el segundo falta de información, el cual refiere al desconocimiento que tienen los padres en cuestión al cuidado de peso.

En la escala de actitudes hacia el exceso de peso arrojó dos factores, el primero que engloba actitudes negativas, y el segundo factor que refleja actitudes negativas hacia el exceso de peso pero con la manifestación de las consecuencias que estas traen consigo.

Posteriormente, en los resultados se describieron las tres escalas de actitudes que se diseñaron mediante el diferencial semántico de Osgood, las cuales obtuvieron una confiabilidad alta.

Finalmente, la escala de autoeficacia percibida hacia el peso y la alimentación de los hijos, presentó una estructura unifactorial y se caracteriza por evaluar las creencias que tienen las madres hacia la eficacia para cuidar y mantener el peso y la alimentación de sus hijos.

Etapa 2^o Cuestionario de Creencias hacia las Causas del Exceso de Peso para Niños

Objetivo

Construir y validar un cuestionario sobre las creencias que tienen los niños acerca de las causas del exceso de peso en niños en edad preescolar.

Participantes

La muestra fue no probabilística conformada por 127 niños (42% niños y 58% niñas) en un rango de edad de 3 a 6 años con una $\bar{x}=5.0$ y una D.E. .69, cursando el nivel preescolar de 1er. a 3er. grado, el 9% de 1er. grado, el 22% de 2do. y el 66% de tercero. La investigación se realizó en tres escuelas públicas del Distrito Federal.

Instrumento

Se construyó un instrumento con 13 pares de dibujos (una versión para niños y otra para niñas) del cual se les hicieron 17 preguntas con el objetivo de explorar las creencias que tienen los(as) niños(as) preescolares sobre las causas del exceso de peso. Las preguntas estuvieron conformadas por cuatro áreas que engloban las causas del sobrepeso y la obesidad como son: sedentarismo, alimentación, herencia, porción y tipo de comida, así como la influencia de los padres con relación a las conductas que propician el exceso de peso (ver anexo 4).

El primer par de imágenes constituye una silueta de un niño (niña en el caso de las niñas) delgado y la otra imagen con un niño con sobrepeso, en este par se les preguntó: ¿Cuál crees que va más al doctor? ¿Cuál crees que es el niño(a) más sano(a)? ¿Cuál se enferma más? ¿Cuál te gusta más? Y finalmente a ¿A cuál te pareces? En el segundo par de imágenes se les mostró un niño comprando papas fritas y el otro coctel de fruta y se les preguntó, si uno de esos niños se pusiera gordito ¿Cuál sería? En otro par de imágenes un niño está corriendo y otro está viendo la televisión y se hace la misma pregunta, si uno de esos niños se pusiera gordito ¿Cuál sería?

En el cuarto par de imágenes están los papás de un niño gordito con mucha comida y ellos delgados, y la otra los papás (también delgados) con mucha comida pero a un lado su hijo delgado. Se les preguntaba ¿Los papás que comen mucho tienen hijos gorditos o delgados? En el quinto par un(a) niño(a) está comiendo pizza y otro está comiendo guisado y se hace la misma pregunta, si uno(a) de estos(as) niños(as) se pusiera gordito ¿Cuál sería?

En el sexto par se encuentran los papás delgados de un niño delgado y los papás delgados de un niño gordito y se hizo la pregunta ¿Los papás delgados tienen hijos delgados o gorditos? En el séptimo par hay niños jugando con la pelota y en la otra imagen hay niños jugando videojuegos y se les pregunta si uno de esos niños se pudiera gordito ¿Cuál sería? En el octavo par hay niños haciendo ejercicio y en la otra un niño grande y un bebé y se les preguntó ¿Los niños son gorditos porque no hacen ejercicio o porque así nacieron? En el noveno par están los papás gorditos de un niño delgado y los papás gorditos de un niño gordito y se les preguntó ¿Los papás gorditos tienen hijos delgados o gorditos? Posteriormente en el décimo par están los papás de un niño delgado con mucha comida y en la otra los papás de un niño delgado con poca comida y se les preguntó ¿Si uno(a) de estos(as) niños(as) se pusiera gordito cuál sería?

En el onceavo par se muestra a un niño que observa a otros haciendo ejercicio negándose a realizar alguna actividad física y en la otra imagen un niño con la intención de realizar ejercicio y sus padres negándose. En este par se les hizo la pregunta ¿Los niños son gorditos porque no quieren hacer ejercicio o porque sus papás no los dejan? En el doceavo par de imágenes se les mostró una imagen con un plato con mucha comida y otro con poca comida y se les preguntó ¿Un niño gordito cuál preferiría? Y finalmente se les mostraron tres imágenes en una de ellas había un bebé gordito y se les preguntó: Este es un bebé gordito ¿Cuándo sea grande como crees que será? Y se le mostraba una imagen de un adulto delgado y otra de un adulto gordito. Una vez obtenida la respuesta por cada par de imágenes se les cuestionó el porqué de su respuesta.

Procedimiento

Una vez otorgada la autorización por los directivos de los diferentes planteles se expusieron los objetivos de la investigación a las madres, se solicitó su consentimiento y una vez aclarada la confidencialidad y el anonimato, se llevó a cabo la aplicación del instrumento de manera individual con los niños en un salón independiente al salón de clases con un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos. Posteriormente se capturaron las respuestas, se realizaron análisis descriptivos.

Para la validación se realizó el siguiente tratamiento estadístico: análisis de frecuencia, medidas de tendencia central y de dispersión por reactivo. Análisis de poder discriminativo y de direccionalidad de los reactivos a través de *t Student* y *Cross Tabs* y para observar cómo se agrupan los reactivos se realizó un análisis por conglomerados de tipo jerárquico.

Resultados

Con el objetivo de explorar cuáles son las creencias que los(as) niños(as) en edad preescolar tienen hacia las causas del sobrepeso y la obesidad, se encontró que el 82% de los participantes respondieron que el gordito es quien más acude al doctor, *porque comen cochinas, por gorditos, tienen que bajar de peso para poder jugar, se enferman más y para que les saquen la grasa que tienen*. El 89% de los niños mencionó que el niño delgado es más sano, *porque comen frutas y verduras y no comen tanta comida*. Se les preguntó ¿Cuál se enferma más? El 82% mencionó que el(a) niño(a) gordito(a) *porque comen mucha grasa y por ser gorditos(as)*. Al preguntarles ¿A cuál te pareces? El 13% respondió que al niño(a) gordito(a) y el 84% al niño(a) delgado(a). A la pregunta ¿Cuál te gusta más? El 15% seleccionó al niño(a) gordito(a) y el 83% al niño(a) delgado(a). El motivo de preferencia por la imagen del niño(a) delgado(a) se debe a que *son bonitos, porque a las niñas gordas nadie las quiere y porque no les gustan que coman mucho* (ver figura 50).

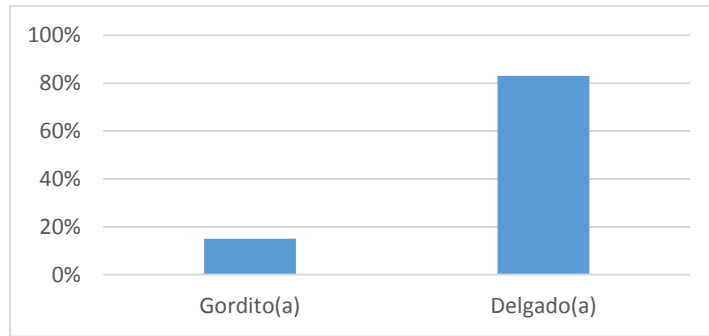


Figura 50. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿Cuál te gusta más?

En el segundo par de dibujos se representa a un niño comprando en la calle coctel de fruta y otro papas fritas, se les preguntó que si un niño se pusiera gordito cuál de los dos sería, el 73% mencionó que el niño que compra papas es quien subiría de peso pues *las papas son comida chatarra, no son alimento, nos hacen engordar, tienen aceite y mucha grasa, no son sanas y ese niño(a) no come fruta*. Otros mencionaron que se debe a que *comen en la calle*. Por otro lado algunos de los que consideraron que el que engordaría es el niño(a) que come fruta se debe a que *si comes fruta engordas* (ver figura 50.1).

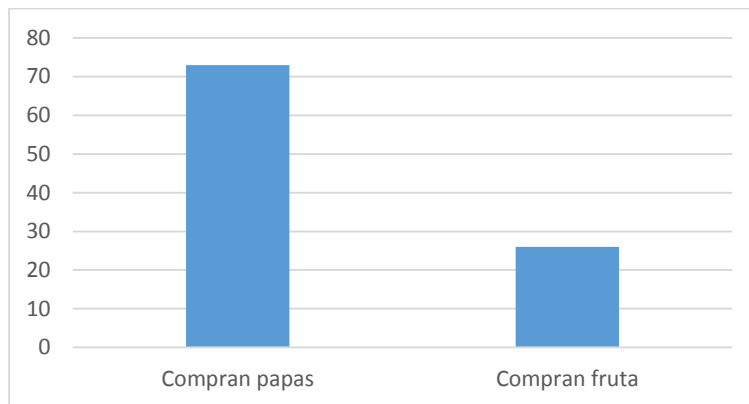


Figura 50.1. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿Cuál subiría de peso?

En el tercer par de imágenes un(a) niño(a) está corriendo y otro(a) está viendo la televisión y se hace la misma pregunta, si uno(a) de esos niños(as) se pusiera gordito(a) ¿Cuál sería? El 35% mencionó que el (la) que hace ejercicio y el 61% la

(el) que ve televisión. Los que mencionaron que engorda el niño(a) que ve la televisión es por *estar sentado, porque no hace ejercicio, come mucho, no hace nada y no se mueve, porque si ves tele engordas*. Por otro lado, los que mencionaron que engordas porque corres y haces ejercicio consideran que se debe a que *no debes salir a la calle, por brincar y hacer ejercicio*.

Ante la pregunta ¿Los papás que comen mucho tienen hijos(as) gorditos(as) o delgados(as)? El 50% respondió que los papás que comen mucho tienen hijos(as) delgados(as) y el 47% mencionó que tienen hijos(as) gorditos(as). Si tienen hijos gorditos es porque *los papás comen mucho y sus hijos están así, comen cosas no nutritivas, porque los papás le dan de comer mucho a sus hijos y todos comen mucho en casa*. De lo contrario si tienen hijos delgados es porque *la comida que consumen es sana, los papás los (las) dejan sin comer*.

En el quinto par un(a) niño(a) está comiendo pizza y otro está comiendo guisado y se hace la misma pregunta, si uno(a) de estos(as) niños(as) se pusiera gordito(a) ¿Cuál sería? El 74% mencionó que la que come pizza ya que *la pizza engorda, no es alimento, es grasosa, es chatarra, si comes pizza no creces y engordas*. Los(as) niños(as) que respondieron que el guisado nos pone gorditos(as) porque es mucha comida, son muchos(as) platos y otros mencionaron que comen pizza y no se ponen gorditos(as).



Figura 50.2. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿Cuál se pondría gordito(a)?

Ante la pregunta ¿Los papás delgados tienen hijos delgados o gorditos? El 24% mencionó que los papás delgados tienen hijos(as) gorditos(as) y el 75% considera

que tienen hijos(as) delgados(as). Al preguntar por qué, mencionan que tienen hijos(as) gorditos(as) porque *el niño tiene mucha hambre y se come de todo, ellos(as) comen bien, comen mucho*. Para los que respondieron que los hijos(as) nacen delgados(as) creen que esto pasa porque *los papás flaquitos le dicen a su hija que no coma mucho, si los papás no comen los hijos tampoco, no tienen mucho que comer, los papás delgados comen poco, nacen gorditas y de grandes enflacan*.

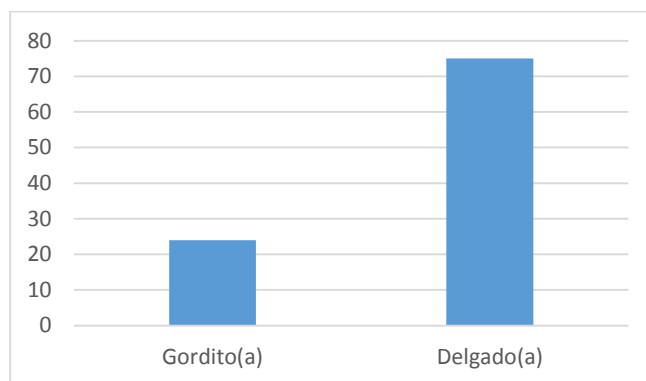


Figura 50.3. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿Los papás delgados tienen hijos delgados o gorditos?

En el séptimo par hay niños(as) jugando con la pelota y en la otra imagen hay niños(as) jugando videojuegos y se les pregunta si uno de esos niños(as) se pusiera gordito ¿Cuál sería? El 65% mencionó que los niños(as) que juegan videojuegos se pueden poner gorditos(as) y el 32% los(as) niños(as) que juegan con sus amigos(as). Pueden engordar si juegan videojuegos porque *comen mucho cuando están sentados, no hacen ejercicio, no es bueno ver tanta televisión, no hacen nada, si están en su casa les da mucha hambre y porque sólo juegan*. También mencionaron que los niños(as) delgados(as) pueden engordar *si corren porque cuando se caen se ponen gorditos(as), porque corren y se hacen gorditos(as), hacer ejercicio te hace engordar, cuando juegan mucho les da mucha hambre y engordan*.

Cuando se preguntó ¿Los niños son gorditos porque no hacen ejercicio o porque así nacieron? El 65% considera que son gorditos(as) porque no hacen ejercicio y el 33% menciona que es porque así nacieron. Consideran que los(as) niños(as) *comen más y no hacen ejercicio, les da flojera hacer ejercicio, los(as) gordos(as) no les gusta hacer ejercicio y si naces gordito así te quedas*.

En el noveno par están los papás gorditos de un niño delgado y los papás gorditos de un niño gordito y se les preguntó ¿Los papás gorditos tienen hijos delgados o gorditos? El 50% mencionó que los papás gorditos tienen hijos(as) delgados(as) y el otro 50% tienen hijos(as) gorditos(as). Los que tienen hijos(as) gorditos(as) los consideran así porque *así nacen, los papás les dan mucho de comer a sus hijos(as), porque los papás son gorditos, porque no les dan de comer verdura a sus hijos(as), sus papás así les enseñan a comer*. Los que tienen hijos(as) delgados(as) se debe a que *sus hijos(as) no comen mucho y los papás si, hijos(as) quieren ser flacos(as), mi papá es gordo y yo delgado(a), para que les digan cosas bonitas de ellos, los papás comen cosas malas y sus hijas no*.

Posteriormente, en el décimo par, están los papás de un niño delgado con mucha comida y en la otra los papás de un niño delgado con poca comida y se les preguntó ¿Si uno(a) de estos(as) niños(as) subiría de peso cuál sería? El 72% mencionó que los(as) niños(as) de los papás que comen mucho serán los que suban de peso y el 24% los papás que comen poco. Su principal motivo se debe a que *sus papás comen mucho y no hacen ejercicio*.

En el onceavo par se les hizo la pregunta ¿Los niños son gorditos porque no quieren hacer ejercicio o porque sus papás no los dejan? El 61% mencionó que se debe a que los(as) niños(as) no quieren hacer ejercicio y el 38% porque sus papás no los dejan. Dentro de los principales motivos del porqué no los dejan hacer ejercicio se debe a que *tienen mucha tarea, porque los(as) niños(as) se portan mal, a sus papás no les gusta hacer ejercicio, los(as) niños(as) no deben estar en la calle, los papás están enojados y porque los papás piensan que se roban a los(as) niños(as) en la calle*.

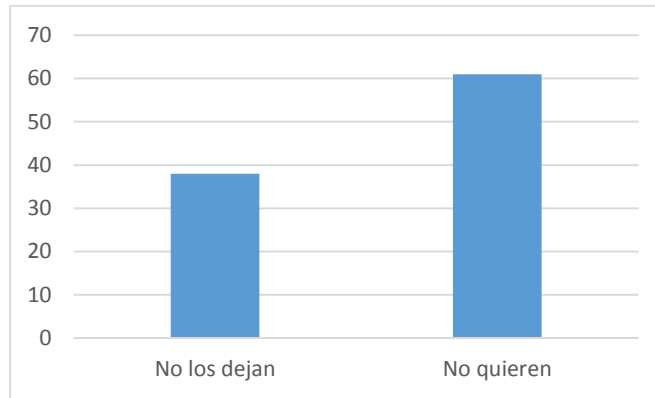


Figura 50.4. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿Los niños son gorditos porque no quieren hacer ejercicio o porque sus papás no los dejan?

En el doceavo par de imágenes se les mostró una imagen con un plato con mucha comida y otro con poca comida y se les preguntó ¿Un niño gordito cuál preferiría? El 77% mencionó que el plato de mucha comida y el 22% el de poca. Al preguntarles porque escogerían el plato con mucha comida los(as) niños(as) gorditos(as) respondieron que se debe a que *los(as) niños(as) gorditos(as) les cabe mucha comida, comen mucho, mucha comida hace engordar y los(as) gordos(as) quieren engordar, los(as) niños gorditos(as) se comen todo*. Los(as) que respondieron que un niño(a) gordito(a) escogería el plato con poca comida se *debe a que su mamá les sirve poco para que no engorde más, porque no les gusta y porque tienen que comer poco*.

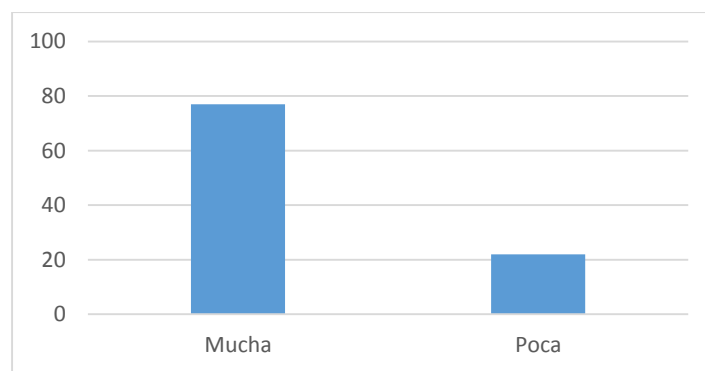


Figura 50.5 Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿Qué plato elegiría un niño gordito?

Y, finalmente, se les mostraron tres imágenes en una de ellas había un bebé gordito y se les preguntó: Este es un bebé gordito ¿Cuándo sea grande como crees que será? Y se le mostraba una imagen de un adulto delgado y otra de un adulto gordito.

El 70% mencionó que será un adulto gordito(a) y el 28% que será delgado(a). Consideran que será un adulto gordo porque *se es gordito(a) desde bebé, así crecen, porque si nace gordita va a comer mucho y así va a seguir, toma mucha leche y va a engordar*. Y será un adulto delgado(a) porque *cuando sean grandes se pondrán flacos(as), para que las ropa les quede bien, si come sano será delgada, sería gordita si come mucho y si nacen bebés gorditos haciendo ejercicio adelgazan*.

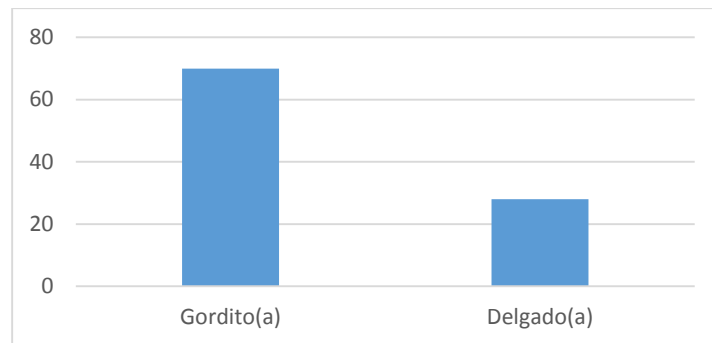


Figura 50.6. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿Cuándo sea grande como crees que será?

Posteriormente, realizamos el procedimiento de validación análisis de frecuencia, medidas de tendencia central y de dispersión por reactivo.

- Análisis de poder discriminativo y de direccionalidad de los reactivos a través de *t Student* y cross tabs.
- Análisis factorial por conglomerados de tipo jerárquico.

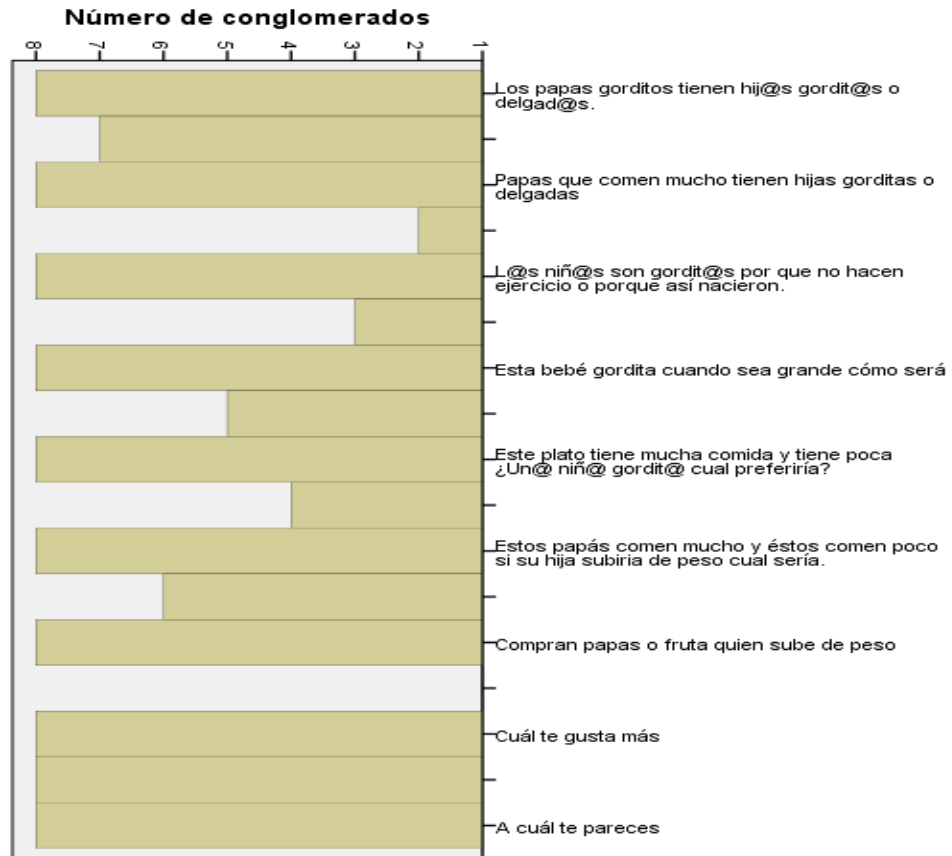


Figura 50.8. Número de conglomerados con los reactivos finales.

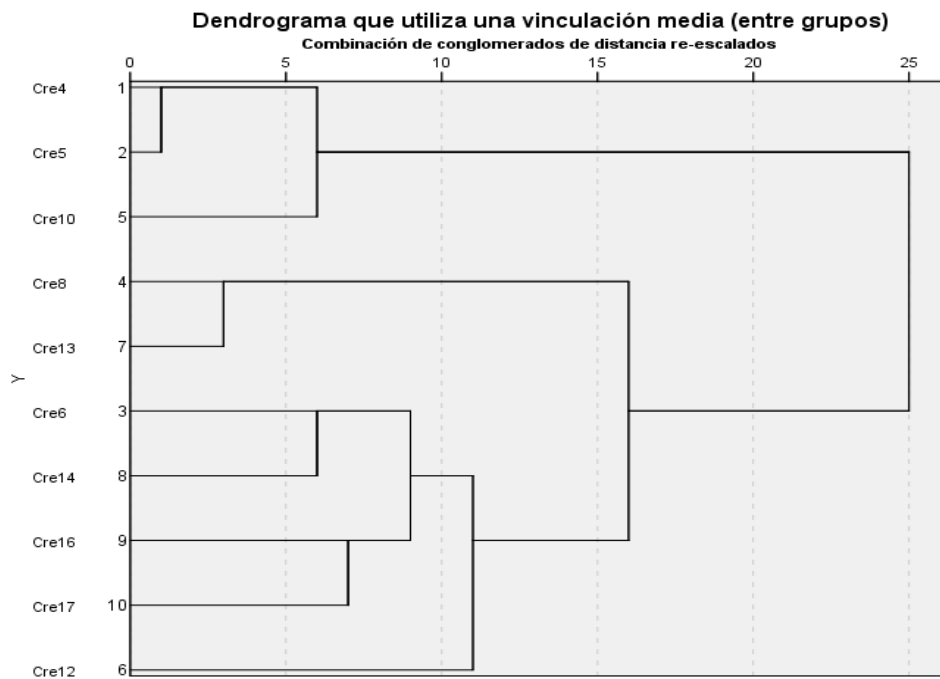


Figura 50.9. Dendrograma con los reactivos finales.

Mediante el análisis factorial de tipo jerárquico encontramos que las preguntas se agruparon en dos conglomerados, el primer grupo de creencias con los reactivos 4, 5, 10, 8 y 13, y el 6, 12, 14, 16 y 17. El reactivo 4 y 5 que tiene que ver con percepción corporal y actitud hacia los niños gorditos, el reactivo 10 que refiere a si los padres delgados tienen hijos delgados es parte del conglomerado anterior, pero no lo agrupó dentro de los anteriores. El reactivo 8 y 13 tiene relación con los padres, con lo que comen y si son gorditos. Para el segundo conglomerado que inicia con el grupo que tiene que ver con la alimentación de padres y de los niños con el reactivo 6 y 14. El 16, 17 y 12 se refieren al porqué los niños son gorditos y cómo serán cuando sean grandes.

Conclusiones

El sobrepeso y la obesidad en niños como en adultos, actualmente representan un papel importante en la vida diaria, de acuerdo con los resultados obtenidos, es evidente que los niños a su corta edad tienen la capacidad de identificar ciertos beneficios que proporcionan las acciones en favor a la prevención del sobrepeso y la obesidad. De manera contraria, no tienen una explicación clara para algunos eventos en torno a esta problemática. Es evidente que, para los niños en edad preescolar el niño delgado representa “salud”, muestran una actitud positiva y consideran que son los que menos acuden con el médico. Considerados saludables por la cantidad de frutas y verduras que consumen, en el caso de los niños gorditos, este grupo en particular son los que tienen la necesidad de visitar más al médico debido al exceso de grasa en su cuerpo y porque enferman más por la cantidad de *cochinadas* que consumen. Encontramos que los niños se visualizan como delgados. Por otro lado, la alimentación como bien sabemos tiene un papel fundamental en cuestión al cuidado del peso, y parece que los niños identifican claramente los alimentos que propician exceso de peso por ejemplo, saben que las papas fritas contienen grasa y que son perjudiciales a nuestro cuerpo, así como tener una actitud positiva hacia las frutas; no obstante, un grupo menor de estos niños considera que las frutas tienen grasa y que son perjudiciales. Por añadidura, realizamos otra pregunta, pero, en este caso les preguntamos en relación a qué

pasaba si los niños comen pizza o un guisado, un amplio porcentaje de los niños considera que la pizza puede generar exceso de peso en comparación con el guisado, es importante señalar que el guisado en ocasiones fue considerado como de riesgo debido a la cantidad de platos que se mostraban en la imagen, por ende en el estudio final se consideró apropiado explicar en un solo plato que era el guisado. Con relación a esta misma área, se indagó a la relación entre la cantidad de comida que se consume y el incremento en el peso. Encontramos que, para los niños es claro que la cantidad de comida influye en la ganancia de peso en nuestro cuerpo, más de la mitad de la muestra compartió esta idea. Es decir, el que come mucho es el que engorda; y si los niños comen poco es porque las madres restringen los alimentos a sus hijos porque ya están gorditos.

Al explorar si los niños perciben la influencia de los padres en el exceso de peso, encontramos que los niños consideran que los papás que comen mucho propician que sus hijos sean gorditos pero, en realidad, parece que no es un aspecto claro. Sin embargo, los niños consideran que si los niños son gorditos se debe a que los padres comen mucho y no comen cosas nutritivas, contrario a si sus hijos son delgados se debe a que los padres consumen comida saludable. Más adelante, con la finalidad de seguir explorando si los niños perciben la influencia de los padres en el peso de sus hijos, les preguntamos si el ser padre gordito influye para que su hijo sea gordito y de manera contraria con padre e hijo delgado, encontrando que la tercera parte de la muestra considera que sí hay una relación del peso del padre con el peso de su hijo, es decir si el padre es delgado seguro el hijo también lo será, consideran que se debe a que los padres controlan más el peso de sus hijos como ellos también lo hacen con el propio. En el caso de las imágenes que están conformadas por padres gorditos, se les preguntó cómo serían sus hijos, delgados o gorditos, encontramos que en las respuestas la mitad del grupo respondió que tendrían un hijo gordito y la otra parte que sería un hijo delgado. Las respuestas se basaban por un lado, en que si los padres son gorditos sus hijos también lo serán y, por el otro, en que hacían referencia a sus propias familias mencionando que ellos eran delgados y sus padres gorditos.

La actividad física representa una de las estrategias para la prevención y tratamiento del sobrepeso y la obesidad y, efectivamente los niños consideran, en mayor porcentaje, que el exceso de peso se puede deber al sedentarismo, por otro lado y en menor porcentaje también consideran que ser gordito se debe a que así se nace.

Los niños también consideran que quienes podrían subir de peso son los niños que juegan videojuegos, pues ellos mencionaron que no es bueno jugar demasiado o ver mucha televisión porque te da hambre y subes de peso. Sin embargo, los niños reportaron que algunas veces los padres no permiten que sus hijos realicen actividad física debido a que tienen mucha tarea, se portan mal o no deben estar en la calle porque se los roban.

De acuerdo a los hallazgos encontrados, podemos concluir que los niños en edad preescolar pueden diferenciar de cuáles son las barreras o facilitadores para el sobrepeso y la obesidad infantil, detectamos que algunas de las causas no son claras para ellos, pero han aprendido que existe una asociación entre lo que se come, el ejercicio que se hace, y la influencia de los padres en el peso corporal de sus hijos.

Estudio 2^d. Preferencias Alimentarias y Creencias de Alimentos con Alto Contenido Calórico

Objetivo:

Diseñar un instrumento que evalúe las preferencias alimentarias en niños de edad preescolar, así como si explorar los alimentos que les proporcionan sus madres y las creencias que tienen de alimentos saludables y con alto contenido calórico.

Participantes:

La muestra fue no probabilística conformada por 127 niños (42% niños y 58% niñas) en un rango de edad de 3 a 6 años con una $\bar{x}=5.0$ y una D.E. .69, cursando el nivel preescolar de 1er. a 3er. grado, el 9% de 1er. grado, el 22% de 2do. y el 66% de tercero. La investigación se realizó en tres escuelas públicas del Distrito Federal.

Instrumento:

Se diseñó una lámina (40x 60 cms) conformada por 88 imágenes de alimentos pertenecientes a siete grupos de alimentos (alimentos de origen animal, tubérculos, leguminosas, frutas, verduras, grasas y azúcares) Hernández, (1998) (ver anexo 10) y dos grupos más: comida rápida y antojitos mexicanos. Las imágenes fueron colocadas considerando que se distribuyeran los grupos de alimentos de manera equilibrada dentro de la lámina. A los niños(as) se les pidió que pusieran fichas sobre los alimentos que más les gustan, después los que no les gustan, los alimentos que más les da su mamá, los alimentos que consideran saludables y finalmente los alimentos que nos hacen engordar (ver anexo 4).

Procedimiento:

Una vez otorgada la autorización por los directivos de los diferentes planteles se expusieron los objetivos de la investigación a las madres, se solicitó su consentimiento y una vez aclarada la confidencialidad y el anonimato, se llevó a cabo la aplicación del instrumento de manera individual con los niños en un salón independiente al salón de clases con un tiempo aproximado de 15 minutos. Posteriormente se capturaron las respuestas y se fueron clasificando dependiendo

al grupo de alimento al que pertenecen, se realizaron análisis descriptivos de cada una de las preguntas tomando solo las primeras diez respuestas.

Resultados:

El 28% de los participantes reportaron que les gustan los azúcares seguido de las frutas (24%), grasas (11%) y la comida rápida (11%). En segundo lugar seleccionaron los azúcares (25%) nuevamente, las verduras (17%), frutas (16%), alimentos de origen animal (13%) y las grasas (10%). En tercer lugar el 18% selecciono los azúcares, frutas (16%), Alimentos de Origen Animal (AOA) (15%), cereales (15%), las grasas (13%) y la comida rápida (11%). En cuarto lugar los azúcares (22%), frutas (18%), AOA (17%), grasas (12%), cereales (10%), comida rápida (10%) y verduras (5%). En la tabla 6.1 se muestran del primer al décimo lugar los alimentos que más les gustan agrupados por tipo de alimento.

Tabla 6.1
Porcentaje de grupos de alimentos que más les gustan

	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º
Azúcares	28%	25%	18%	22%	19%	22%	21%	17%	18%	17%
Frutas	24%	16%	16%	18%	22%	14%	22%	22%	15%	11%
AOA	5%	13%	15%	17%	13%	14%	13%	13%	9%	12%
Grasas	11%	10%	13%	12%	13%	11%	9%	9%	11%	12%
Cereales	9%	6%	15%	10%	9%	9%	8%	12%	13%	15%
Comida	11%	8%	11%	10%	10%	9%	7%	10%	9%	13%
Verduras	5%	17%	6%	5%	6%	10%	10%	8%	16%	9%
Antojitos	2%	3%	2%	2%	3%	3%	6%	3%	2%	4%
Tubérculos		1%	2%	1%	2%	1%	1%	1%	1%	1%
Leguminosas	2%			1%		2%	1%	1%		
Agua simple	1%		1%	1%	1%	2%	1%	2%		

Posteriormente se les pidió que seleccionaran aquellos alimentos que no les gustan, encontramos que, el 27% de los(as) niños(as) no les gustan las verduras, seguido de los alimentos de origen animal (19%), antojitos mexicanos (11%), frutas (9%), grasas (9%) y azúcares (8%). En segundo lugar no les gustan las verduras (24%), AOA (14%), azúcares (13%), antojitos mexicanos (12%), frutas (11%) y grasas (7%). En tercer lugar las verduras (28%), antojitos mexicanos (13%), grasas (11%),

AOA (10%) y frutas (9%). En la tabla 6.2 se muestran del primero al décimo lugar los alimentos que no les gustan agrupados por tipo de alimento.

Tabla 6.2.
Porcentaje grupos de alimentos que no les gustan

	1 ^o	2 ^o	3 ^o	4 ^o	5 ^o	6 ^o	7 ^o	8 ^o	9 ^o	10 ^o
Azúcares	8%	13%	9%	5%	7%	8%	2%	6%	5%	3%
Frutas	9%	11%	9%	13%	7%	6%	13%	13%	6%	7%
AOA	19%	14%	10%	10%	12%	15%	6%	6%	9%	5%
Grasas	9%	7%	11%	16%	7%	7%	8%	8%	2%	6%
Cereales	6%	4%	6%	7%	4%	6%	9%	6%	3%	4%
Comida	4%	7%	4%	11%	5%	6%	4%	3%	7%	6%
Verduras	27%	24%	28%	20%	30%	14%	16%	13%	16%	15%
Antojitos	11%	12%	13%	6%	7%	7%	6%	6%	4%	2%
Tubérculos	1%	2%	2%		1%	3%	3%	2%	2%	2%
Leguminosas	5%	1%	1%	2%	3%	2%	2%	1%	2%	
Agua simple			1%			1%			1%	

La siguiente pregunta fue: ¿Qué es lo que más te da tu mamá? Encontramos que en primer lugar los(as) niños(as) seleccionaron a los alimentos de origen animal (AOA), en segundo lugar las frutas (21%), seguido nuevamente de las frutas (17%) en la tercera opción, AOA(21%), los azúcares (21%), las frutas (17%) en el sexto lugar, los AOA(16%), los azúcares (18%) y nuevamente para el noveno(17%) y décimo(15%) lugar las frutas (ver tabla 6.3).

Tabla 6.3.
Porcentaje de grupos de alimentos que más les da su mamá.

	1 ^o	2 ^o	3 ^o	4 ^o	5 ^o	6 ^o	7 ^o	8 ^o	9 ^o	10 ^o
Azúcares	9%	13%		9%	21%	13%	16%	18%	9%	13%
Frutas	19%	21%	17%	20%	17%	17%	13%	14%	17%	15%
AOA	26%	15%	16%	21%	17%	13%	16%	13%	13%	10%
Grasas	6%	6%	11%		6%	7%	6%	7%	7%	6%
Cereales	9%	11%	7%	11%	7%	9%		6%		8%
Comida	5%	11%	6%	9%	5%	8%	6%	9%	9%	4%
Verduras	15%	14%	15%	8%	13%	9%	10%	8%	9%	8%
Antojitos	2%	2%	3%	4%	3%	6%	6%	6%	3%	1%
Tubérculos		3%	1%	1%	2%	2%	2%		1%	2%
Leguminosas	6%		3%			2%	2%		2%	2%
Agua simple	1%	1%		1%	3%	2%	2%	2%	1%	

En la cuarta pregunta se les pidió que seleccionaran los alimentos que ellos consideraban como saludables. Como se puede observar en la tabla 6.4 los alimentos que consideran como saludables son las verduras, los siguientes tres que

corresponden del tercer y sexto lugar son las frutas, seguido de las verduras y los últimos tres nuevamente seleccionaron a las frutas. En cada una de las selecciones (1ra, 2da y 3ra), encontramos a las frutas, verduras y en tercer lugar los AOA.

Tabla 6.4.
Porcentaje de grupos de alimentos que consideran saludables

	1 ^o	2 ^o	3 ^o	4 ^o	5 ^o	6 ^o	7 ^o	8 ^o	9 ^o	10 ^o
Azúcares	5%	6%	6%	9%	4%	6%	6%	7%	1%	
Frutas	30%	28%	27%	29%	26%	36%	19%	24%	31%	21%
AOA	14%	11%	12%	7%	12%	10%	10%	15%	13%	12%
Grasas	5%	10%	10%	8%	3%	3%	7%	3%	3%	3%
Cereales	2%	1%		6%	6%	2%	2%	5%	3%	5%
Comida	2%	2%	3%	4%	6%	4%	3%	2%	5%	1%
Verduras	33%	32%	31%	28%	28%	17%	26%	16%	13%	13%
Antojitos	2%	3%	3%		3%	4%	3%	1%	3%	1%
Tubérculos	2%	2%	2%		1%	2%	1%	3%		1%
Leguminosas	1%	2%	1%	2%	2%		2%	1%	2%	2%
Agua simple	2%		1%	2%	1%	2%	1%		1%	3%

La última pregunta fue, de todos los alimentos que ya viste selecciona ¿Cuáles son los alimentos que consideras nos hacen engordar? Como podemos observar en la tabla 6.5, la primera y tercera selección tuvieron respuestas iguales seleccionando los azúcares y las grasas. Posteriormente sus respuestas fueron enfocadas a los azúcares y las grasas.

Tabla 6.5
Porcentaje de grupos de alimentos que consideran nos hacen engordar

	1 ^o	2 ^o	3 ^o	4 ^o	5 ^o	6 ^o	7 ^o	8 ^o	9 ^o	10 ^o
Azúcares	26%	21%	23%	25%	18%	18%	13%	17%	9%	12%
Frutas	5%		4%		3%		2%	2%	2%	2%
AOA	3%	9%	8%	9%	13%	10%	14%	8%	9%	7%
Grasas	26%	25%	23%	17%	17%	16%	18%	6%	10%	9%
Cereales	9%	6%	5%	9%	6%	2%	5%	7%	9%	
Comida	15%	13%	13%	8%	9%	8%	9%	11%	8%	9%
Verduras	2%	2%	4%	6%	9%	6%	2%	3%	4%	2%
Antojitos	5%	3%	8%	2%	3%	6%	5%	3%	3%	4%
Tubérculos		3%		2%	2%	2%		1%		
Leguminosas				2%				2%		
Agua simple										

Conclusiones

De acuerdo a los resultados obtenidos y, con el objetivo de explorar las preferencias alimentarias en niños en edad preescolar encontramos que, prevalece la preferencia por los azúcares (jugos, helados, flan, dulces y choco crispís) y frutas (manzana, piña, mango, guayaba, uvas, etc.). Sin embargo, de acuerdo con lo reportado por los niños, las madres son mediadoras entre las preferencias que tienen hacia ciertos alimentos con lo que ellas les proporcionan. Los resultados que las madres no les dan con mayor frecuencia alimentos preferidos por los niños, como en el caso, de los azúcares; pero, en el caso de las frutas son las que ocupan el primer lugar en el tipo de alimentos que les dan a sus hijos.

Cabe destacar que los alimentos mencionados por los niños como los que las madres les proporcionan encontramos que las madres proporcionan mayor cantidad de alimentos si son saludables y en menor cantidad los que carecen de esta característica.

Las verduras siguen siendo rechazadas en especial por el brócoli, la coliflor, el jitomate, los nopales y la cebolla. Al explorar la capacidad de los niños para identificar alimentos saludables de los no saludables, encontramos que a pesar de su corta edad, los niños en edad preescolar son capaces de identificar entre los alimentos que ayudan a su cuerpo para crecer sanos y fuertes, así como los alimentos que pueden afectarles. La identificación que los niños hacen sobre alimentos saludables y no saludables, demuestra la consciencia que tienen al respecto sobre la diferencia de estos alimentos. Lo que sugiere que los niños deben recibir educación sobre alimentación y nutrición a partir de estas edades para que se consoliden los hábitos nutricionales saludables.

Capítulo V

ESTUDIO PRINCIPAL

Objetivo general:

Identificar el grado y dirección de variables sociodemográficas (estado civil, nivel de estudios, número de hijos, edad, ocupación) y psicológicas (creencias y actitudes hacia el exceso de peso en niños y adultos, la norma subjetiva, autoeficacia percibida) y el Índice de Masa Corporal de las madres así como sus prácticas parentales de alimentación influyen en el Índice de Masa Corporal, las creencias hacia el exceso de peso y sus preferencias alimentarias en niños preescolares.

Pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación que existe entre variables sociodemográficas, psicológicas, Índice de Masa Corporal y las prácticas de alimentación maternas y de cuidadores primarios, con el Índice de Masa Corporal, las creencias hacia el exceso de peso y las preferencias alimentarias de sus hijos preescolares?

Objetivos específicos:

- Identificar el tipo de prácticas de alimentación que realizan las madres de acuerdo al IMC de sus hijos.
- Determinar si existen diferencias por edad, nivel socioeconómico, ocupación, estado civil, número de hijos e IMC de las madres en relación al IMC de los niños.
- Determinar el tipo de alimentos que consumen los hijos y sus preferencias alimentarias.
- Identificar si existe relación entre el IMC de la madre y el IMC del niño.
- Precisar si las creencias hacia el exceso de peso predicen las actitudes y prácticas de alimentación de las madres y cuidadores primarios.
- Identificar si la autoeficacia percibida hacia el peso y la alimentación predicen las prácticas de alimentación de las madres y cuidadores primarios.
- Predecir el IMC de los niños con base a las variables estudiadas.

Hipótesis:

- Existe relación entre las creencias y las actitudes.
- Existe relación entre las actitudes y las prácticas parentales de alimentación.
- El IMC de las madres se relacionara positivamente con el de sus hijos.
- Las madres restringen la alimentación de sus hijos si tienen mayor índice de masa corporal.
- Los niños muestran mayor preferencia por azúcares y grasas.
- Lo alimentos que los niños consumen se relacionan con los alimentos preferidos.
- Habrá asociación entre la norma subjetiva y las prácticas parentales de alimentación.
- Las madres presentaran una actitud negativa hacia el exceso de peso en los niños y adultos, así como una actitud positiva hacia la alimentación.
- A menor edad las madres establecen mayor preocupación por el peso de sus hijos.
- A menor IMC de los niños(as) las madres presionan más a sus hijos para que consuman sus alimentos.

Variables:

Variables de carácter atributivo de la Madre:

- Edad
- Escolaridad
- Número de hijos
- Ocupación

Variables modificadoras de la Madre:

- Norma Subjetiva hacia el Peso y la Alimentación
- Creencias hacia el Exceso de Peso en Niños y Adultos
- Creencias hacia las Causas el Exceso de Peso en Niños y Adultos
- Autoeficacia Percibida hacia el Peso y la Alimentación de sus Hijos
- Actitudes hacia el Exceso de Peso en Niños, Adultos y la Alimentación

- Escala de Alimentos Saludables y Calóricos en Niños y Adultos
- Necesidad de Aprobación Social
- IMC
- Prácticas Parentales de Alimentación

Variables intervinientes del Niño:

- Sexo
- Grado
- Edad
- Dieta

Variables Dependientes:

- IMC
- Creencias hacia el Exceso de Peso
- Preferencias Alimentarias

Definición de variables:

En la tabla 7.1 se presentan las definiciones conceptuales y operacionales de las variables contenidas en el modelo a utilizar en esta investigación:

Tabla 7.1

Definiciones conceptuales y operacionales de las variables que se utilizaron en el estudio.

	Dependientes	
Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Índice de masa corporal (Hijos)	El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m ²). (OMS, 2011).	Para clasificar a los niños se tomaran los puntos de corte de las tablas de Center for Disease and Prevención (CDC, 2000), se calcularan los puntajes Z de acuerdo al (NHANES), se utilizarán los puntos de corte de la Encuesta urbana de alimentación y nutrición de la zona metropolitana de la Ciudad de México.
Preferencias alimentarias (Hijos)	Es la preferencia o selección de alimentos que resultan agradables al consumo en relación al sabor, consistencia, color, etc.(Rozin, 1996)	Se considera mayor preferencia a la frecuencia más alta del grupo de alimentos seleccionados. (Frutas y Verduras, Azúcares, AOA, Leguminosas y Tubérculos, Grasas, etc).

Creencias hacia el exceso de peso (Hijos)	Son pensamientos no evaluativos referentes a las características de los "objetos" de nuestro mundo (Kimble, Hirt & Díaz-Loving, 2002) en este caso estos pensamientos son entorno al exceso de peso.	Se describen las creencias que los niños contemplan en relación al exceso de peso en los niños.
-------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Prácticas parentales de alimentación	<p>Son conductas específicas orientadas a una meta en particular, a través de las cuales los padres desempeñan su papel como el monitoreo, los halagos, la restricción, etc (Darling y Steinberg, 1993).</p> <p><i>Prácticas parentales de alimentación.</i></p> <p>Monitoreo: medida en que los padres sobre vigilan la alimentación de sus hijos. Restricción: medida en que los padres restringen el acceso de la comida a sus hijos. Presión para comer: tendencia de los padres de presionar a sus hijos para que coman más o se terminen lo que tienen en su plato. Indicador manipulación: cuando los padres ofrecen alimentos a cambio de un premio o una acción. Indicador control: vigilancia y control en alimentos considerados de riesgo para el peso.</p> <p>Preocupación y control del peso del niño: representa la restricción manifiesta en el control de ciertos alimentos. Responsabilidad percibida: percepción de los padres sobre su responsabilidad sobre la alimentación de sus hijos. Peso percibido de la madre: percepción de las madres sobre su propia historia de peso. Peso percibido del niño: percepción de los padres sobre el estado actual y la historia de peso de sus hijos.</p>	<p>Se definirá el tipo de práctica de alimentación de acuerdo al puntaje más alto de las dimensiones que lo conforman (monitoreo, restricción, preocupación por el peso del niño, peso percibido de la madre, presión para comer, responsabilidad percibida).</p> <p><i>Prácticas parentales de alimentación.</i></p> <p>Monitoreo: el puntaje más alto que conforman los reactivos 32 al 33. Restricción: el puntaje más alto que conforman los reactivos del 25 al 27. Presión para comer: el puntaje más alto que conforman los reactivos del 24 y del 28 al 30. Indicador manipulación: puntajes altos en reactivos 20 y 21. Indicador control: puntajes altos en reactivos 22 y 23.</p> <p>Preocupación por el peso del niño: el puntaje más alto de los reactivos del 13 al 18. Responsabilidad percibida: puntajes de los reactivos 1 al 3. Peso percibido de la madre: el puntaje más alto que conforman los reactivos 4 al 7. Peso percibido del niño: el puntaje más alto que conforman los reactivos 8 al 10.</p>

Índice de Masa Corporal (Madres)	El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m ²). (OMS, 2011).	Se clasificará el IMC según los puntos de corte de la OMS. Bajo peso <18.5 Peso normal 18.5-24.9 Sobrepeso >25 Pre-obeso 25-29.9 Obeso clase I 30-34.9 Obeso clase II 35-39.9 Obeso clase III >40
----------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Actitud hacia el exceso de peso (madre)	Es la evaluación positiva o negativa que el individuo realiza a un objeto, evento o situación (Eagly & Chaiken, 1993).	De acuerdo al tipo de respuestas de la escala, a menor puntaje manifiesta actitud positiva y a mayor puntaje una actitud negativa.
	Actitud hacia el exceso de peso en niños: es la evaluación positiva o	Actitud hacia el exceso de peso en niños: a menor puntaje manifiesta

negativa que el individuo realiza al exceso de peso en los niños.

Actitud hacia el exceso de peso en adultos: es la evaluación positiva o negativa que el individuo realiza al exceso de peso en los adultos.

Actitud hacia la alimentación: es la evaluación positiva o negativa que el individuo hacia la alimentación.

Actitudes hacia el sobrepeso y la obesidad: es la evaluación positiva o negativa que el individuo realiza al sobrepeso y la obesidad.

- a) **Creencias negativas:** evaluación negativa en relación al sobrepeso y la obesidad.
- b) **Consecuencias:** evaluación que se realiza en relación a las consecuencias que propicia el sobrepeso y la obesidad.

actitud positiva y a mayor puntaje una actitud negativa.

Actitud hacia el exceso de peso en adultos: a menor puntaje manifiesta actitud positiva y a mayor puntaje una actitud negativa.

Actitud hacia la alimentación: a menor puntaje manifiesta actitud positiva y a mayor puntaje una actitud negativa.

Actitudes hacia el sobrepeso y la obesidad: a menor puntaje manifiesta actitud positiva y a mayor puntaje una actitud negativa.

- a) **Creencias negativas:** a menor puntaje manifiesta actitud positiva y a mayor puntaje una actitud negativa.
- b) **Consecuencias:** a menor puntaje manifiesta actitud positiva y a mayor puntaje una actitud negativa.

Autoeficacia percibida hacia el peso y la alimentación de sus hijos

Evaluación de las madres de su capacidad para alimentar sanamente y cuidar el peso de sus hijos.

A mayor puntaje mayor capacidad considera la madre tiene para alimentar y cuidar el peso de su hijo.

Norma subjetiva

Es la presión social que se percibe ejercen las personas significativas para los individuos para efectuar o no una conducta (Ajzen, 1986).

A menor puntaje menor toman en cuenta la opinión de personas significativas y a mayor puntaje, toman más en cuenta la opinión de personas significativas.

Escala de la norma subjetiva hacia la educación: presión social que se percibe ejercen las personas significativas para los individuos hacia la educación de sus hijos.

Escala de la norma subjetiva hacia la educación: a menor puntaje menor toman en cuenta la opinión de personas significativas y a mayor puntaje, toman más en cuenta la opinión de personas significativas sobre la educación de su hijo.

- a) **Vínculo:** personas de quienes toman en cuenta su opinión y con quienes establecen un vínculo afectivo cercano.
- b) **Expertos:** personas de quienes toman en cuenta su opinión debido a su nivel de conocimientos.

- a) **Vínculo:** a menor puntaje menor toman en cuenta la opinión y a mayor puntaje mayor consideración.
- b) **Expertos:** a menor puntaje menor toman en cuenta la opinión y a mayor puntaje mayor consideración.

Escala de la norma subjetiva hacia el peso y la alimentación: presión social que se percibe ejercen las personas significativas para los individuos hacia el peso y la alimentación.

Escala de la norma subjetiva hacia el peso y la alimentación: a menor puntaje menor toman en cuenta la opinión de personas significativas y a mayor puntaje, toman más en cuenta la opinión de personas significativas sobre el peso y la alimentación de su hijo.

- a) **Vínculo:** personas de quienes toman en cuenta su opinión y con quienes establecen un vínculo afectivo cercano.
- b) **Expertos:** personas de quienes toman en cuenta su opinión debido a su nivel de conocimientos.

- a) **Vínculo:** a menor puntaje menor toman en cuenta la opinión y a mayor puntaje mayor consideración.
- b) **Expertos:** a menor puntaje menor toman en cuenta la opinión y a mayor puntaje mayor consideración.

Creencias hacia el exceso de peso (Madres)

Son pensamientos no evaluativos referentes a las características de los "objetos" de nuestro mundo (Kimble, Hirt & Díaz-Loving, 2002) en este caso estos pensamientos son entorno al exceso de peso.

Creencias sobre las causas del exceso de peso en adultos: pensamientos no evaluativos al exceso de peso en adultos.

- a) **Factores personales:** características personales que afectan el exceso de peso.
- b) **Malos hábitos:** conductas repetidas que son perjudiciales en relación al exceso de peso.

Creencias sobre las causas del exceso de peso en los niños: pensamientos no evaluativos al exceso de peso en adultos.

- a) **Hábitos:** conductas repetidas que los niños realizan que afectan el exceso de peso en los niños.
- b) **Padres:** creencias relacionadas con los padres que afectan el exceso de peso en los niños.

Creencias hacia el exceso de peso en niños: pensamientos no evaluativos que describen el exceso de peso en niños.

Creencias hacia el exceso de peso en adultos: pensamientos no evaluativos que describen el exceso de peso en niños.

- a) **Creencias erróneas:** pensamientos erróneos entorno al exceso de peso de los niños.
- b) **Creencias como consecuencias:** pensamientos no evaluativos que describen las consecuencias del exceso de peso en niños.

Creencias sobre la responsabilidad de los padres: pensamientos no evaluativos en relación a la responsabilidad de los padres sobre el exceso de peso en los niños.

- a) **Malos hábitos:** creencias sobre la función de los padres en relación a los malos hábitos de sus hijos.
- b) **Falta de información:** creencias que los padres llevan acabo o no por desconocimiento e ignorancia en relación al exceso de peso.

De acuerdo al tipo de respuestas de la escala, a menor puntaje las madres manifiestan estar menos de acuerdo con la creencia y a mayor puntaje estan más de acuerdo con las creencias entorno al exceso de peso.

Creencias sobre las causas del exceso de peso en adultos: a menor puntaje menor acuerdo con la creencia y a mayor puntaje mayor acuerdo.

- a) **Factores personales:** a menor puntaje menor acuerdo con la creencia y a mayor puntaje mayor acuerdo.
- b) **Malos hábitos:** a menor puntaje menor acuerdo con la creencia y a mayor puntaje mayor acuerdo.

Creencias sobre las causas del exceso de peso en los niños: pensamientos no evaluativos al exceso de peso en adultos.

- a) **Hábitos:** a menor puntaje menor acuerdo con la creencia y a mayor puntaje mayor acuerdo.
- b) **Padres:** a menor puntaje menor acuerdo con la creencia y a mayor puntaje mayor acuerdo.

Creencias hacia el exceso de peso en niños: a menor puntaje menor acuerdo con la creencia y a mayor puntaje mayor acuerdo.

Creencias hacia el exceso de peso en adultos: a menor puntaje menor acuerdo con la creencia y a mayor puntaje mayor acuerdo.

- a) **Creencias erróneas:** a menor puntaje menor acuerdo con la creencia y a mayor puntaje mayor acuerdo.
- b) **Creencias como consecuencias:** a menor puntaje menor acuerdo con la creencia y a mayor puntaje mayor acuerdo.

Creencias sobre la responsabilidad de los padres: a menor puntaje menor acuerdo con la creencia y a mayor puntaje mayor acuerdo.

- a) **Malos hábitos:** a menor puntaje menor acuerdo con la creencia y a mayor puntaje mayor acuerdo.
- b) **Falta de información:** a menor puntaje menor acuerdo con la creencia y a mayor puntaje mayor acuerdo.

Creencias de alimentos con alto contenido calórico para adultos: pensamientos no evaluativos en relación a los alimentos que contienen mayor cantidad de calorías para adultos.

Creencias de alimentos con alto contenido calórico para niños: pensamientos no evaluativos en relación a los alimentos que contienen mayor cantidad de calorías para niños.

Creencias de alimentos saludables para adultos: pensamientos no evaluativos en relación a los alimentos que son considerados saludables para adultos.

Creencias de alimentos saludables para niños: pensamientos no evaluativos en relación a los alimentos que son considerados saludables para niños.

Creencias de alimentos con alto contenido calórico para adultos: a menor puntaje menor acuerdo con la creencia y a mayor puntaje mayor acuerdo.

Creencias de alimentos con alto contenido calórico para niños: a menor puntaje menor acuerdo con la creencia y a mayor puntaje mayor acuerdo.

Creencias de alimentos saludables para adultos: a menor puntaje menor acuerdo con la creencia y a mayor puntaje mayor acuerdo.

Creencias de alimentos saludables para niños: a menor puntaje menor acuerdo con la creencia y a mayor puntaje mayor acuerdo.

Necesidad de Aprobación Social

Es concebida como un factor de motivación importante del comportamiento humano y que existe una disposición general de parte de individuos para buscar la evaluación favorable de otros Homanns (1974, en Harry, 1984).

El responder los reactivos positivos en la dirección de Totalmente de acuerdo, implica aceptar socialmente deseables, aunque no tan frecuentes. El responder los reactivos negativos en la dirección Totalmente en desacuerdo, implica negar cualidades socialmente reprobables, aunque posibles.

Lo que implica que obtener puntajes altos en la dimensión Positiva es la presentación de *súper héroe*. Obtener puntajes bajos en la dimensiones Negativas es la presentación de *santo*.

Participantes:

Las madres y cuidadores primarios

La muestra fue no probabilística conformada por 307 diadas (614 participantes en total) de madres o cuidadores primarios con hijos a nivel preescolar. El 94% eran las madres de los niños, el 3% los padres y el otro 3% las abuelas de los niños. La edad de las madres y cuidadores primarios fue de 17 a 60 años con una $\bar{x}=32.4$. El 20% son solteros y el 80% son casados, principalmente son amas de casa o encargados del hogar (63%), y el 25% son empleadas(os) como se muestra en la figura 60.

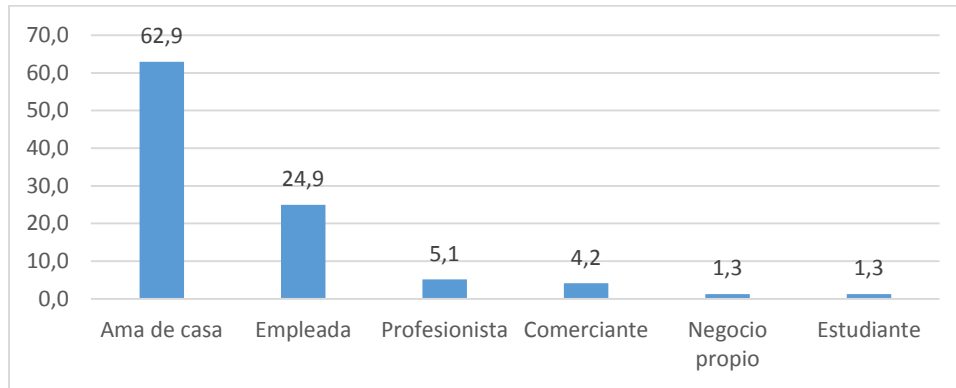


Figura 60. Porcentaje de frecuencia sobre la ocupación de las madres y cuidadores.

Su nivel de estudios es principalmente secundaria (32%) seguido de estudios técnicos (24%) y de licenciatura (16%). Con porcentaje más bajo los niveles de maestría, doctorado y sin estudios.

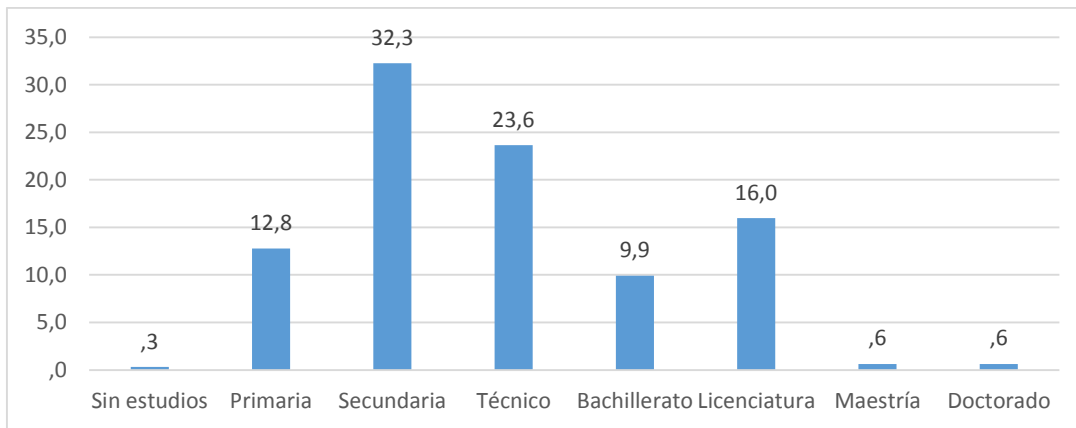


Figura 60.1. Porcentaje de frecuencia sobre el nivel de estudios de las madres y cuidadores.

Los niños

Participaron niños (52%) y niñas (47%), que cursaban el segundo año (15%) de preescolar y el 85% el tercer grado. Las edad de los niños oscilaron de 3 a 6 años con una $\bar{x}=5.0$.

Tabla 7.2

Distribución de la muestra de niños por sexo y grado escolar

Grado	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
2do preescolar	26 8.4%	22 7.20%	48 15.5%
3ro preescolar	138	124	262

	45%	40%	85%
	162	145	310
% total	52.80%	47.20%	100%

Instrumentos:

- Para tomar el peso se utilizó una báscula marca Nuevo León modelo G-30 con una capacidad de 120 kg.
- Para la talla se utilizó un estadímetro artesanal creado por el Dr Vargas Guadarrama diseñado para obtener mayor precisión.
- Cuestionario de actitudes, creencias y prácticas de los padres hacia la alimentación infantil (CFQ) de Birch, Fisher, Grimm-Thomas, Markey, Sawyer y Johnson (2001) adaptada y validada por Navarro (2006). Conformada por siete factores factores: Peso percibido de la madre, Preocupación y control del peso del niño, Monitoreo, Restricción, Presión para comer, Responsabilidad percibida, Peso percibido del hijo(a) y con indicadores Indicador 1 (Control) e Indicador 2 (Manipulación) (ver anexo 7).
- Lista de Chequeo de Alimentos (Navarro, 2006) (ver anexo 6).
- Escala de Necesidad de Aprobación Social (Dominguez,1997) una confiabilidad $\alpha=.75$ con una dimensión positiva con un $\alpha=.74$ y una negativa con un $\alpha=.71$ (ver anexo 8).

A continuación se describen los instrumentos que fueron validados en la fase dos de esta investigación:

- Norma Subjetiva hacia la Educación con un $\alpha=.84$ que explica el 50% de la varianza, conformada por dos factores: vínculo $\alpha=.78$ que explica el 31% y expertos con un $\alpha=.84$ que explica el 28% de la varianza.
- Norma Subjetiva hacia el Peso y la Alimentación con un $\alpha=.83$ que explica el 61% de la varianza con dos factores: expertos $\alpha=.79$ que explica el 33% y vínculo con un $\alpha=.86$ que explica el 28% de la varianza.
- Creencias hacia las Causas del hacia el Exceso de Peso en Adultos con $\alpha=.84$ que explica el 63% de la varianza con el factor 1 Factores personales

$\alpha=.82$ que explica el 34% de la varianza y Malos hábitos $\alpha=.80$ que explica el 30% de la varianza.

- Creencias hacia el Exceso de Peso en los Niños con un $\alpha=.83$ que explica el 56% de la varianza.
- Creencias hacia el Exceso de Peso en Adultos con un $\alpha=.63$ que explica el 57% de la varianza, con un factor denominado creencias erróneas con un $\alpha=.63$ que explica el 29% de la varianza y el factor consecuencias con un $\alpha=.58$ que explica el 28% de la varianza.
- Creencias hacia la Responsabilidad de los Padres con un $\alpha=.67$ que explica el 57% de la varianza, el primer factor Malos hábitos con un $\alpha=.63$ que explica el 31% de la varianza y el factor dos Falta de información $\alpha=.58$ que explica el 27% de la varianza.
- Escala de Actitudes hacia el Sobrepeso y la Obesidad con un $\alpha=.85$ que explica el 53% de la varianza, con el factor denominado Negativas $\alpha=.81$ que explica el 28% de la varianza y el segundo denominado consecuencias con un $\alpha=.73$ que explica el 25% de la varianza.
- Escala de Actitudes hacia el Exceso de Peso en Adultos con un $\alpha=.87$ que explica el 64% de la varianza, con dos factores el primero con un $\alpha=.94$ que explica el 51% de la varianza, y el segundo con un $\alpha=.57$ que explica el 12% de la varianza.
- Escala de Actitudes hacia el Exceso de Peso en los Niños de una dimensión con un $\alpha=.93$ que explica el 66% de la varianza.
- Escala de Actitudes hacia la Alimentación con un $\alpha=.86$ que explica el 65% de la varianza.
- Escala de Autoeficacia hacia el Peso y la Alimentación de sus hijos con un $\alpha=.91$ que explica el 52% de la varianza.
- Escala de Alimentos con Alto Contenido Calórico para Niños con un $\alpha=.82$ que explica el 65% de la varianza.
- Escala de Alimentos Saludables para Niños con un $\alpha=.81$ que explica el 60% de la varianza.

- Escala de Alimentos con Alto Contenido Calórico para Adultos con un $\alpha=.88$ que explica el 74% de la varianza.
- Escala de Alimentos Saludables para Adultos con un $\alpha=.81$ que explica el 60% de la varianza.

Procedimiento:

Una vez otorgada la autorización por los directivos de los diferentes planteles se expusieron los objetivos de la investigación a las madres, se solicitó su consentimiento y una vez aclarada la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas, se llevó a cabo la aplicación del instrumento de manera grupal e individual. Cabe aclarar que algunos padres y cuidadores primarios hicieron la entrega al día siguiente quienes no pudieron quedarse a la aplicación.

Tratamiento estadístico:

- Análisis de frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión.
- Análisis de consistencia interna y Análisis factorial.
- Pruebas *t* de Student
- Análisis de varianza
- Correlaciones Bivariadas
- Regresiones Logísticas y Múltiples

A continuación se muestra la propuesta del modelo.

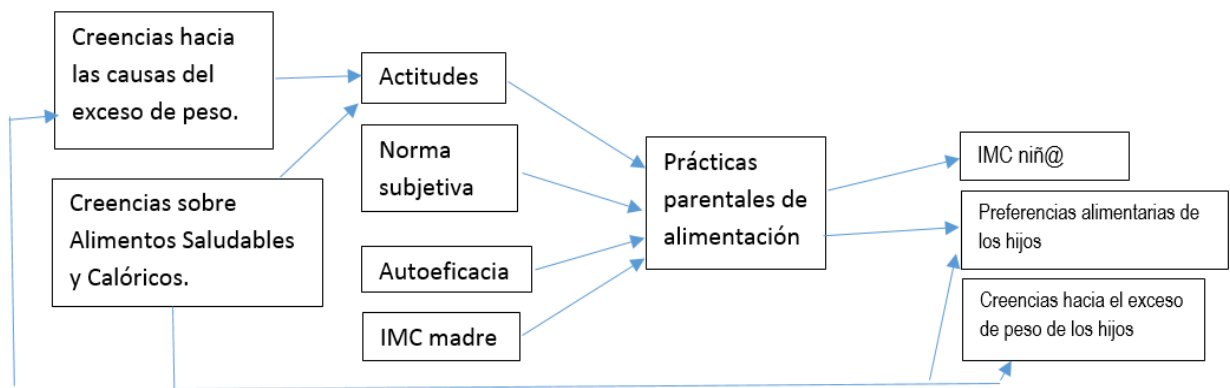


Figura 60.2. Propuesta del modelo de investigación.

RESULTADOS

Se pesó y midió a las madres, sin embargo algunas de las participantes no pudieron asistir y se les solicitó que reportaran su peso y su talla reciente, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud se obtuvo el IMC de las madres mediante la

siguiente formula
$$IMC = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Estatura (m)}^2}$$
 un 38% presentó sobrepeso, 32% peso normal y un porcentaje bajos en infra peso, obesidad tipo I, II y extrema (ver figura 60.3).

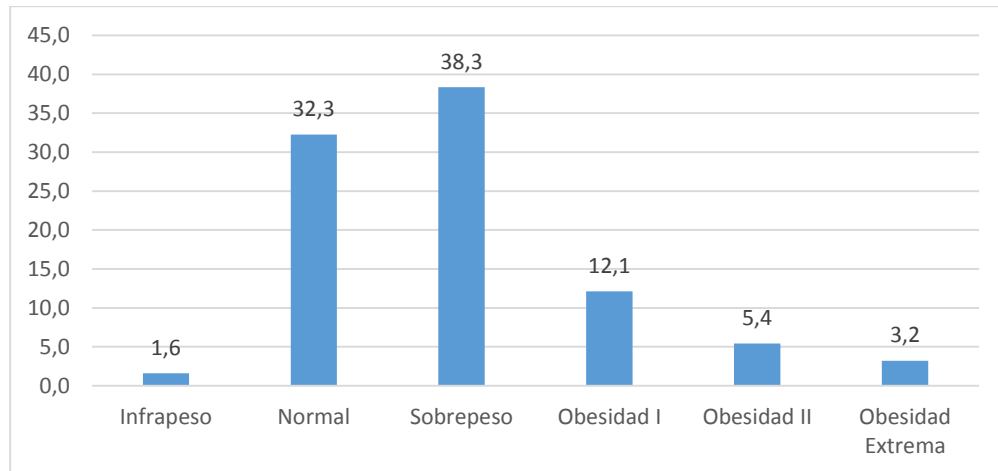


Figura 60.3. Porcentaje sobre la clasificación IMC de las madres.

Se hizo la pregunta ¿Realiza actividad física? El 68% de la muestra respondió que No y el 31% mencionaron que Sí.

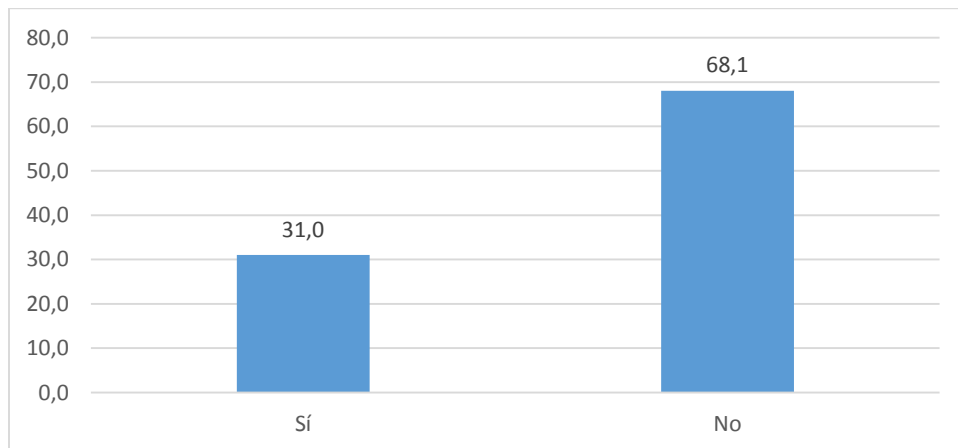


Figura 60.4. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿Realiza actividad física?

Los participantes que respondieron afirmativamente (31%), mencionaron caminar y correr principalmente.

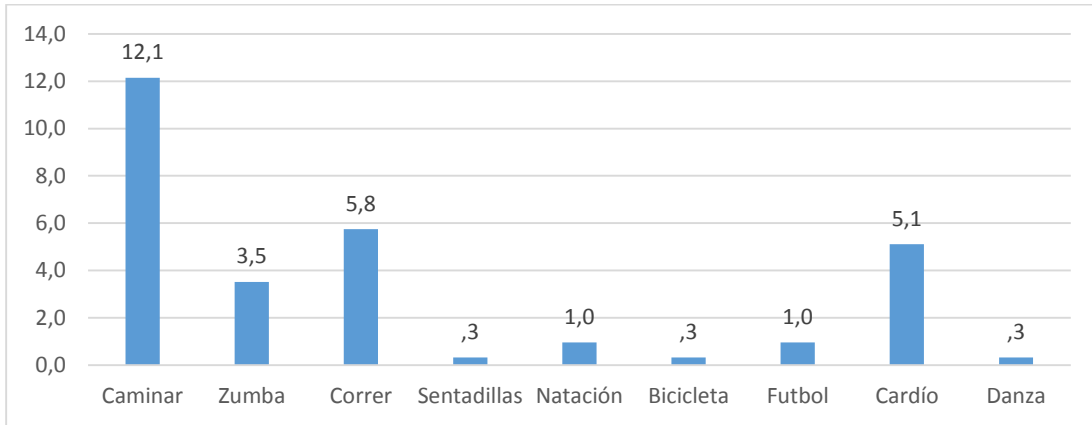


Figura 60.4. Porcentaje de respuesta sobre el nivel de estudios de las madres y cuidadores.

Se reportó que los participantes tienen de 1 a 5 hijos, el 41% tiene dos hijos y el 25% sólo un hijo.

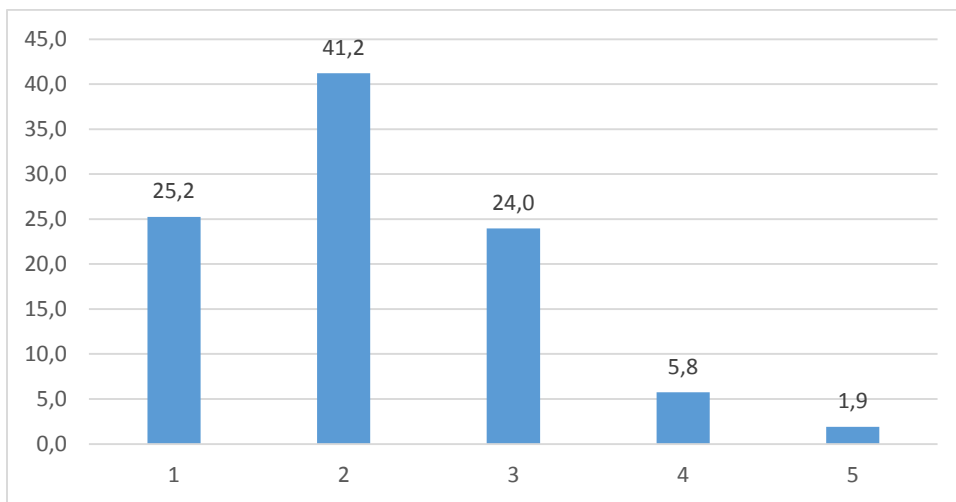


Figura 60.5. Porcentaje de respuesta a número de hijos.

El 81% mencionó que sí y el 17% mencionaron que no, en el caso de padres y abuelas reportaron la información en ausencia de la madre (ver figura 7.7).

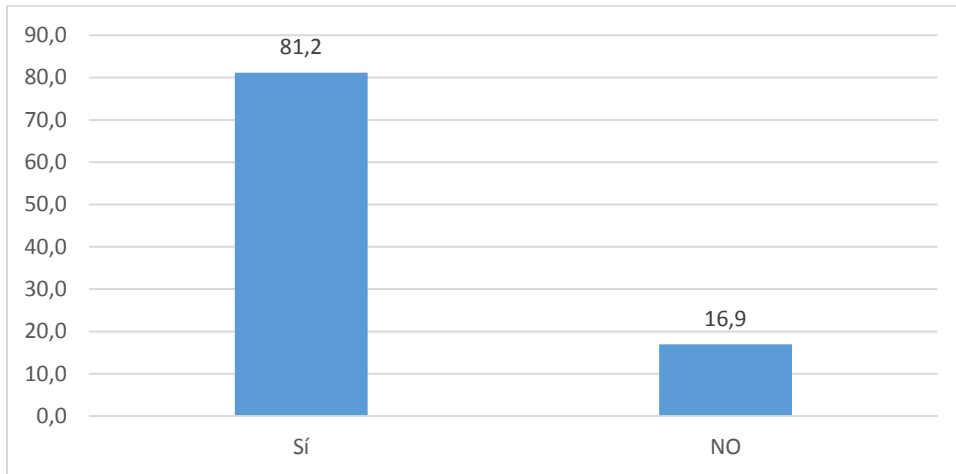


Figura 60.6. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿Amamantaron a sus hijos?

En la figura 60.7 se muestra la cantidad de meses que las madres amamantaron a sus hijos, con un mínimo de un mes hasta 36 meses, mas del 25% de los participantes reporto haber amamantado a sus hijos de seis a diez meses.

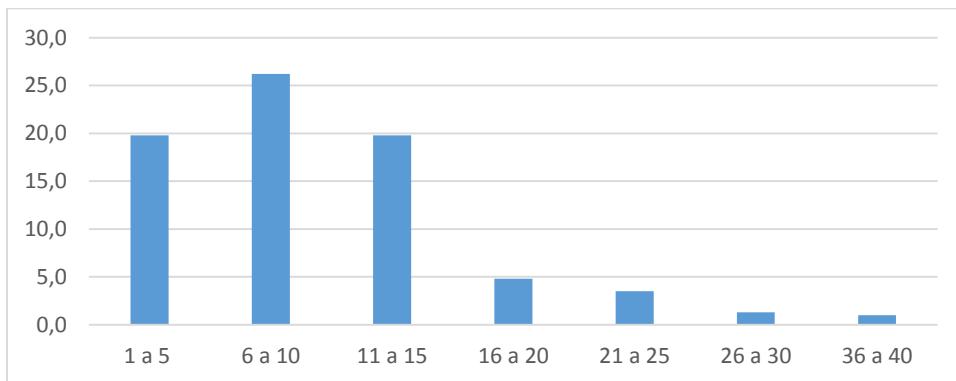


Figura 60.7. Porcentaje de respuesta al tiempo que amamantaron en meses.

También reportaron que el 90% de sus hijos realizan actividad física y principalmente la practican en casa (patio, etc.).

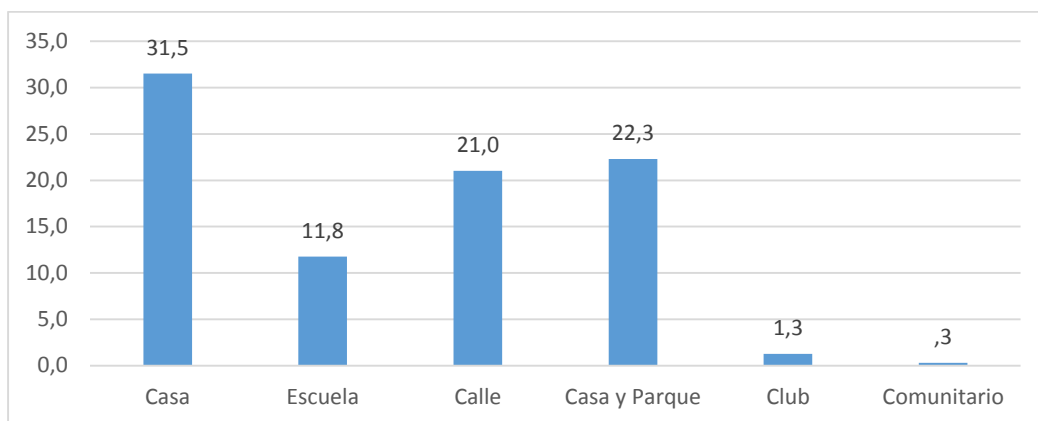


Figura 60.8. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿En dónde realiza actividad física?

Posteriormente, se les preguntó si sus hijos practican algún deporte, el 24% mencionó que sí y el 76% respondió que no practican deporte. Lo que más practican es futbol, natación y realizan dos actividades (correr, brincar, natación, etc.). El 2.5% realizan tres actividades como correr, brincar y el uso de la bicicleta.

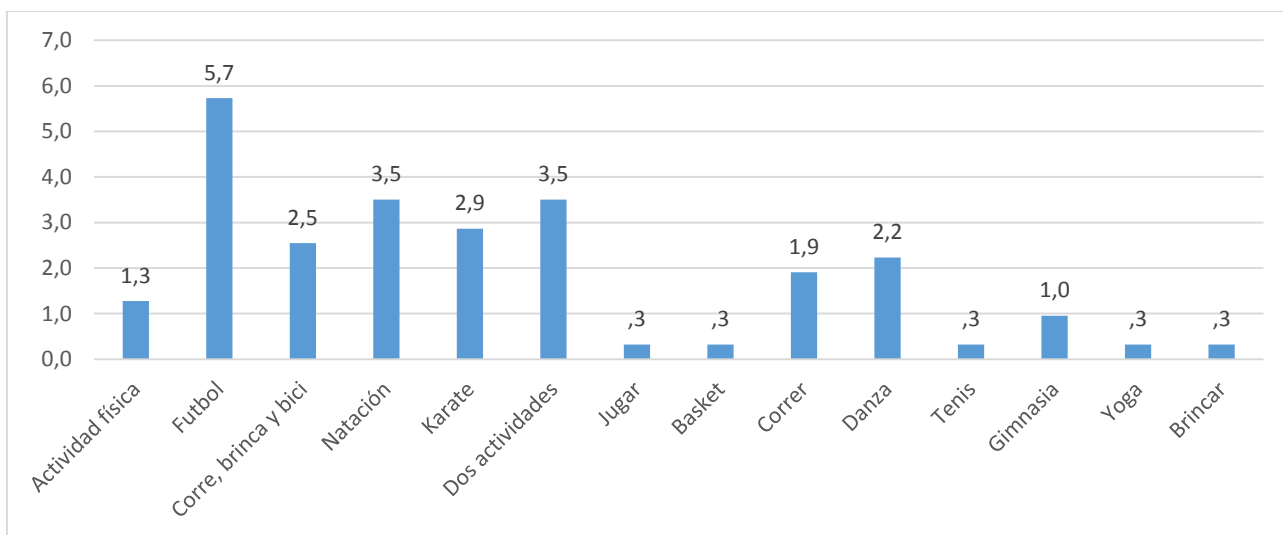


Figura 60.9. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿Tipo de deporte que practican?

En la siguiente figura se muestra el porcentaje de respuesta por las horas por semana que dedican al deporte que realizan, encontramos que en mayor porcentaje le dedican entre una (5.4%) y dos horas (6.7%).

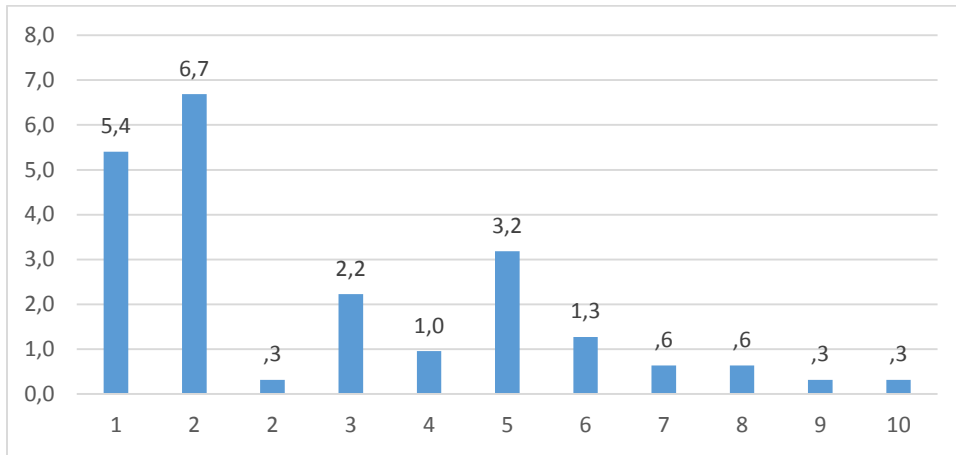


Figura 60.10. Porcentaje de horas que practican deporte a la semana.

De acuerdo a lo reportado por las madres y cuidadores primarios, el 29% de los niños ven aproximadamente dos horas al día con un mínimo de cinco minutos y un máximo de 20 horas según lo que reportaron las madres con una media de tres horas.

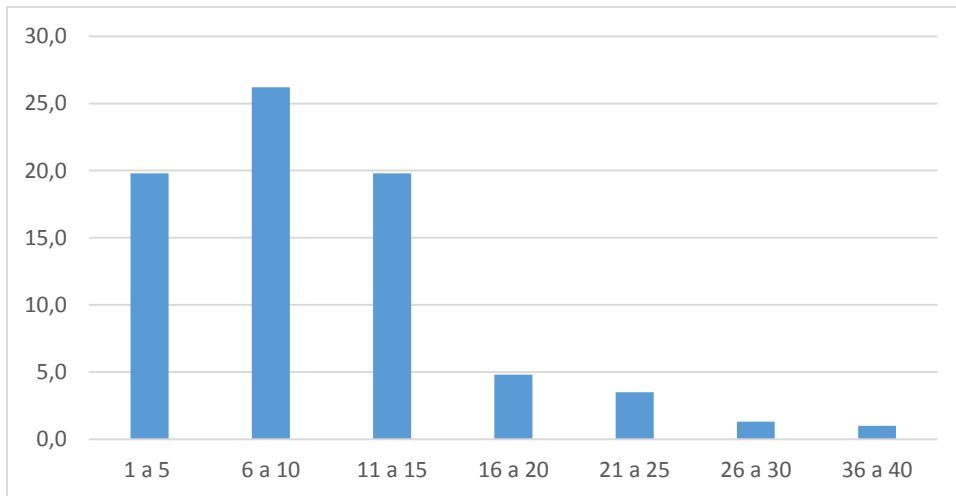


Figura 60.11. Frecuencia de horas frente a la T.V. al día.

Se pesaron y midieron a los niños de manera individual y mediante el calculador del Centers for Disease Control and Prevención se obtuvo el IMC, el programa proporciona percentil y el diagnóstico.

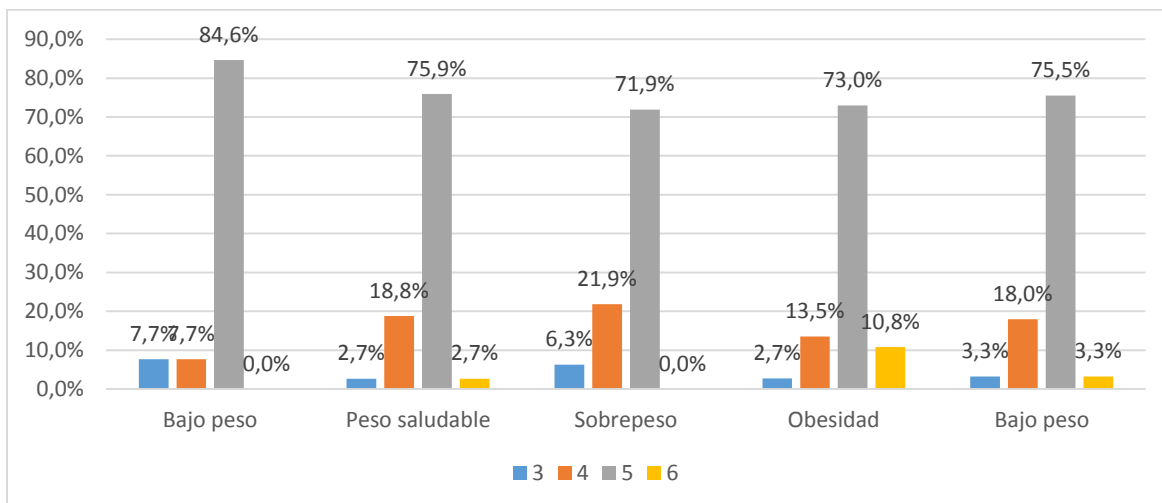


Figura 60.12. Porcentaje del IMC de los niños por edad.

Listado de Chequeo de Hábitos Alimenticios

Por medio de la lista de chequeo de hábitos alimenticios se les pidió a las madres que indicaran los alimentos que consumieron el día anterior y la cantidad. Navarro (2006) seleccionó 30 alimentos representativos de los 4 grupos principales de alimentos (ver anexo 6). En la figura 7.14 presentamos el perfil 1 de las cantidades de alimentos que, de acuerdo a lo que reportaron las madres, le dieron el día anterior a sus hijos. Para tener mayor claridad de los resultados las figuras se dividieron en perfil 1 y 2, pues resulta imposible presentar todos los alimentos en una sola figura. En color azul se presentan los alimentos que no consumieron como son la barbacoa, azúcar y frutas² (papaya, sandía, piña y melón). Con una porción la mayor frecuencia de consumo es el pan dulce, pollo y frutas¹ (pera, manzana, plátano, naranja, mango, mandarina, tuna y guayaba). Por otro lado, con dos porciones los alimentos más consumidos fueron frutas¹, dulces y pollo. Con cinco porciones las madres reportan que les proporcionaron principalmente agua de frutas, frutas¹ y frutas² (anexo 6).

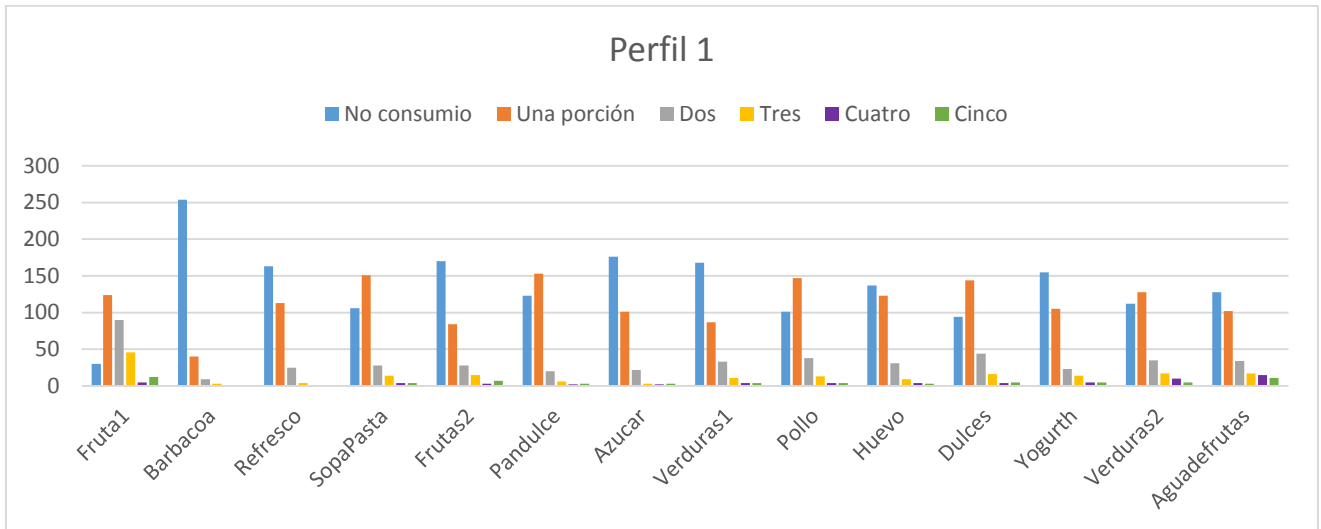


Figura 60.13. Frecuencia del perfil de alimentos 1.

En la siguiente figura se muestra el perfil 2 de alimentos que las madres proporcionaron a sus hijos, reportaron que sus hijos no consumieron hamburguesas, hot-dog, pescado y papitas un día anterior. En este perfil de alimentos encontramos que los niños consumieron una porción con mayor frecuencia de tortillas, pan blanco, queso, leche y arroz. Las madres proporcionan dos porciones con mayor frecuencia de leche, tortillas y en menor cantidad chocolates y papitas.

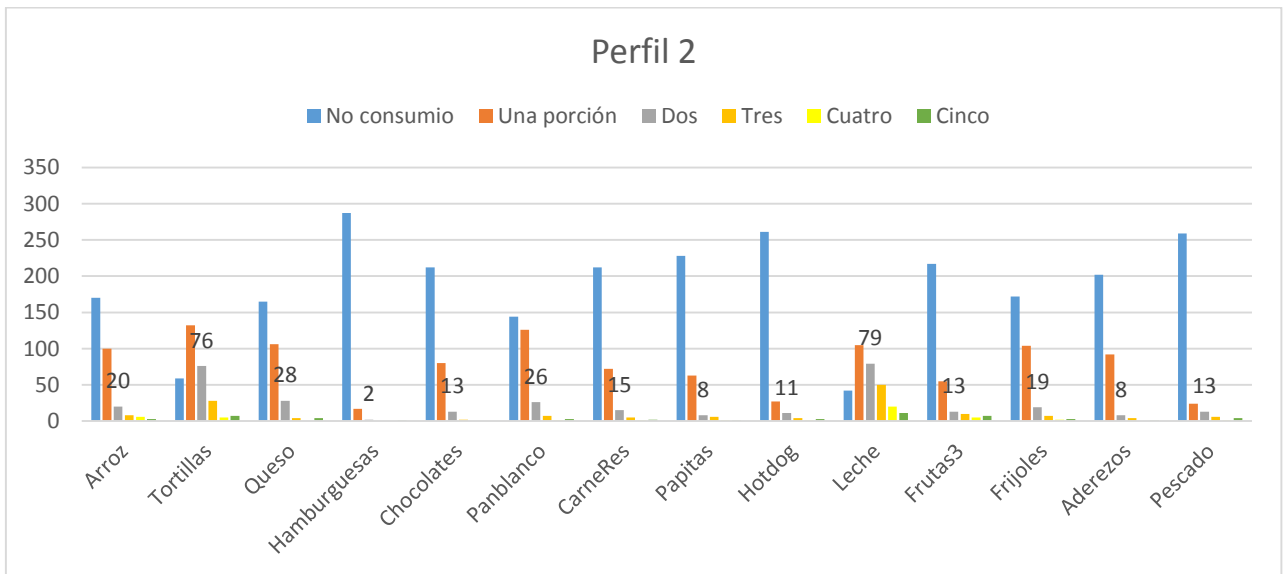


Figura 60.14. Frecuencia del perfil de alimentos 2.

En la tabla 7.3 se presentan las medias y desviaciones estándar de todas las variables del estudio.

Tabla 7.3
Descriptivos las variables de estudio

	N	Media	Desviación estándar
Prácticas Parentales de Alimentación			
Monitoreo	302	4.2	.96
Control de Peso del Niño	305	3.7	1.07
Presión para Comer	300	3.5	1.03
Peso Percibido del Niño	301	2.9	.80
Restricción	300	3.0	1.31
Índice Preocupación por el Peso Niño	301	2.4	.87
Manipulación	300	2.5	1.03
Norma Subjetiva hacia la Educación			
Vínculo	294	2.2476	.95219
Expertos	294	2.9415	1.17951
Norma Subjetiva hacia el Peso y la Alimentación			
Vínculo	285	2.2281	.97058
Expertos	289	3.0332	1.24298
Creencias sobre las Causas del Exceso de Peso en Adultos			
F1 Factores personales	292	4.5659	.74507
F2 Malos hábitos	292	4.1240	.85376
Creencias sobre las Causas del Exceso de Peso en los Niños			
Causas_ hábitos	295	4.0757	.98165
Causa_ padres	301	3.9524	1,0898
Creencias sobre el Exceso de Peso en los Niños			
	296	1.9364	1.9364
Creencias sobre el Exceso de Peso en Adultos			
F1 Erróneas	304	2.4726	1.10171
F2 Consecuencias	304	3.7511	1.04982
Creencias sobre la Responsabilidad de los Padres			
F1 RespMalos hábitos	289	3.1453	1.24955
F2 Falta de información	289	3.6897	1.07845
Escala de Actitudes hacia el Sobrepeso y la Obesidad			
F1 Negativas	293	4.5193	.65901
F2 AcConsecuencias	293	4.4232	.77171
Escala de Actitudes hacia el Exceso de Peso en Adultos			
F1	288	5.8917	1.45267
F2	282	3.2565	1.64674
Escala de Actitudes hacia el Exceso de Peso en los Niños			
	295	5.1744	1.72664
Escala de Actitudes hacia la Alimentación			
	285	5.9951	1.26429
Escala de Autoeficacia hacia el Peso y la Alimentación de sus hijos			
	273	4.5858	.59124
Escala de Necesidad de Aprobación Social			
F1 Positivo	284	3.2617	.89460
F2 Negativo	283	1.8092	.79157

Escala de Creencias sobre Alimentos Saludables y Calóricos			
Calóricos Niños	296	4.46	.80492
Saludables Niños	291	4.06	1.0132
Calóricos Adultos	298	4.5	.90860
Salud Adultos	295	3.9	.92823

Después de mostrar en la tabla anterior los estadísticos descriptivos de todas las variables de estudio, se mostrará la matriz del análisis de correlación bivariada para conocer el grado y dirección entre las variables de estudio, las cuales se presentan en la tablas (1 a 3). De 1,369 (37 x 37) posibles correlaciones 147 resultaron significativas en un rango que va del .1 al .5. Los resultados muestran correlaciones bajas (ver anexo 5).

Mediante el análisis de varianza para comparar las medias de las variables de estudio con respecto al nivel educativo, (excluyendo las categorías sin estudios, maestría y doctorado por tener un número insuficiente), mostró las relaciones significativas (tabla 7.4).

Tabla 7.4.
ANOVA por nivel educativo

	Nivel estudios	N	Media	Desviación Estándar	F	Sig.
Engordadores_Adultos	Primaria	35	4,21	1,05	3,322	,010
	Secundaria	93	4,45	0,84		
	Técnico	74	4,57	0,68		
	Bachillerato	29	4,16	1,01		
	Licenciatura	49	4,64	0,46		
Acti_PesoNiños	Primaria	36	4,61	2,15	5,080	,001
	Secundaria	92	4,80	1,78		
	Técnico	71	5,56	1,26		
	Bachillerato	30	5,21	1,83		
	Licenciatura	50	5,79	1,16		
Causas_padres1	Primaria	39	3,49	1,26	5,308	,000
	Secundaria	92	3,58	0,98		
	Técnico	74	4,04	0,86		
	Bachillerato	30	4,04	0,71		
	Licenciatura	50	4,11	0,81		
Engord_niños	Primaria	39	8,90	3,65	2,923	,020
	Secundaria	95	8,11	3,47		
	Técnico	74	6,54	2,75		
	Bachillerato	30	7,27	2,84		
	Licenciatura	50	6,58	2,91		
Creen_niños	Primaria	36	2,35	1,13		
	Secundaria	93	2,01	0,91		

	Técnico	71	1,88	0,86		
	Bachillerato	30	1,88	0,86	3,634	.007
	Licenciatura	50	1,64	0,65		
Autoeficacia	Primaria	35	4,66	0,46		
	Secundaria	83	4,45	0,81		
	Técnico	68	4,73	0,35	2,664	,030
	Bachillerato	27	4,43	0,59		
	Licenciatura	44	4,58	0,51		
Norma_ExperPeso	Primaria	35	3,24	1,43		
	Secundaria	89	2,62	1,28		
	Técnico	73	3,24	1,13	4,058	,003
	Bachillerato	28	3,27	0,98		
	Licenciatura	48	3,25	1,13		
NormaEdu_Vínculo	Primaria	39	2,74	1,12		
	Secundaria	89	2,17	0,87		
	Técnico	74	2,19	0,96	3,176	,014
	Bachillerato	29	2,10	0,92		
	Licenciatura	48	2,18	0,85		
ActDS_AdF1	Primaria	34	5,16	2,19		
	Secundaria	92	5,75	1,52		
	Técnico	71	6,26	0,86	4,483	,002
	Bachillerato	29	5,94	1,24		
	Licenciatura	48	6,19	0,94		
F5Presión	Primaria	37	3,97	1,05		
	Secundaria	93	3,58	1,00		
	Técnico	74	3,43	0,96	4,265	,002
	Bachillerato	30	3,14	1,06		
	Licenciatura	50	3,19	1,04		
IndControl	Primaria	37	2,42	1,32		
	Secundaria	93	2,47	1,13		
	Técnico	74	2,60	1,29	2,504	,045
	Bachillerato	30	1,95	0,91		
	Licenciatura	50	2,13	0,94		
Creen_AdulF1	Primaria	39	2,97	1,22		
	Secundaria	95	2,70	1,16		
	Técnico	74	2,18	0,92	5,538	,000
	Bachillerato	30	2,42	0,95		
	Licenciatura	50	2,19	0,97		

Como puede observarse, los participantes con estudios de primaria, secundaria y bachillerato consideran que las grasas, los antojitos mexicanos, azúcares y comida rápida generan menos exceso de peso en los adultos y que los que tienen licenciatura ($F_4=3.322 p .010$).

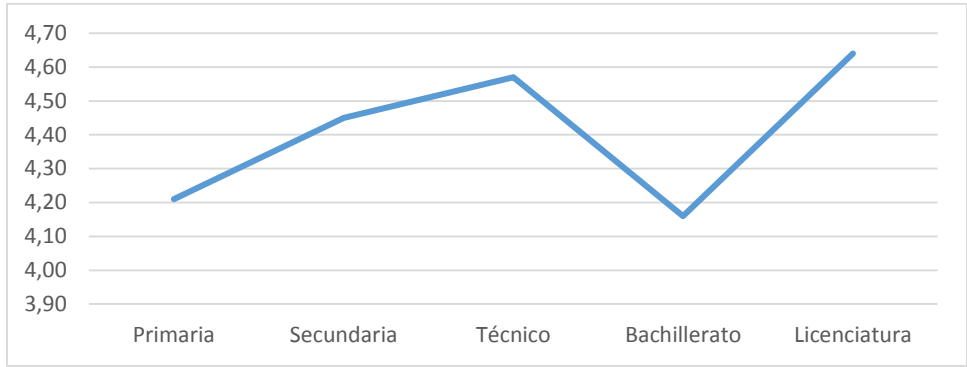


Figura 60.15. ANOVA nivel de estudios y alimentos calóricos

Por otro lado quienes tienen estudios de primaria manifiestan actitudes positivas hacia la alimentación y con actitudes más negativas de manera creciente los siguientes niveles educativos hasta licenciatura ($F_4=5.08 p .001$).

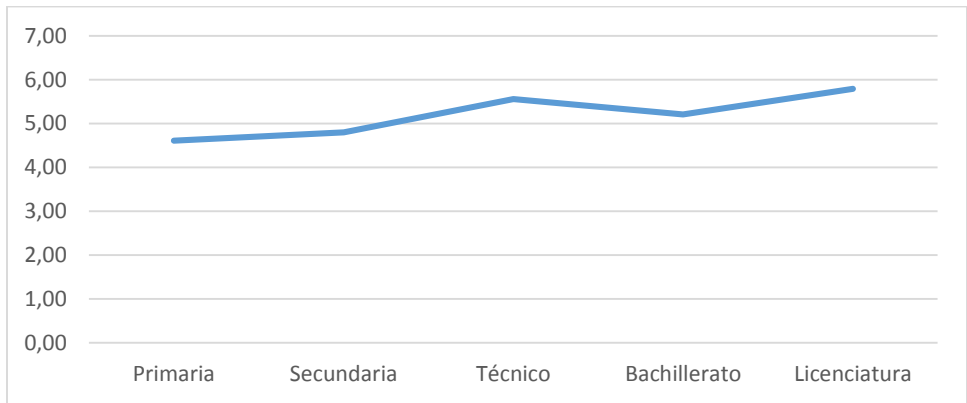


Figura 60.16 ANOVA nivel de estudios y actitud hacia el exceso de peso en niños.

Por otro lado, a menor nivel educativo se presenta un mayor desacuerdo con respecto a las creencias respecto al papel que tiene los padres sobre las causas del exceso de peso en sus hijos ($F_4=5.308 p .000$).

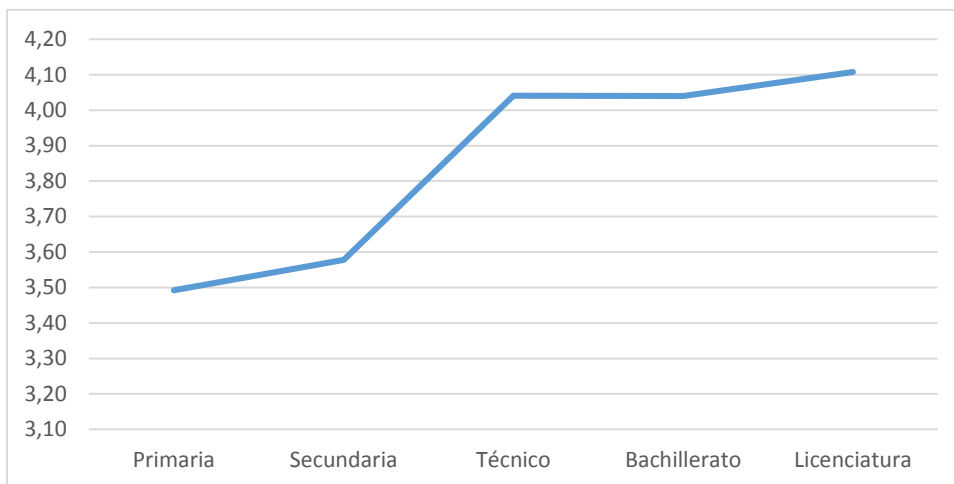


Figura 60.17 ANOVA nivel de estudios y creencias de que los padres como causantes del exceso de peso.

Con el diferencial semántico de Osgood se observaron diferencias significativas en el factor 1 (ActDS_AdF1) es decir, las madres con nivel de estudios más bajo muestran una actitud positiva hacia el exceso de peso en los adultos a diferencia de los que tienen niveles de estudios más altos ($F4.484= p .002$) y quienes tienen estudios técnicos muestran actitudes más positivas hacia los adultos con exceso de peso como se observa en la figura 60.18.

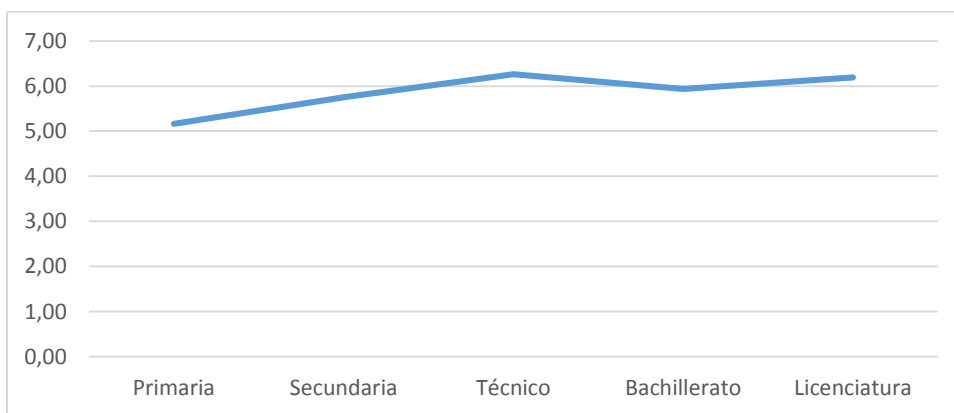


Figura 60.18 ANOVA nivel de estudios y actitudes hacia el exceso de peso en adultos

Para el factor creencias erróneas hacia el exceso de peso en adultos encontramos que las madres con estudios de primaria son los que concuerdan con estas creencias y los que menos están de acuerdo son los que tienen estudios de licenciatura y estudios técnicos ($F5,538= p .001$) (ver figura 60.19).

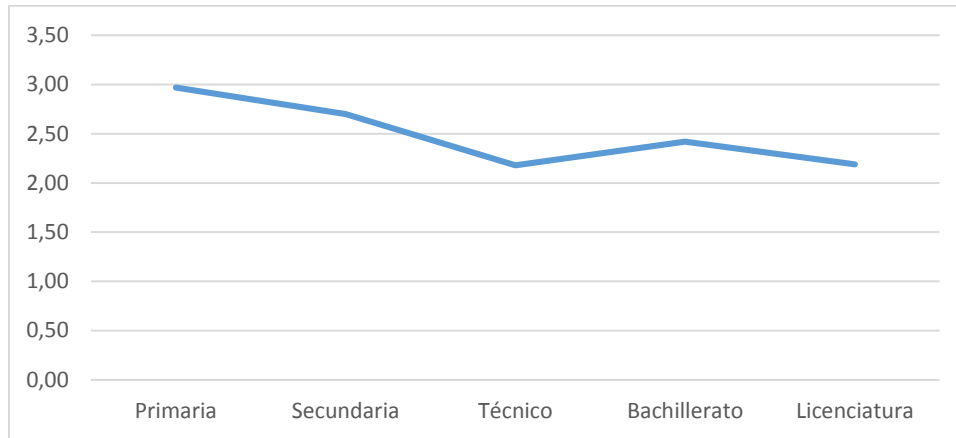


Figura 60.19 ANOVA nivel de estudios y creencias erróneas.

También se encontraron diferencias significativas con la variable Creencias hacia el Exceso de Peso en los Niños ($F_{3.634} = p .007$), las madres con estudios de primaria son quienes creen que es mejor que los niños estén *llenitos*, que los niños gorditos son bonitos, los cachetones son lindos, que algunos niños gorditos son chistosos, que es parte del desarrollo que los niños preescolares suban de peso, además de que es más grave que un adulto tenga obesidad a que lo tenga un niño. Sin embargo, las que tienen un nivel de licenciatura son quienes menos comparten estas creencias.

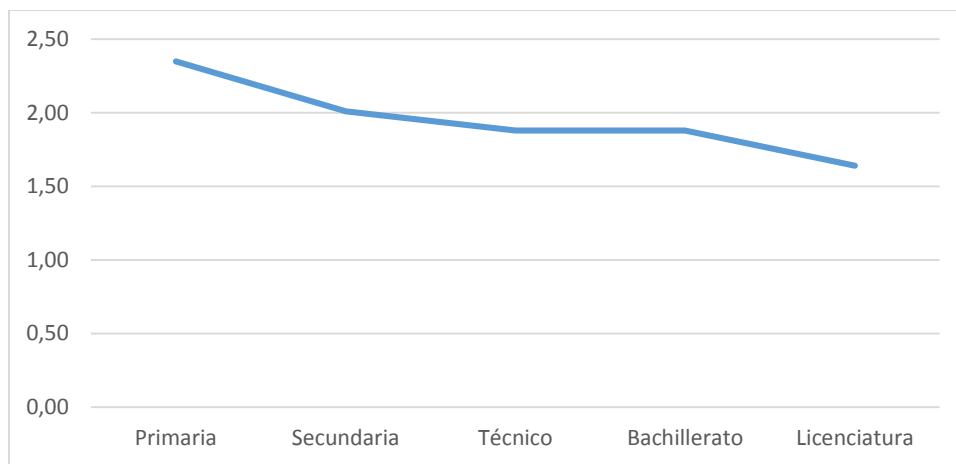


Figura 60.20 ANOVA nivel de estudios y creencias hacia el exceso de peso en los niños

Con el factor *Presión para comer* ($F_{5Presión}$) y el nivel educativo encontramos diferencias significativas $F_{4.26} = p .002$, mostrando que las madres con estudios de primaria mencionan que presionan mucho a sus hijos para que coman sus

alimentos, las madres con estudios de licenciatura y bachillerato presionan menos a sus hijos.

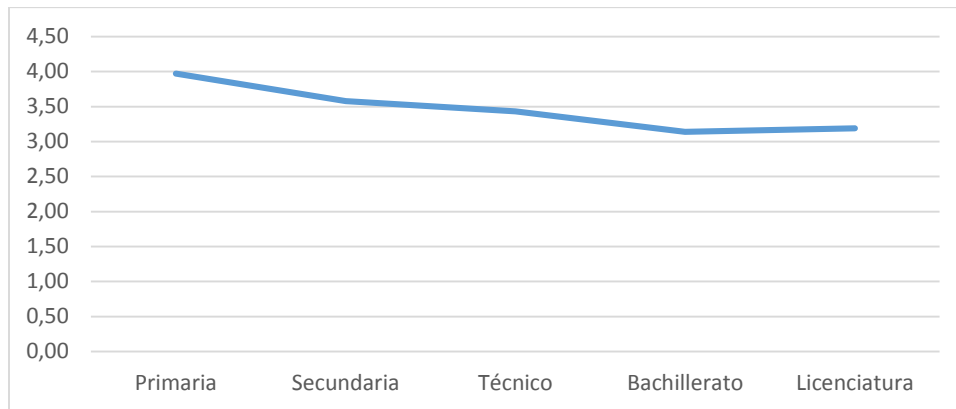


Figura 60.21 ANOVA nivel de estudios y presión para comer.

Con respecto a las diferencias de cada escala en relación al nivel educativo encontramos que la Norma Subjetiva Expertos sobre el Peso y la Alimentación (Norma_ExperPeso) $F_{4.05} p .003$, las diferencias son entre los estudios de secundaria, es decir las madres con este nivel de estudios solicitan poco la opinión de maestros, psicólogos, nutriólogos, médico y pediatras.

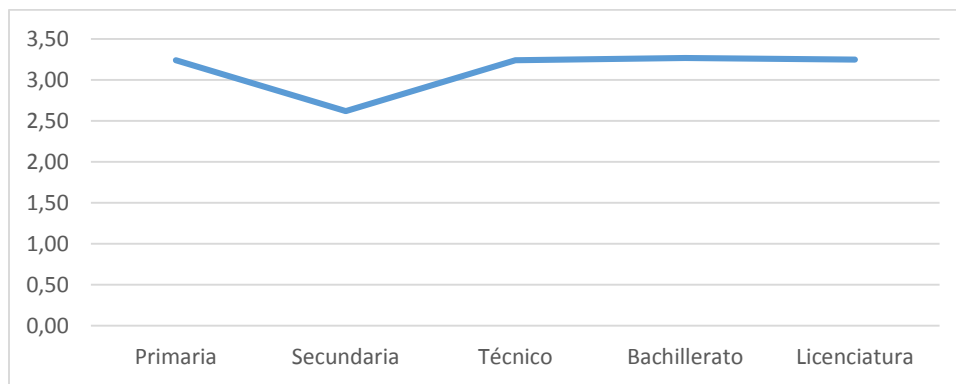


Figura 60.22 ANOVA nivel de estudios y norma subjetiva expertos hacia el peso y la alimentación

En la figura 60.23 podemos observar que el nivel de estudios primaria tiene una relación con la Norma Subjetiva en Educación (NormaEdu_Vinculo) con el factor *Vínculo* $F=2.293 p .030$, en este caso las madres con estudios de primaria solicitan apoyo a las personas importantes (padres, madres, amigos, hermanos, suegros, etc) en relación a la educación de sus hijos.

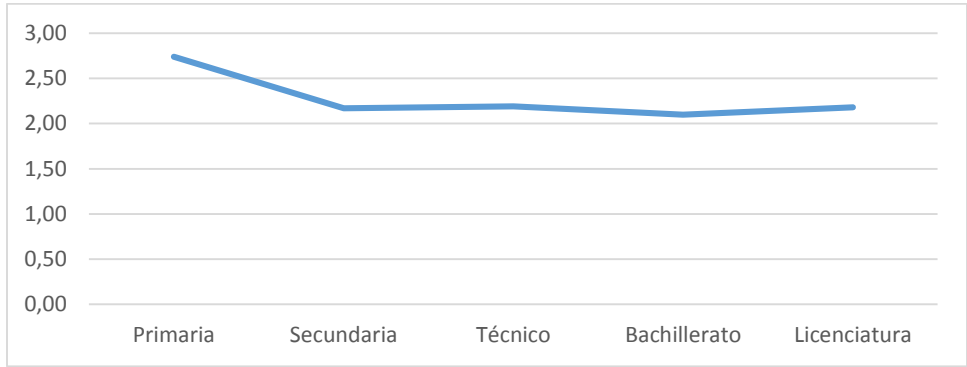


Figura 60.23 ANOVA nivel de estudios y vínculo.

La tabla 60.24 las diferencias que hubo entre el nivel educativo y el Indicador de Control (IndControl) $F=2.293 p .030$, se encontró que las madres con nivel de estudios de licenciatura, bachillerato son quienes están menos de acuerdo en ofrecer a sus hijos(as) golosinas o su comida favorita a cambio de que se porten bien, quienes manifiestan estar más de acuerdo son las madres con bajo nivel de estudios.

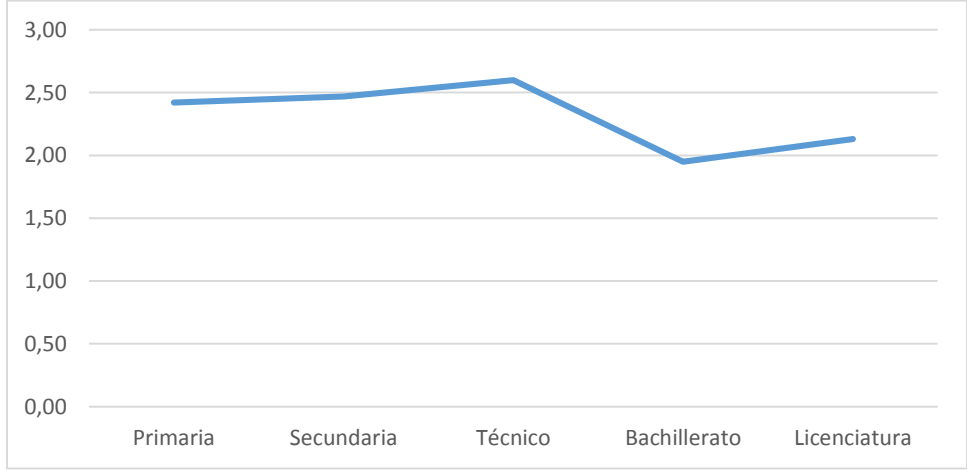


Figura 60.24. ANOVA nivel de estudios y control.

En la siguiente figura 60.25 se muestran las diferencias significativas por nivel de estudios con la autoeficacia (autoeficacia) $F=2.664 p .030$, de acuerdo con la comparación de medias la madres con nivel secundaria y bachillerato son las que consideran tener la capacidad de alimentar a sus hijos de manera sana y controlar su peso.

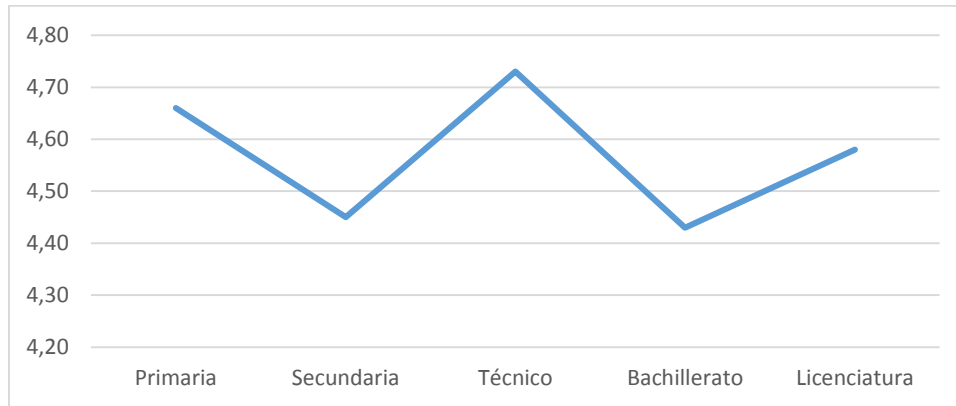


Figura 60.25 ANOVA nivel de estudios y autoeficacia

Finalmente, en cuanto a la Escala Creencias sobre Alimentos Calóricos para niños (Engordadores_Niños) $F_4=2.923$ $p .020$ con relación al nivel de estudios, se encontró que los participantes con estudios de primaria y bachillerato están menos de acuerdo en que las grasas, los antojitos mexicanos, los azúcares y la comida rápida generan menos exceso de peso en los niños y los que tienen licenciatura y nivel técnico consideran lo contrario (ver figura 60.26)

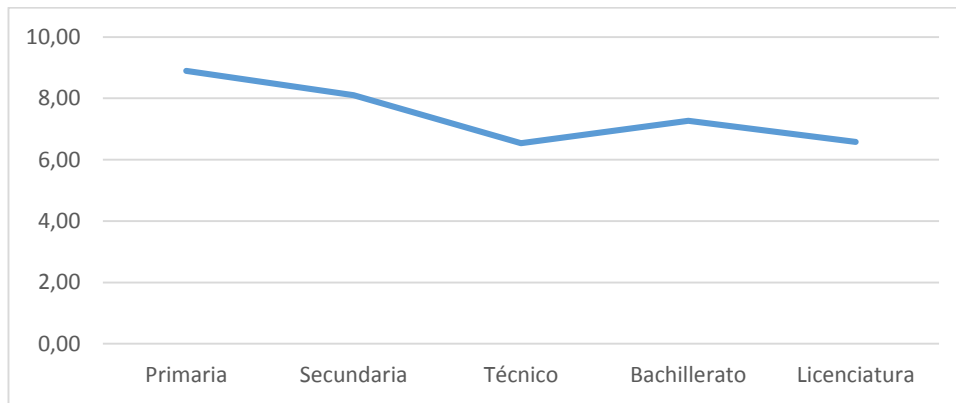


Figura 60.26. ANOVA nivel de estudios y alimentos calóricos en niños.

Posteriormente, se realizó un análisis de varianza para observar diferencias con todas las variables y el tipo de ocupación de las madres y cuidadores primarios. La variable actitud hacia la alimentación (Acti_Alimentación) $F=2.668$ $p .022$, responsabilidad $F_{4.67}=3.698$ $p .0002$ y necesidad de aprobación $F_{4.67}=2.437$ $p .035$ fueron significativas entre las amas de casa y empleadas.

Tabla 7.5
ANOVA por ocupación y todas las variables de estudio

	Ocupación	N	Media	Desviación Estándar	F	Sig.
Responsabilidad Per	Ama de casa	192	4,67	0,56	3,698	,003
	Empleada	76	4,30	0,82		
	Profesionista	16	4,44	0,81		
	Comerciante	13	4,33	0,92		
	Negocio propio	4	4,33	0,90		
	Estudiante	4	4,42	0,96		
Acti_Alimentación	Ama de casa	177	6,13	1,14	2,668	,022
	Empleada	72	5,54	1,58		
	Profesionista	15	6,28	0,70		
	Comerciante	13	6,14	1,11		
	Negocio propio	4	6,30	1,15		
	Estudiante	4	6,40	0,71		
Nec_apro Neg	Ama de casa	177	1,70	0,65	2,437	,035
	Empleada	71	2,02	1,03		
	Profesionista	15	1,84	0,60		
	Comerciante	12	2,22	1,17		
	Negocio propio	4	1,53	0,33		
	Estudiante	4	1,66	0,12		

Como se muestra en la figura 60.27 y de acuerdo al análisis de varianza las variables de estudio y el tipo de ocupación encontramos diferencias estadísticamente significativas entre la *Responsabilidad Percibida* que sienten las madres hacia la alimentación de sus hijos y la ocupación de las madres $F_{4,67}=3.698$ $p .0002$, como se puede apreciar las madres que son amas de casa sienten mayor responsabilidad hacia la alimentación de sus hijos, las que son empleadas son las que sienten menos responsabilidad, así como las comerciantes y de negocio propio.



Figura 60.27 ANOVA por ocupación y responsabilidad.

Con el tipo de ocupación encontramos que el factor Necesidad de Aprobación Negativa $F=2.437 p .035$, en este caso los que son comerciantes tienden a mostrar puntajes más altos respecto a la necesidad de aprobación negativa.

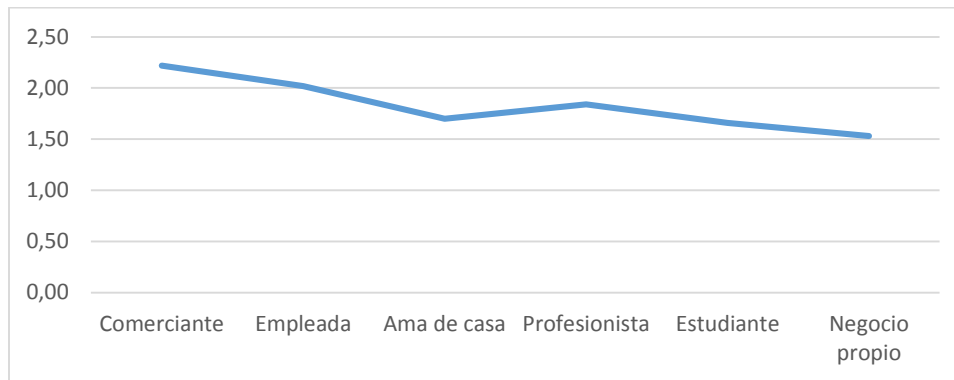


Figura 60.28 .ANOVA por ocupación y necesidad de aprobación negativa.

Comparaciones de medias pero mediante el ANOVA, pero ahora con el número de hijos(as) que tienen las madres mostraron diferencias únicamente en las prácticas de alimentación las que arrojaron diferencias con relación al número de hijos (ver Tabla 6).

Tabla 6.
ANOVA por número de hijos

	Número de hijos	N	Media	Desviación Estándar	F	Sig.
Restricción	1	76	2,45	0,94	3,745	0,012
	2	124	2,94	1,1		
	3	73	2,64	1,03		
	4	18	2,69	1,15		
Indicador Manipulación	1	75	3,14	1,36	3,157	0,025
	2	125	3,65	1,25		
	3	72	3,51	1,25		
	4	17	2,97	1,71		
Monitoreo	1	76	4,43	0,87	5,665	0,001
	2	125	4,36	0,78		
	3	74	3,87	1,22		
	4	17	4,04	0,9		
IndicadorControl	1	75	2,06	1,07	4,23	0,006
	2	125	2,58	1,2		
	3	72	2,37	1,14		
	4	18	1,89	1,02		

Como observamos en la figura 60.29, de acuerdo con lo reportado por las madres, encontramos diferencias significativas dependiendo del número de hijos, siendo las madres que restringen $F=3,745 p .012$ la alimentación de sus hijos, es decir las que les prohíben el consumo de golosinas, comida chatarra, y hasta su comida favorita cuando no obedecen o se portan mal, las que tienen más de un hijo.

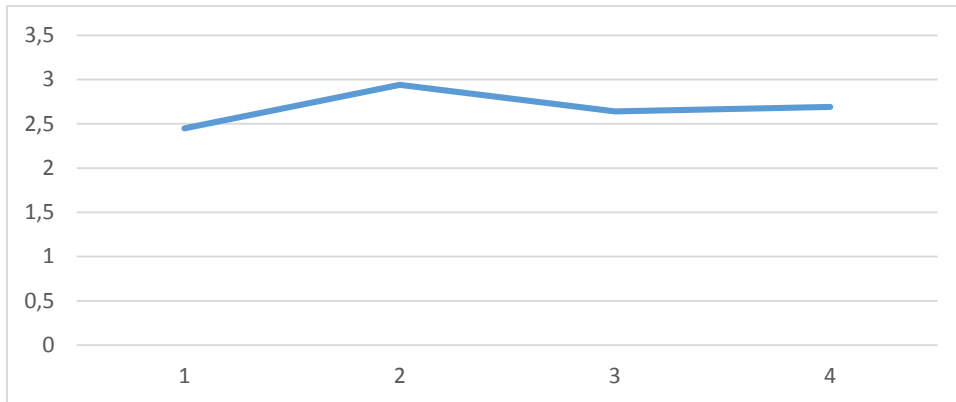


Figura 60.29. ANOVA por número de hijos y restricción

Como observamos en la figura 60.30 las madres que manipulan $F=3,157 p .02$ la alimentación de sus hijos, es decir, las que creen que si no vigilaran la alimentación de sus hijos, los niños comerían comida chatarra, o si ellas no controlaran la alimentación ellos comerían los que más les gusta. Este indicador encontramos que consideran estar más de acuerdo las madres que tienen dos hijos.

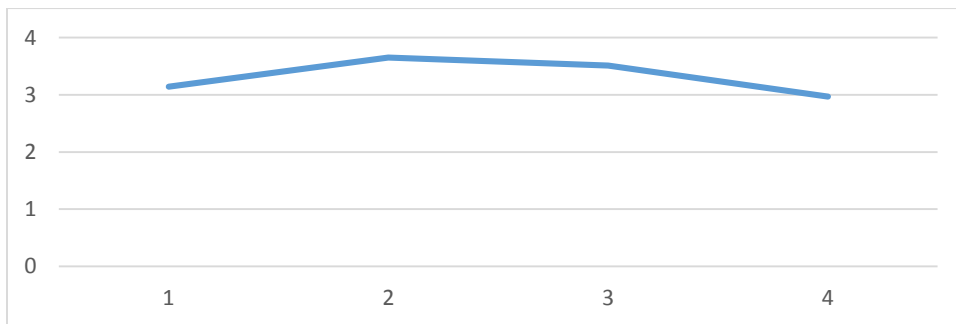


Figura 60.30. ANOVA por número de hijos e indicador manipulación

La Figura 60.31, en la comparación de medias encontramos que las madres que consideran estar más al pendiente de la cantidad de golosinas, la comida chatarra y los alimentos grasos (Monitoreo) $F=5,665 p .001$ que comen sus hijos, son las madres que tienen menos hijos.

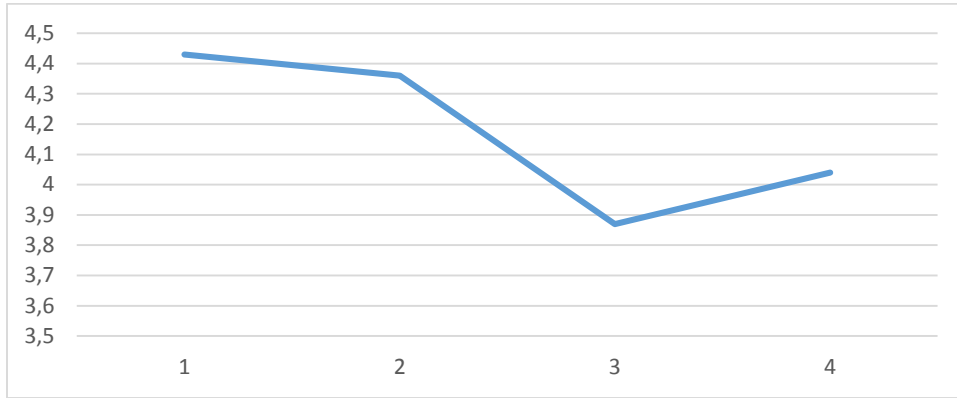


Figura 60.31. ANOVA por número de hijos y monitoreo

En la Figura 60.32 se observan las diferencias por número de hijos con el indicador control $F=4,230 p .006$, podemos observar que las madres que ofrecen golosinas y su comida favorita a cambio de un buen comportamiento son principalmente las madres que tienen dos y tres hijos.

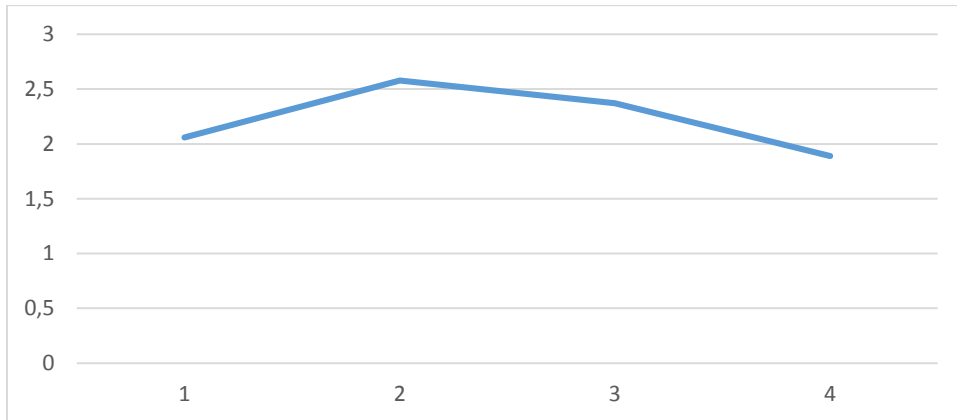


Figura 60.32. ANOVA por número de hijos e indicador control

Realizamos un ANOVA con la variable IMC de los niños con todas las variables de estudio y encontramos que existen diferencias significativas, como se muestra en la Tabla 7, encontramos diferencias significativas en las variables: Alimentos Calóricos para Niños (Engor_Niños), Alimentos Saludables en Niños (Salud_Niños), Peso Percibido en su Hijo (F7PesoPercibidoH) y los Padres como Causantes del Exceso de Peso en su Hijos (Causas_padres1).

Tabla 7.
ANOVA por IMC del niño

	IMC niñ(a)	N	Media	Desviación Estándar	F	Sig.
Engor_niños	Bajo peso	12	4,67	0,46	2,673	0,048
	Peso saludable	219	4,49	0,76		
	Sobrepeso	31	4,57	0,54		
	Obesidad	34	4,12	1,23		
Salud_niños	Bajo peso	12	4,6	0,51	3,789	0,011
	Peso saludable	215	4,1	0,99		
	Sobrepeso	31	4,15	0,7		
	Obesidad	33	3,59	1,37		
F7PesoPercibidoH	Bajo peso	13	3,23	0,7	6,597	0,001
	Peso saludable	219	2,75	0,79		
	Sobrepeso	32	3,28	0,64		
	Obesidad	37	3,07	0,79		
Causas_padres1	Bajo peso	13	4,34	0,72	2,931	0,034
	Peso saludable	220	3,72	0,98		
	Sobrepeso	31	3,95	0,99		
	Obesidad	37	4,05	0,95		

Con la variable Escala de Alimentos Calóricos en los Niños $F=2.673$ $p .048$ y su IMC, las madres con hijos de bajo peso estan de acuerdo que este tipo de alimentos propicia exceso de peso y las que no estan muy de acuerdo son las madres con hijos con obesidad.

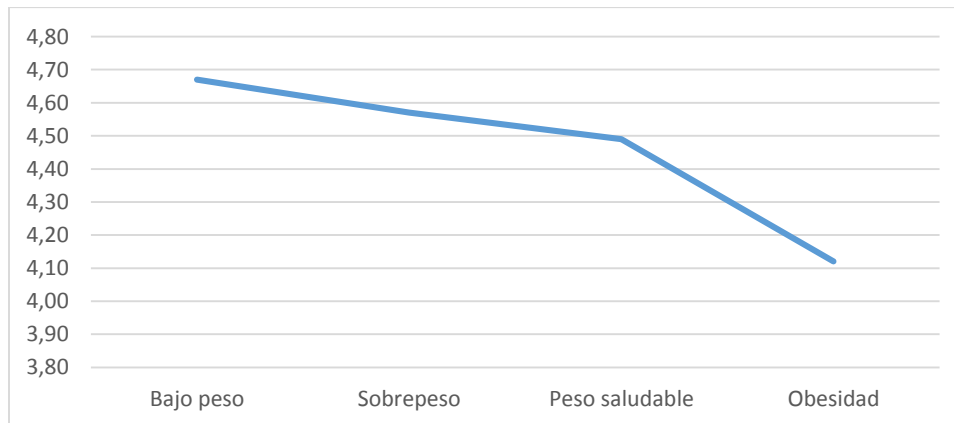


Figura 60.33. ANOVA por IMC del niño y escala de alimentos calóricos en los niños.

En la Escala Creencias de Alimentos Saludables $F=3.789$ $p .011$ y su relación con el IMC de los hijos, encontramos que las madres con hijos que tienen bajo peso están más de acuerdo que los alimentos saludables no propician exceso de peso.

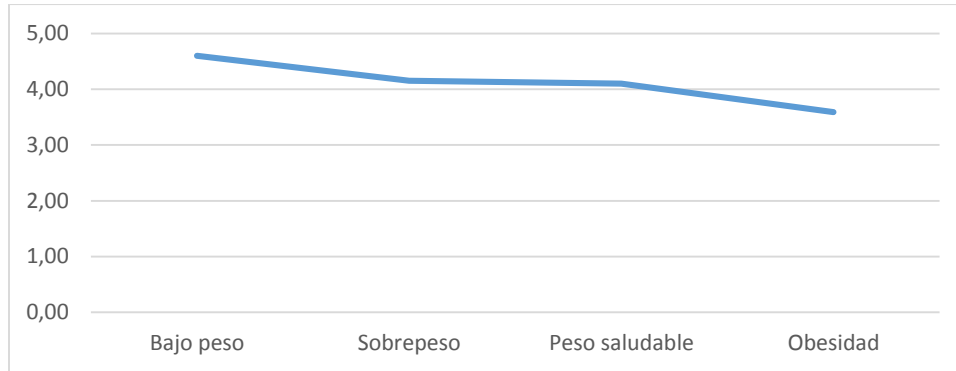


Figura 60.34. ANOVA por IMC del niño y alimentos saludables

Para el caso del IMC del niño encontramos diferencias significativas en la Percepción del Peso de su Hijo $F=2.646$ $p .049$. Las madres con hijos con sobrepeso los perciben aún con más peso, los niños con obesidad son percibidos por sus madres con menos peso del que tienen y a los niños con normopero, se les percibe con menos peso del que realmente tienen.

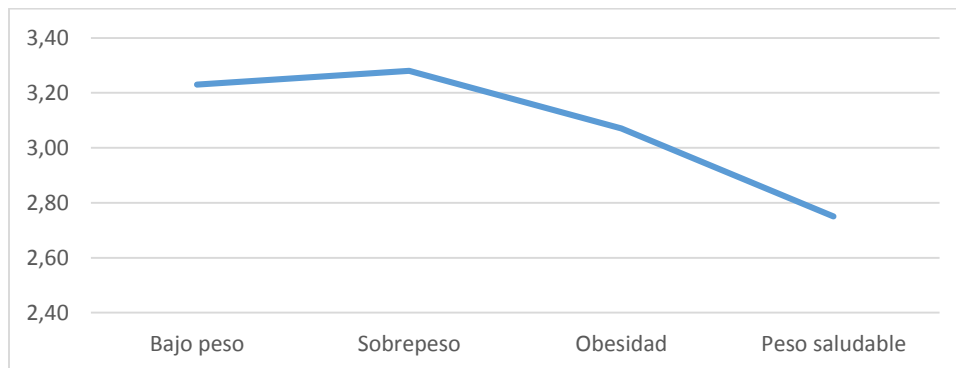


Figura 60.35 ANOVA por IMC del niño y percepción de peso del hijo.

Las madres de niños normopeso son las que están menos de acuerdo en que las causas del exceso de peso en los niños están relacionadas con las acciones de los padres, contrario a las madres con hijos de bajo peso y obesidad que consideran

que las acciones de los padres en relación al cuidado del peso influye en sus hijos ($F=2.931 p .034$).

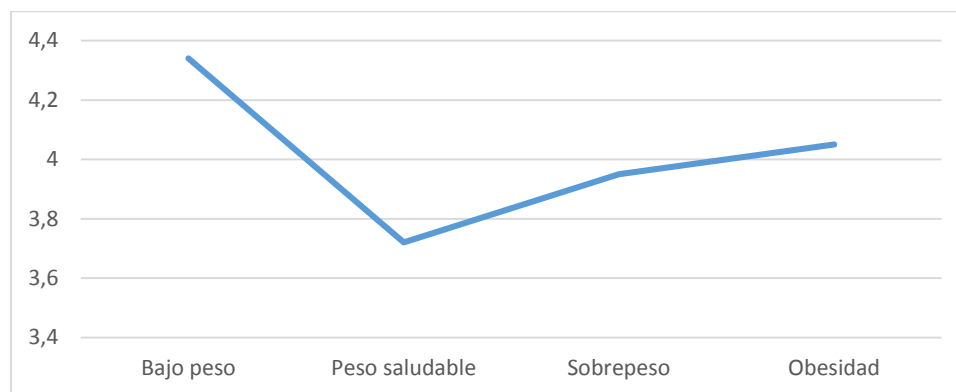


Figura 60.36. ANOVA por IMC del niño y creencias de las causas del exceso de peso en niños

Nuevamente se realizó un ANOVA con todas las variables pero ahora se trabajó con el IMC de las madres, pero sólo se observaron diferencias significativas en las variables, Norma_Edu Vínculo, F1 Peso PercibidoMa, F1 Peso PercibidoMa y Creen_AdulF1 como se muestra en la Tabla 8.

Tabla 7.8.
ANOVA por IMC de la madre

	IMC	N	Media	Desviación Estándar	F	Sig.
Creen_AdulF1	Bajo peso	5	2,67	0,624	2,481	0,044
	Normopeso	99	2,48	1,112		
	Sobrepeso	116	2,24	1,052		
	Obesidad	36	2,67	1,141		
	Obesidad mórbida	27	2,88	1,174		
Norma_Edu Vínculo	Bajo peso	5	1,76	1,062	2,462	0,046
	Normopeso	94	2,3	1,05		
	Sobrepeso	109	2,21	0,935		
	Obesidad	32	2,16	1,009		
	Obesidad mórbida	26	2,21	0,927		
F1PesoPerMadre	Bajo peso	5	2,6	0,576	5,683	.001
	Normopeso	96	2,82	0,782		
	Sobrepeso	114	3,11	0,822		
	Obesidad	36	3,32	0,741		
	Obesidad mórbida	26	3,49	0,798		

En la figura 60.37 se muestran las diferencias que se encontraron en la escala de Creencias hacia el Exceso de Peso en los Adultos en el factor 1 denominado Creencias erróneas ($F=2.481$ $p .044$) y su relación con el IMC de la madre. Las madres que tienen obesidad mórbida manifiestan estar más de acuerdo con las con las creencias erróneas hacia el exceso de peso a diferencia de las personas con normopeso y sobrepeso.

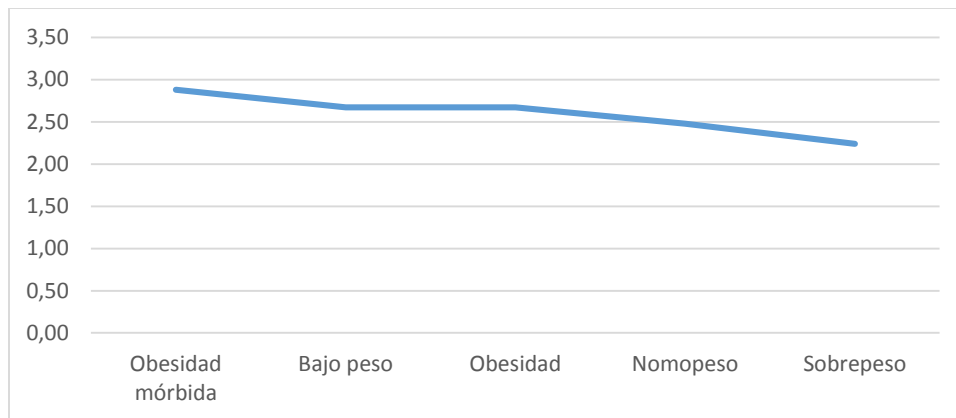


Figura 60.37 ANOVA por IMC de la madre y creencias erróneas hacia el exceso de peso en adultos.

Encontramos diferencias con la Norma Subjetiva hacia la Educación con el factor Vínculo $F=2.462$ $p .046$ muestra diferencias significativas dependiendo del IMC de la madre, es decir, las madres con bajo peso son las que menos toman en cuenta la opinión de sus padres, amigos, hermanos, etc., con quienes tienen un vínculo emocional sobre la educación de sus hijos(as) en comparación a las que tienen normopeso y hasta obesidad mórbida (ver figura 60.38).

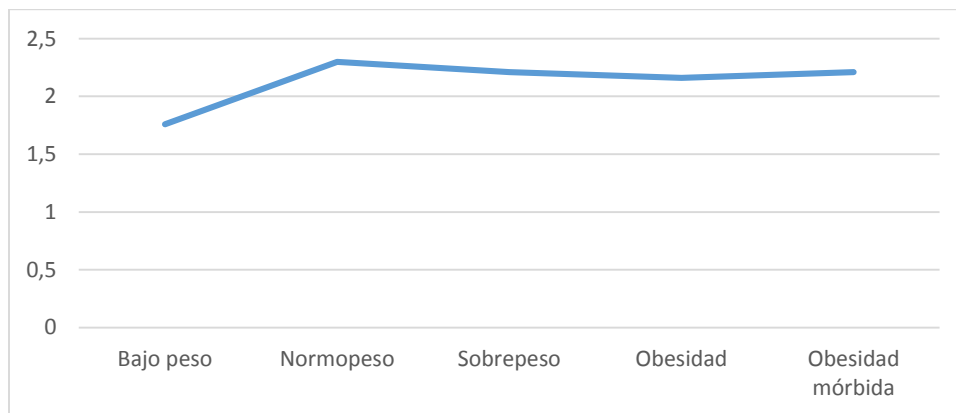


Figura 60.38. ANOVA por IMC de la madre y factor vínculo de la norma subjetiva hacia la educación.

Mas adelante, podemos observar que se muestran diferencias significativas en la media, respecto a la percepcion que tienen las madres sobre su propio peso $F=5,683 p .001$ ($F_{1PesoPerMadre}$) en relación con su IMC. Como se muestra en la Figura 60.39 las madres que tienen bajo peso son las que menos coinciden con la percepción de su propio peso, de manera creciente el IMC de las madres concuerda de manera positiva con la percepcción que tienen de su propio peso.

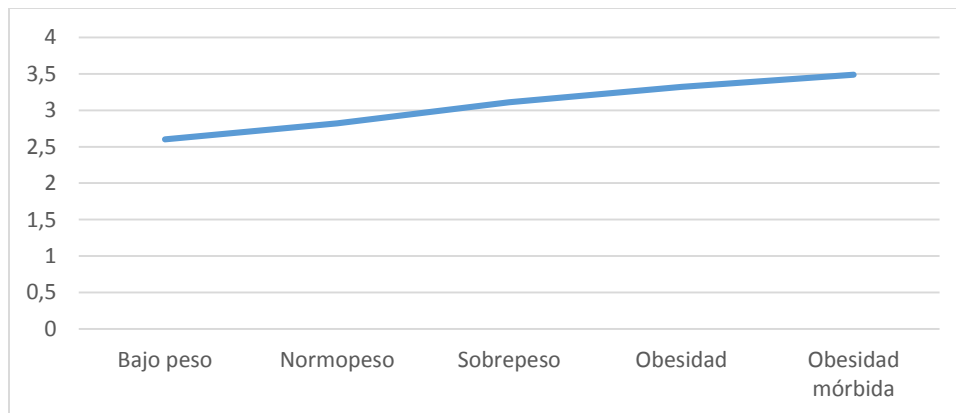


Figura 60.39 ANOVA por IMC de la madre y percepción del peso percibido de la madre.

Otroi ANOVA en el que se incluyeron las variables y la edad, arrojó diferencias significativas sólo en las variables, Actitud hacia el exceso de Peso en los Adultos en el factor 2, la Necesidad de Aprobación en el factor Negativo y el factor 7 Peso Percibido del Hijo.

Tabla 7.9
ANOVA por edad

	Edad	N	Media	Desviación Estándar	F	Sig.
ActD_AdF2	3	10	5,37	1,992	2.830	.039
	4	52	5,83	1,644		
	5	218	5,91	1,387		
	6	8	6,30	1,219		
Nec_Negativo	3	9	1,78	,404	3.520	.016
	4	52	2,07	1,062		
	5	215	1,73	,699		
	6	7	2,27	1,079		
PesoPercibidoH	3	10	3,35	,952	2.914	.035
	4	53	3,03	,891		
	5	225	3,05	,779		
	6	9	2,92	1,179		

Encontramos diferencias entre la edad del niño y la actitud hacia el exceso de peso en los adultos ($ActD_AdF2$) $F=2,830$ $p .039$ las madres con hijos de tres años de edad muestran actitudes positivas hacia el exceso de peso en los adultos y de manera creciente las actitudes se vuelven más negativas de manera que incrementa la edad del niño (ver figura 60.40).

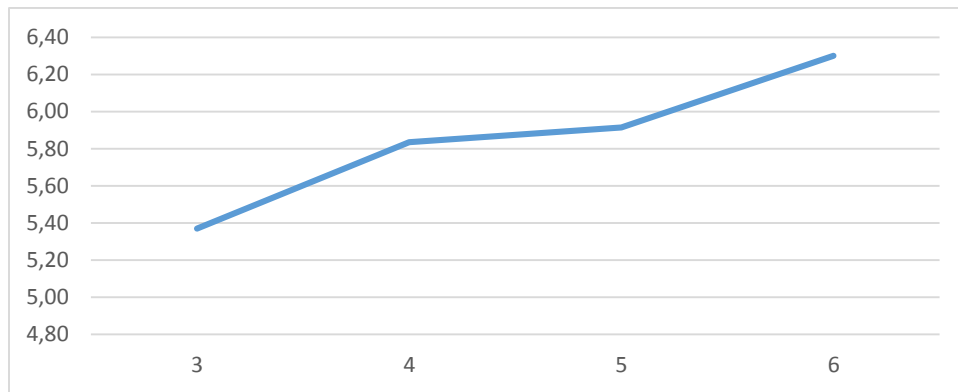


Figura 60.40. ANOVA por edad del niño y actitud hacia el exceso del peso en los adultos

En la Figura 60.41 podemos ver, mediante el ANOVA, las diferencias entre la edad del niño y Necesidad de Aprobación Negativa ($Nec_Negativo$) $F=3,520$ $p .016$, las madres con hijos de tres y cinco años de edad muestran menor necesidad de aprobación negativa, contrario a las madres de hijos(as) de cuatro y seis años que buscan mayor necesidad de aprobación negativa.

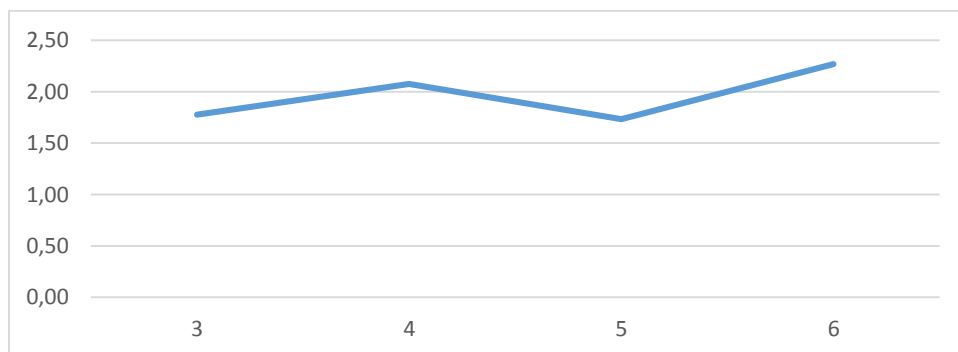


Figura 60.41. ANOVA por edad del niño y la necesidad de aprobación negativa

En la Figura 60.42 podemos ver, mediante el ANOVA, las diferencias entre la edad del niño y la Peso Percibido de sus Hijos ($PesoPercibidoH$) $F=2,914$ $p .035$, las madres con hijos de tres y seis años de edad muestran mayor percepción del peso de los niños que las madre de hijos con edades de cuatro y cinco años.

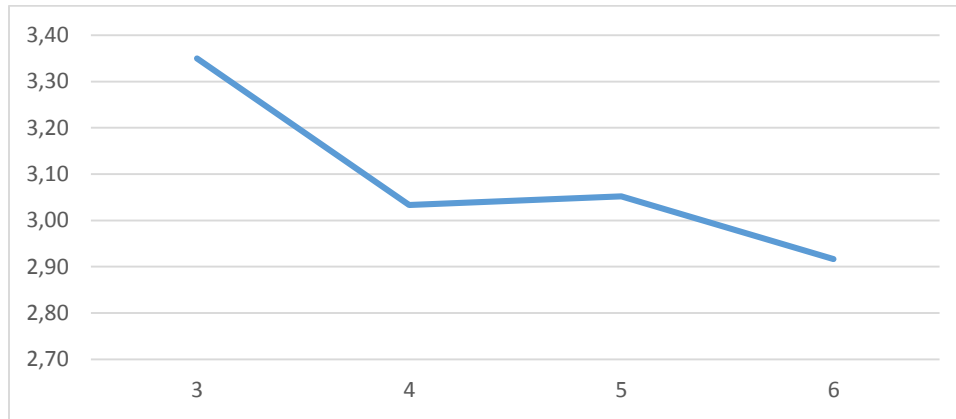


Figura 60.42. ANOVA por edad del niño y el peso percibido de sus hijos.

En los análisis siguientes realizamos pruebas t para ver si había diferencias entre todas las variables de estudio. Entre las que fueron significativas son la Escala de Alimentos con Alto contenido Calórico en Adultos ($t_{296}=-2.858$ $p<.005$) (Engord_Adultos), la Escala de Actitudes hacia el Peso de los Niños (Acti_PesoNiños) ($t_{293}=-1,415$ $p<.023$), la Escala de Actitudes hacia el Exceso de Peso para Adultos (ActiD_AdF1) ($t_{286}=-,913$ $p<.019$), el factor 2 de la Escala de Actitudes hacia el Sobrepeso y la Obesidad denominado como Consecuencias (Acti_ObesiF2) ($t_{291}=-1.263$ $p<.027$) y de la Escala de Prácticas Parentales de Alimentación el factor 4 denominado Restricción (F4Restricción) ($t_{299}=,551$ $p<.014$) con el sexo de los niños.

Se realizaron análisis con todas las variables de estudio con las madres que amamantaron o no a sus hijos, y los factores que fueron significativos fueron la Norma Subjetiva hacia el Peso de mi Hijo en el factor Vínculo (Norma_VinculoPeso) ($t_{279}=-075$ $p<.05$) y el factor de la Escala de Creencias sobre las Causas hacia el Exceso de Peso en los Adultos del factor 1 denominado Factores Personales (Causas_AdulF1) ($t_{285}=1,324$ $p<.013$).

Se les preguntó a las madres y cuidadores primarios si realizan actividad física, con la prueba t encontramos diferencias significativas con el factor Norma Subjetiva Expertos sobre el Peso y la Alimentación ($t_{286}=-2.883$ $p<.030$), la Escala de Creencias hacia los Alimentos Saludables para Adultos ($t_{291}=1,448$ $p<.005$), la Escala de Creencias hacia los Alimentos con Alto Contenido para Adultos

($t_{294}=1,198$ $p < .037$), la Escala de Creencias hacia el Exceso de Peso pero en el factor 2 que se denomina Consecuencias ($t_{300}=,012$ $p < .036$), los Factores Personales ($t_{288}=1,814$ $p < .006$), (Causas_AdulF1) como Causas del Exceso de Peso en Adultos, las Actitudes hacia la Alimentación (Acti_Aliment) ($t_{300}=,012$ $p < .036$) y finalmente el factor Monitoreo ($t_{298}=,254$ $p < .047$).

Les preguntamos a las madres si sus hijos realizan actividad física, encontrando que existen diferencias estadísticamente significativas con el factor Monitoreo (F3Monitoreo) ($t_{298}=1,585$ $p < .000$), el factor Responsabilidad (F6Responsabilidad) ($t_{301}=1,670$ $p < .002$), el factor 2 de la Escala de Actitudes hacia el Sobrepeso y la Obesidad denominado Consecuencias (Acti_ObesiF2) ($t_{289}=-1.334$ $p < .038$) y el IMC de las madres (IMC_mamá) ($t_{281}=4,518$ $p < .034$).

Por otro lado, se compararon las medias de las respuestas a la pregunta ¿Su hijo(a) practica algún deporte?, encontramos diferencias significativas como el factor Actitudes hacia el peso (Acti_PesoNiños) ($t_{278}=1,143$ $p < .046$), la Escala de Alimentos Saludables para Niños (salud_adultos) ($t_{277}=,763$ $p < .032$) y en el factor Responsabilidad Malos Hábitos de los Padres (F1RespPaF1) ($t_{271}=-,291$ $p < .004$).

Al comparar las medias la variable *obesidad de los niños*, encontramos diferencias con la Escala de Alimentos con Alto Contenido Calórico para Niños ($t_{294}=2.699$ $p < .000$), la Escala de Creencias de Alimentos Saludables para Niños Con los que tiene sobrepeso y los que no encontramos diferencias significativas con las variables Peso percibido del niño ($t_{299}=-3.173$ $p < .002$) y el indicador Preocupación del Peso del Niño ($t_{299}=-2.517$ $p < .012$). Para los que tienen peso saludable o normal, las variables en las que encontramos diferencias significativas fue con la Ocupación ($t_{305}=-2.208$ $p < .028$), IMC de las madres ($t_{284}=1.993$ $p < .047$), alimentación y conductas sedentarias de los niños (causas_niñosF1) ($t_{299}=2.222$ $p < .027$) y el indicador Preocupación por el peso del niño ($t_{299}=-2.945$ $p < .003$).

Con base al modelo propuesto y en las correlaciones presentadas en el anexo 9 con anterioridad se realizaron análisis factoriales de segundo orden con el objetivo de disminuir la cantidad de variables.

Posteriormente, se realizaron regresiones lineales por el método de selección por pasos (Stepwise) se tomó como variables dependientes las actitudes y como independientes las creencias. La figura 7.36 se muestra el modelo de regresión lineal múltiple.

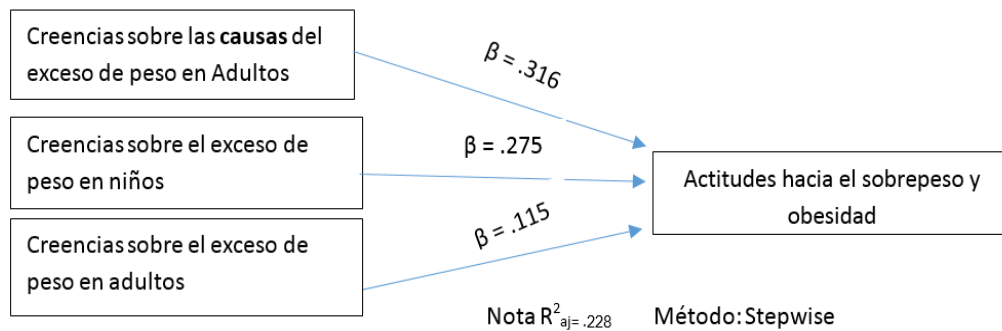


Figura 60.43 Modelo de Regresión Lineal Múltiple para las actitudes hacia el sobrepeso y obesidad.

Como podemos observar en el modelo que la variable con mayor poder predictivo son las creencias sobre las causas de peso en los adultos, seguido de las creencias sobre el exceso de peso en niños y las creencias sobre el exceso de peso en adultos que explican el 22% de la varianza de la variable dependiente con un coeficiente de determinación ajustado de .22, la significancia de la prueba de análisis de varianza (ANOVA) la bondad de ajuste nos dice que el modelo se ajustan a nuestros datos $F_3 27.50 p = .001$ y que son significativas para la predicción de las actitudes hacia el sobrepeso y la obesidad. En la Tabla 7.10 se muestran las variables de la ecuación.

Tabla 7.10
Variables en la ecuación para actitud
hacia la obesidad

Variables	Beta	t	Sig.
(Constante)			
C_CausasAdul	0.318	5.803	0.001
creencias_niños	0.280	5.149	0.001
C_ExcesoAdul	0.116	2.153	0.032

Posteriormente, siguiendo el mismo procedimiento de selección de variables como se muestra el modelo (figura 60.44) obtenido para la variable actitud sobre el exceso

de peso en los niños, las variables sobre las creencias que entraron al modelo se observan en la tabla 7.11.

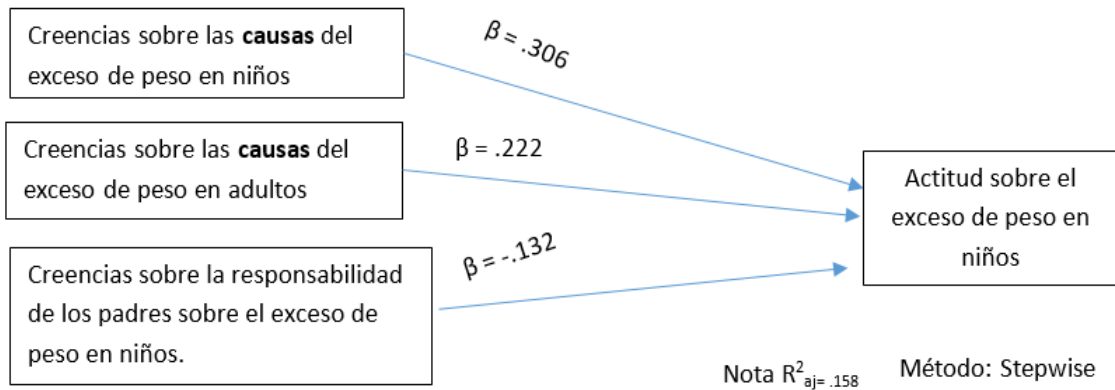


Figura 60.44 Modelo de Regresión Lineal Múltiple para las actitudes sobre el exceso de peso en niños.

Como se puede observar en la figura 7.11 las creencias hacia las causas del exceso de peso en los niños tienen mayor nivel predictivo, seguido de las causas para adultos y posteriormente las creencias sobre la responsabilidad que tienen los padres en el exceso de peso. A continuación se muestra la Tabla 7.13 con las variables en la ecuación.

Tabla 7.11
Variables en la ecuación para actitud sobre el exceso peso en niños

Variables	Beta	t	P
(Constante)			
Causas_PesoNi	0.306	4,881	0.001
C_CausasAdul	0.222	3.76	0.001
C_Respon	-0.132	-2.204	0.028

Realizamos el mismo procedimiento con la variable actitud hacia la alimentación, pero las variables no se incorporaron a ningún modelo, se ajusta con algunas variables pero con una R^2 ajustada menores a .1. Por lo tanto, continuamos con las variables que establecimos en el modelo como las actitudes, la norma subjetiva y la autoeficacia, sin embargo, nuevamente obtuvimos R^2 ajustadas menores a .1 para cada una de las prácticas parentales de alimentación. Por lo que se procedió a ver que variables explican las prácticas y encontramos que las actitudes hacia el exceso

de peso en adultos es la variable que más explica la práctica monitoreo, las creencias erróneas y los hábitos como causas pero ambos explican la medida en que las madres sobre vigilan la alimentación de sus hijos.

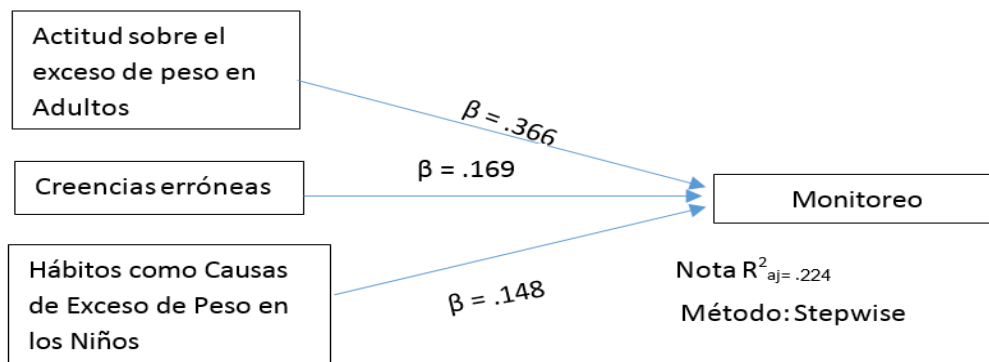


Figura 60.45. Modelo de Regresión Lineal Múltiple para para monitoreo.

En la tabla 7.12 se muestran las variables en la ecuación de la práctica parental Monitoreo.

Tabla 7.12
Variabes en la ecuación para monitoreo

Variabes	Beta	t	p
(Constante)		2.512	.013
ActiD_AdF1	0.366	5.380	0.001
Creencias erróneas	0.169	2.496	0.014
Causas_habitos1	0.148	2.15	0.033

El siguiente modelo con la práctica de alimentación control de peso en el niño, tres variables se incluyeron en el modelo: el grado de conocimiento que tienen las madres sobre los alimentos con alto contenido calórico, la actitud hacia el exceso de peso en los adultos y el control de peso del niño. Cabe destacar que como se observa en la figura 60.46 la variable que más explica es el conocimiento de alimentos calóricos en adultos, pero la edad tiene un puntaje negativo lo que significa que a menor edad del niño mayor es el control del peso en el niño.

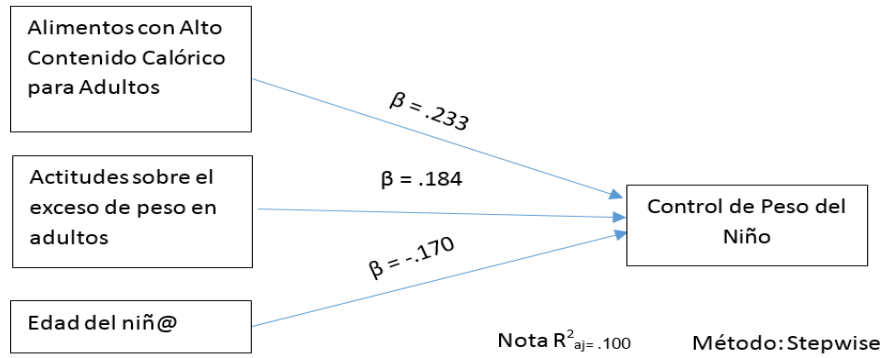


Figura 60.46 Modelo de Regresión Lineal para el control de peso del niño

En la tabla 7.13 se describen las variables de la ecuación control de peso del niño.

Tabla 7.13
Variables en la ecuación para control de peso en el niño

Variables	Beta	t	p
(Constante)		4.822	.000
Calóricos_Adultos	0.233	3.514	0.001
ActD_AdF2	0.184	2.589	0.010
Edad Niño	-0.170	-2.473	0.014

Como podemos en la figura 60.47 las creencias sobre las consecuencias hacia el exceso de peso en los adultos predice la presión que ejercen los padres hacia sus hijos, así como los hábitos como causas del exceso de peso en los niños. Por otro lado, a menor IMC en los niños y actitudes sobre el exceso de peso en los adultos mayor presión para comer en sus hijos.

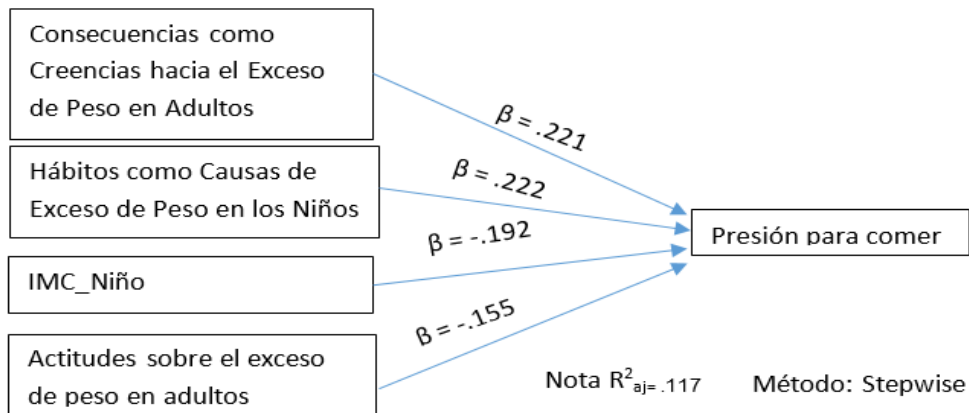


Figura 60.47. Modelo de Regresión Lineal para la variable presión para comer

En la tabla 7.14 se describen las variables de la ecuación Presion para Comer.

Tabla 7.14
Variables en la ecuación para presión para comer

Variables	Beta	t	p
(Constante)		5.285	.000
Creen_AdulF2	0.221	3.083	0.002
Causas_hábitos1	0.222	2.589	0.003
IMCpuntaje	-0.192	-2.473	0.008
ActiD_AdF1	-0.155	-2.136	0.034

Como podemos en la figura 60.48 la preocupación por el peso de los niños es predecida por el nivel de estudios de la madres, es decir a menor nivel de estudios mayor preocupación por el peso, las creencias que tienen las madres influye en su preocupación, así como la autoeficacia, es decir a menor autoeficacia mayor preocupación por el peso de sus hijos.

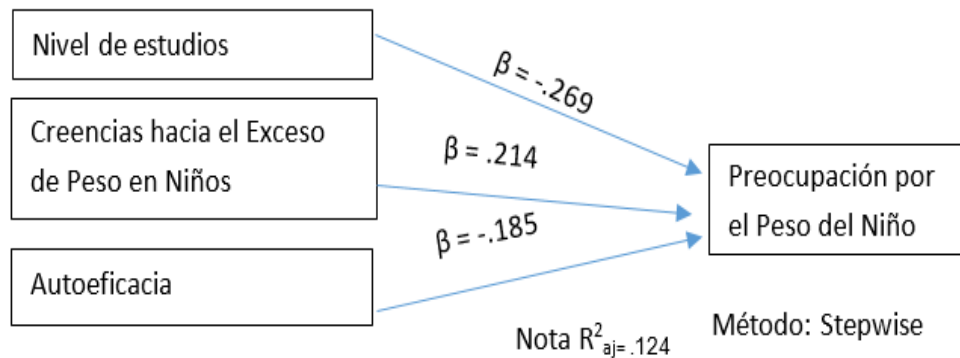


Figura 60.48. Modelo de Regresión Lineal para preocupación por el peso del niño.

En la Tabla 7.15 se describen las variables de la ecuación Preocupación por el Peso del Niño.

Tabla 7.15
Variables en la ecuación para preocupación por el peso del niño

Variables	Beta	t	p
(Constante)		2.217	.028
Nivel de estudios	-0.269	-3.805	0.001
Creencias_niños	0.214	3.044	0.003
Autoeficacia	0.185	2.622	0.010

Posteriormente, se incluyeron todas las variables en relación a las creencias y actitudes para predecir cuál de ellas predice la manipulación que las madres ejercen sobre sus hijos. Encontramos que las actitudes sobre el exceso de peso en adultos predice la Manipulación que pueden ejercer las madres. Las creencias que tienen las madres respecto a los hábitos como causa del exceso de peso en los niños predice la manipulación, así como las actitudes hacia la alimentación, la necesidad de aprobación positiva y las actitudes negativas hacia el sobrepeso y la obesidad (ver figura 60.49).

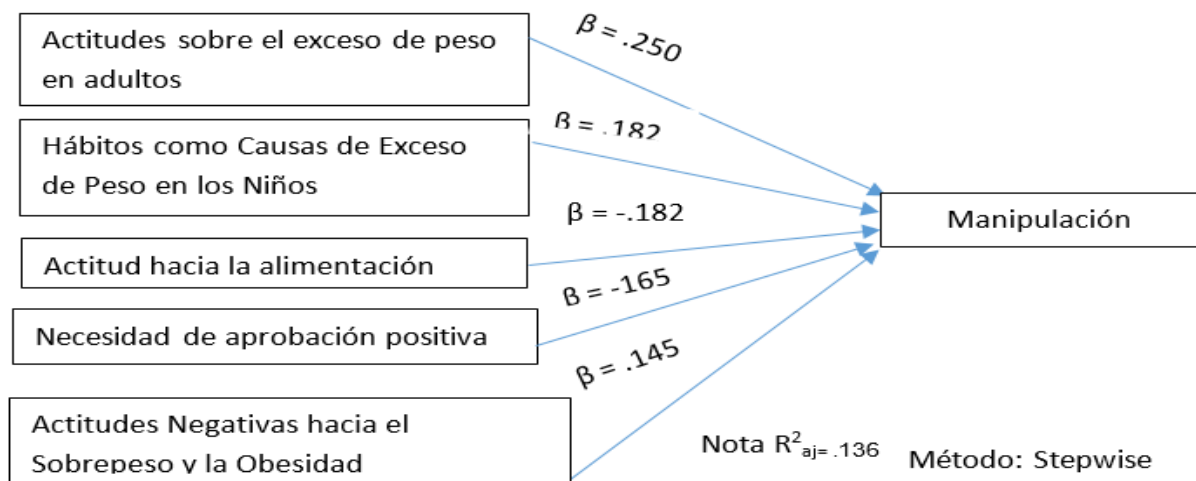


Figura 60.49. Modelo de Regresión Lineal para la práctica manipulación.

La tabla 7.16 muestra las variables que entraron en el modelo de la práctica manipulación.

Tabla 7.16.
Variables en la ecuación para manipulación

Variables	Beta	t	p
(Constante)		2,783	.000
ActD_AdF2	0.250	3.473	0.001
Causas_habitos1	0.182	2.941	0.011
Acti_Alimen	-0.182	-2.582	0.011
Nec_postitivo	-0.165	-2.313	0.022
Acti_ObesF1	.145	2,025	0.044

Con el cuestionario de creencias, actitudes y prácticas parentales realizamos un análisis factorial de segundo orden en donde obtuvimos dos factores uno lo denominamos prácticas coercitivas y el otro en permisivas, se eliminó el factor

percepción del peso del hijo. Las variables que explican estos factores se muestran en los siguientes modelos. Para la variable prácticas coercitivas la cual está conformada por la restricción, manipulación y presión para comer, encontramos que la variable con mayor poder predictivo es la mala información que tiene los padres, posteriormente las actitudes sobre el exceso de peso en los adultos, con valores negativos la edad del niño y las actitudes sobre la alimentación. Cabe destacar que a menor edad del sus hijos mayor práctica coercitiva.

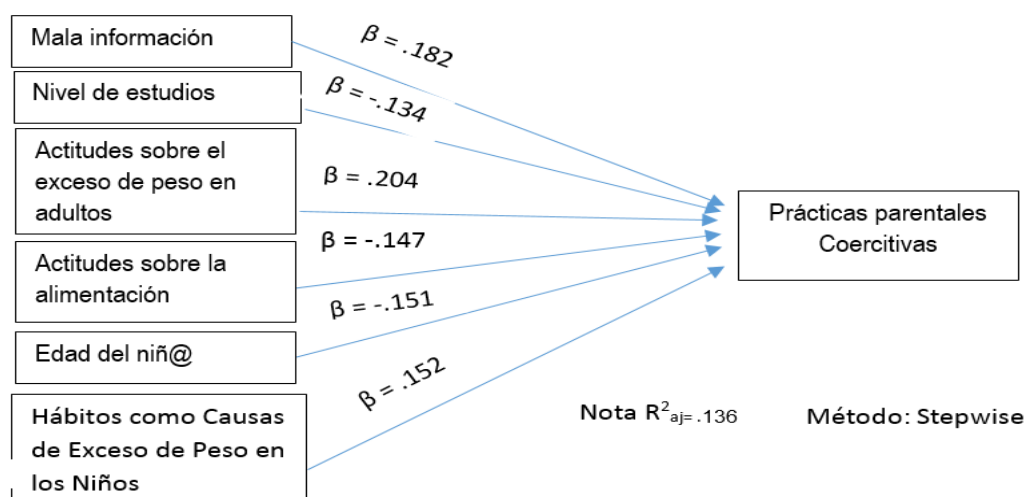


Figura 60.50. Modelo de Regresión Lineal para las prácticas coercitivas.

En la tabla 7.17 muestran las variables que entraron en el modelo Practicas Coercitivas.

Tabla 7.17
Variables en la ecuación para prácticas coercitivas

Variables	Beta	t	p
(Constante)		5.906	.000
Res_PaF2	.182	2.401	.017
Nivelestudios	-.134	-1.857	.065
ActD_AdF2	.205	2.890	.004
Acti_Alimen	-.159	-2.263	.025
Edad del niño	-.174	-2.473	.014
Causas_hábitos	.152	2,015	.045

Para las prácticas parentales permisivas en las cuales se agruparon los factores Monitoreo, Control en el Peso del Niño y el Indicador Preocupación por el Peso del

Niño; los malos hábitos de los padres explican prácticas permisivas. Cabe destacar que a menor autoeficacia mayor probabilidad de efectuar prácticas permisivas.

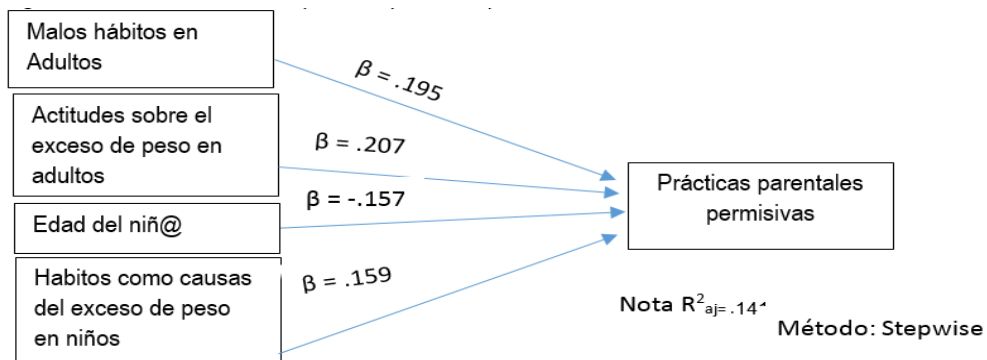


Figura 60.51. Modelo de Regresión Lineal para las prácticas permisivas.

La Tabla 7.18 muestran las variables que entraron en el modelo Practicas Permisivas.

Tabla 7.18
Variables en la ecuación para permisivas

Variabes	Beta	t	p
(Constante)		4,714	.000
Caus_AdulF2	.195	2.748	.007
ActiD_AdF1	.207	2.871	.005
Grupos de edad	-.157	-2.247	.026
Autoeficacia	.159	2.208	.029

Posteriormente se realizaron analisis de regresión logística para tener una idea más clara el grado predictivo de las variables. Los análisis que se realizaron fueron con los niños que presentaron Desnutrición, Peso normal (normopeso), Sobrepeso y Obesidad. Sin embargo sólo se conformaron dos modelos uno para Sobrepeso y el Peso Normal. En la figura 60.52 tenemos el modelo de Sobrepeso, el cuál refleja que menor autoeficacia y necesidad de aprobación negativa predice sobrepeso en los niños, de manera contraria la percepción que tiene la madre sobre su propio peso y el de su hijo predice el sobrepeso en el niño.

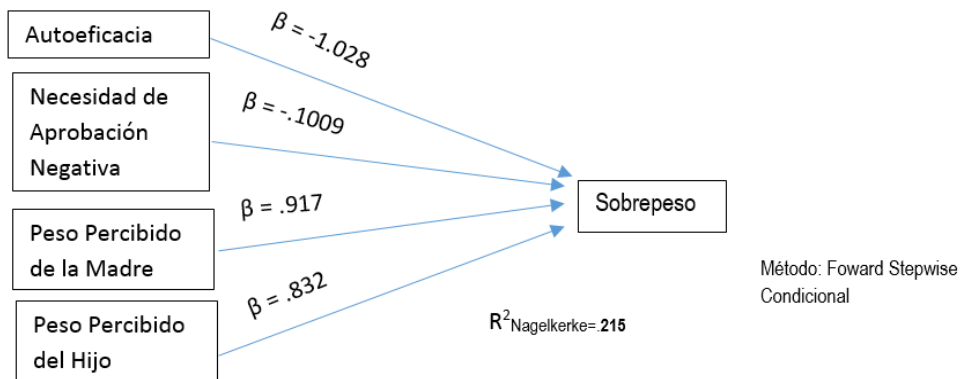


Figura 60.52. Modelo de Regresión Logística para el sobrepeso.

Para la variable Peso Normal, al igual que en análisis anterior, se utilizó el método de selección por pasos (Forward Stepwise Conditional), tres variables que conformaron la figura 60.53 con una R^2 Nagelkerke de **.199** y las variables que resultaron significativas fueron: el sobrepeso de la madre, la percepción del peso que tiene a su hijo.

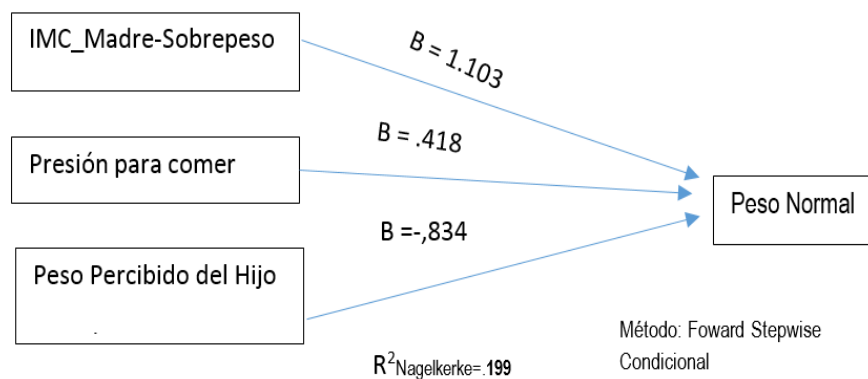


Figura 60.53. Modelo de Regresión Logística para peso normal.

Posteriormente, se realizó el mismo procedimiento para las variable Obesidad y Desnutrición, sin embargo no se generó algún modelo en el caso de la variable Desnutrición el valor de la R^2 Nagelkerke era de **.052** y como variable predictora las conductas de los padres como causas del exceso de peso en los niños (Causas_padres1), por lo tanto no se muestra el modelo. Finalmente, con el interés de conocer cuáles son las variables que predicen el que los niños realicen actividad física en la figura 60.54 se muestran las variables que la predicen. Retomando el método de selección por pasos (Forward Stepwise Conditional), utilizamos el paso

4 con una R^2 Nagelkerke de **.225**, y las variables que predicen son la el factor Expertos de la Norma Subjetiva hacia el Peso y la Alimentación, la Percepción de su propio Peso de la Madre, la Presión para comer y el que las madres sean solteras. Son de acuerdo con este modelo las variables que predicen que los niños realicen actividad física. En la figura 60.54 se muestra las variables que entraron al modelo para Realizar Actividad Física.

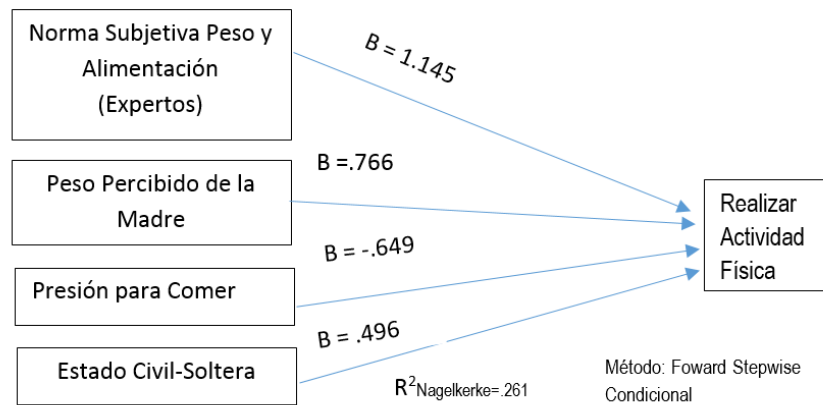


Figura 60.54. Modelo de Regresión Logística para la variable realiza actividad física.

A continuación se describen dos estudios realizados con los hijos de las madres del estudio final, con el objetivo de explorar las preferencias alimentarias de los niños y sus creencias sobre las causas del exceso de peso, dadas las características de los instrumentos, estos estudios son de tipo exploratorio-descriptivos.

Estudio B Preferencias Alimentarias

Objetivo

Describir las preferencias alimentarias en niños preescolares.

Participantes

Como se mencionó con anterioridad se trabajaron con diadas y en este estudio se muestran los resultados obtenidos con los hijos(as) de las madres. La muestra fue no probabilística conformada por 307 (52% niños y el 47% niñas), el 15% cursando el segundo año a nivel preescolar y el 85% el tercer grado. Las edad de los niños oscilaron de 3 a 4 años con una $\bar{x}=5.0$ (ver tabla 8.1).

Tabla 8.1
Distribución de la muestra de niños por sexo y grado escolar

Grado	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
2do preescolar	26	22	48
	8.4%	7.20%	15.5%
3ro preescolar	138	124	262
	45%	40%	85%
	162	145	310
% total	52.80%	47.20%	100%

Instrumento

Se utilizo una lámina que describe las Preferencias Alimentarias para niños preescolares, conformada con 88 imágenes que conforman siete grupos de alimentos. (Ver anexo 5).

Procedimiento

Se les pidió a los niños(as) que seleccionaran con fichas los alimentos que más les gustan, aproximadamente se seleccionaron un máximo de 15 alimentos, una vez seleccionados se quitaban las fichas y se les pidió que seleccionaran los alimentos que no les gustan, los alimentos que más les da su mamá, los alimentos que consideran saludables y finalmente los alimentos que nos hacen engordar (ver anexo 4). Posteriormente, sólo se capturaron los diez primeros y se clasificaron en

11 categorías, las 10 alimentos que los niños seleccionaron fueron conglomeradas en un sólo grupo denominado “Favoritos” o los que más les gustan, mediante el programa SPSS mediante la función respuesta múltiple.

Resultados

La Figura 70, se muestran los resultados a la primera pregunta ¿Cuáles son los alimentos que más te gustan? Como en el estudio exploratorio encontramos que la mayor frecuencia de respuestas son los azúcares, seguido de la frutas y las grasas. Los alimentos denominados de origen animal (AOA) también fueron considerados importantes para los niños.

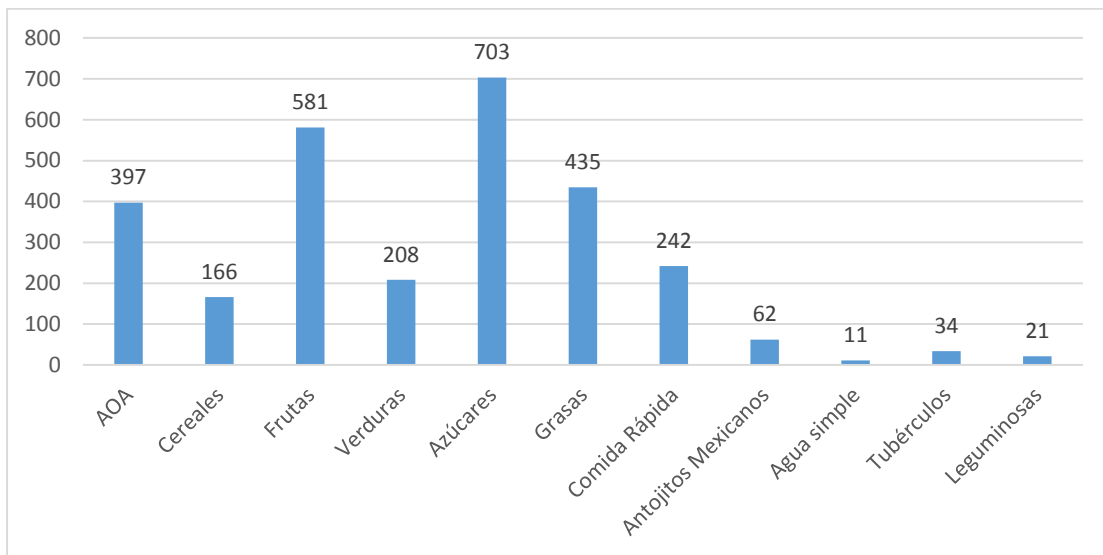


Figura 70. Frecuencia de respuestas a la pregunta ¿Cuáles son los alimentos que más te gustan?.

En la Figura 70.1 se muestran las frecuencias de respuesta a la pregunta ¿Cuáles son los alimentos que no te gustan? Como podemos observar en los resultados de los grupos de alimentos que no les gustan a los niños son las verduras con un total de 446 respuestas, seguido de los alimentos de origen animal (AOA).

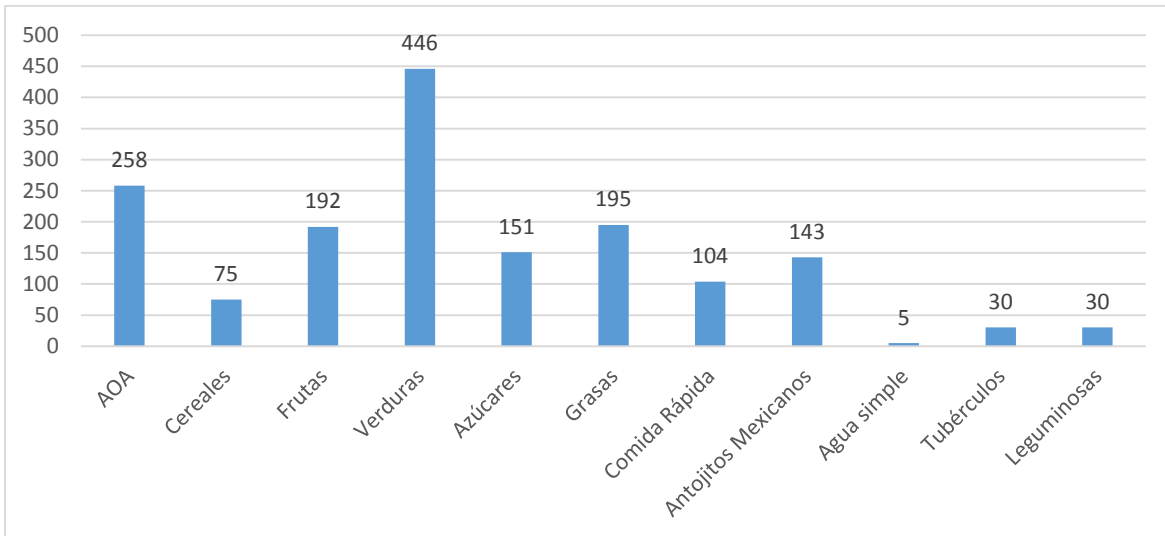


Figura 70.1. Frecuencia de respuestas a la pregunta ¿Cuáles son los alimentos que no te gustan?.

En la pregunta 3, ¿Qué es lo que más te da tu mamá? Encontramos que los niños reportan que el grupo de alimentos que más les da su mamá son los alimentos de origen animal (AOA) con un total del 445 alimentos seleccionados, seguido de con casi la misma frecuencia las frutas (369) y los azúcares(362). Posteriormente encontramos con frecuencias relevantes a la comida rápida y las grasas (ver figura 70.2).

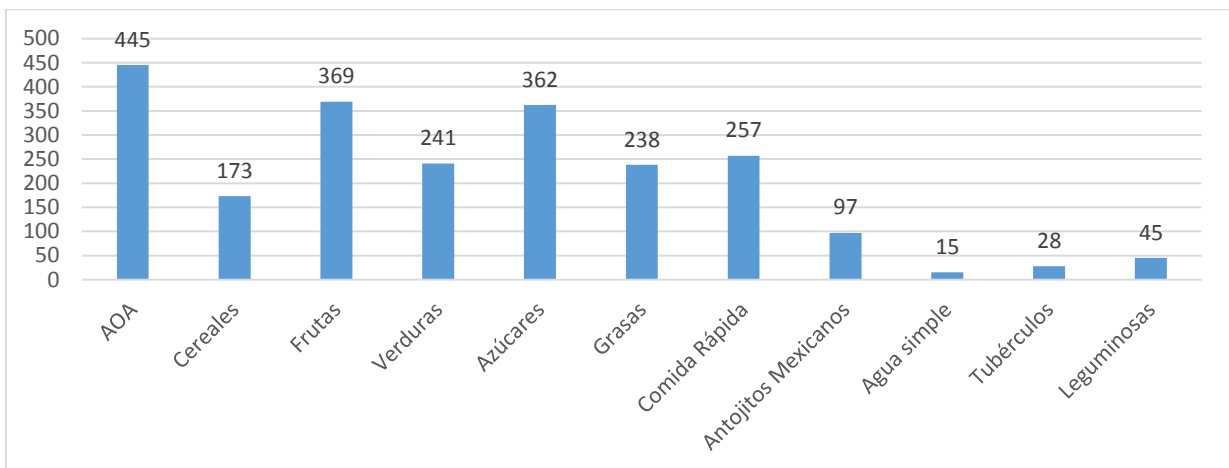


Figura 70.2. Frecuencia de respuestas a la pregunta ¿Cuáles son los alimentos que más te da tu mamá?.

Posteriormente se les preguntó si ellos saben cuáles son los alimentos saludables, dependiendo de sus respuestas se les indicaba que son aquellos que nos hacen crecer y ser fuertes. Una vez confirmado que sabían a lo que nos referimos se les

pidió que seleccionaran los alimentos que ellos consideran saludables. En la siguiente figura se muestra las frecuencias de respuesta.

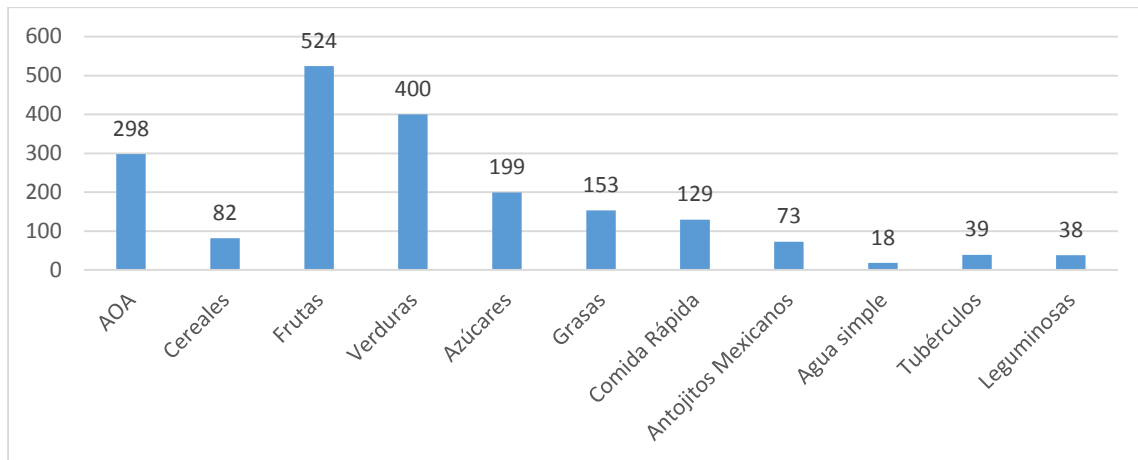


Figura 70.3. Frecuencia de respuestas a la pregunta ¿Cuáles son los alimentos que son sanos o saludables?.

En la figura 70.3, los alimentos que consideran saludables son las frutas con un total de 524 respuestas seguido de las verduras (400), en tercer lugar tenemos a los alimentos de origen animal (AOA).

En la figura 70.4 se observan las frecuencias de respuesta a la pregunta cuáles son los alimentos que nos hacen engordar o hacen que nos pongamos gorditos si los comemos mucho, cabe destacar que se les indicó esta instrucción para que no asumieran como negativos a este grupo de alimentos. Como podemos observar, los azúcares son los alimentos que seleccionaron como los que nos hacen subir de peso.

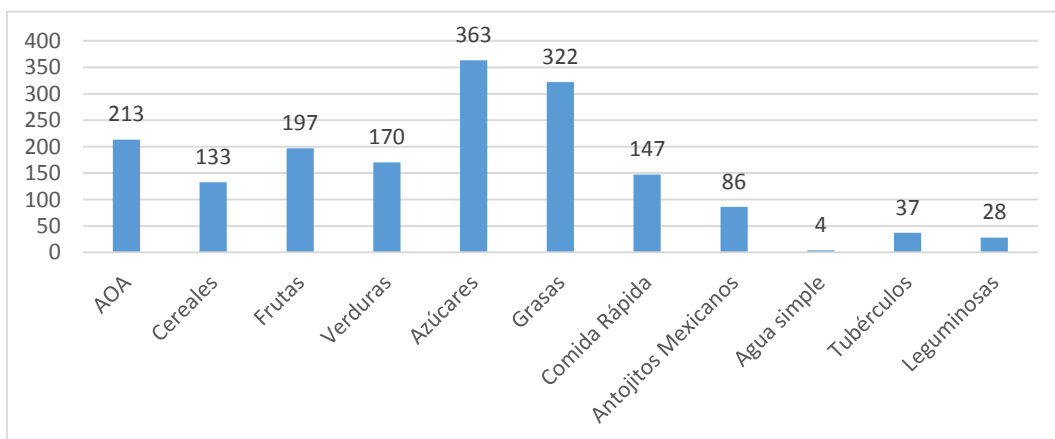


Figura 70.4 Frecuencia de respuestas a la pregunta ¿Cuáles son los alimentos que nos hacen engordar?.

Posteriormente se realizaron tablas de contingencia para contrastar los alimentos que los niños mencionaron que les dá su mamá y los que son sus alimentos favoritos, como podemos observar en la tabla 70.5 con un total de 2210 respuestas encontramos que los alimentos que son favoritos o lo que más les gustan a los niños son diferentes a los que les dá su mamá.

En la tabla 70.6 se muestran las diferencias entre los alimentos que consideran sanos y los que consideran que nos hacen engordar.

Tabla 70.5

Contraste de respuestas de alimentos sanos y los que generan exceso de peso.

		Alimentos saludables ^a											Total	
		AOA	Cere	Frutas	Verdur	Azúcar	Gras	ComR ápid	AnMex	Agua simple	Tubé	Legu		
Insanos (nos hacen engordar)	AOA	Recuento	304	76	398	319	199	141	125	60	11	32	45	1710
	Insanos	17.8%	4.4%	23.3%	18.7%	11.6%	8.2%	7.3%	3.5%	.6%	1.9%	2.6%		
	Saludables	13.7%	12.5%	11.1%	11.7%	13.8%	13.6%	14.7%	11.8%	9.2%	12.3%	14.5%		
	Cereales	% del total	2.2%	.6%	2.9%	2.3%	1.5%	1.0%	.9%	.4%	.1%	.2%	.3%	12.5%
	Recuento	180	53	286	250	104	78	70	55	11	20	27	1134	
	Insanos	15.9%	4.7%	25.2%	22.0%	9.2%	6.9%	6.2%	4.9%	1.0%	1.8%	2.4%		
	Saludables	8.1%	8.7%	8.0%	9.2%	7.2%	7.5%	8.2%	10.8%	9.2%	7.7%	8.7%		
	Frutas	% del total	1.3%	.4%	2.1%	1.8%	.8%	.6%	.5%	.4%	.1%	.1%	.2%	8.3%
	Recuento	252	70	361	265	170	166	108	46	11	27	27	1503	
	Insanos	16.8%	4.7%	24.0%	17.6%	11.3%	11.0%	7.2%	3.1%	.7%	1.8%	1.8%		
	Saludables	11.4%	11.5%	10.1%	9.7%	11.8%	16.0%	12.7%	9.0%	9.2%	10.4%	8.7%		
	Verduras	% del total	1.8%	.5%	2.6%	1.9%	1.2%	1.2%	.8%	.3%	.1%	.2%	.2%	11.0%
	Recuento	230	60	350	292	118	121	104	53	2	18	29	1377	
	Insanos	16.7%	4.4%	25.4%	21.2%	8.6%	8.8%	7.6%	3.8%	.1%	1.3%	2.1%		
	Saludables	10.4%	9.8%	9.7%	10.7%	8.2%	11.6%	12.2%	10.4%	1.7%	6.9%	9.4%		
	Azúcares	% del total	1.7%	.4%	2.6%	2.1%	.9%	.9%	.8%	.4%	.0%	.1%	.2%	10.1%
	Recuento	470	124	768	582	319	191	148	115	38	71	63	2889	
	Insanos	16.3%	4.3%	26.6%	20.1%	11.0%	6.6%	5.1%	4.0%	1.3%	2.5%	2.2%		
	Saludables	21.2%	20.3%	21.4%	21.3%	22.2%	18.4%	17.4%	22.5%	31.7%	27.3%	20.3%		
	Grasas	% del total	3.4%	.9%	5.6%	4.3%	2.3%	1.4%	1.1%	.8%	.3%	.5%	.5%	21.1%
	Recuento	409	115	768	511	260	175	132	92	31	58	59	2610	
	Insanos	15.7%	4.4%	29.4%	19.6%	10.0%	6.7%	5.1%	3.5%	1.2%	2.2%	2.3%		
	Saludables	18.4%	18.9%	21.4%	18.7%	18.1%	16.8%	15.5%	18.0%	25.8%	22.3%	19.0%		
	Comida Rápida	% del total	3.0%	.8%	5.6%	3.7%	1.9%	1.3%	1.0%	.7%	.2%	.4%	.4%	19.1%
Recuento	191	55	356	240	123	71	71	44	10	18	27	1206		
Insanos	15.8%	4.6%	29.5%	19.9%	10.2%	5.9%	5.9%	3.6%	.8%	1.5%	2.2%			
Saludables	8.6%	9.0%	9.9%	8.8%	8.5%	6.8%	8.4%	8.6%	8.3%	6.9%	8.7%			
Antojitos	% del total	1.4%	.4%	2.6%	1.8%	.9%	.5%	.5%	.3%	.1%	.1%	.2%	8.8%	
Recuento	109	33	191	151	80	51	52	19	3	5	17	711		
Insanos	15.3%	4.6%	26.9%	21.2%	11.3%	7.2%	7.3%	2.7%	.4%	.7%	2.4%			
Saludables	4.9%	5.4%	5.3%	5.5%	5.6%	4.9%	6.1%	3.7%	2.5%	1.9%	5.5%			
Agua simple	% del total	.8%	.2%	1.4%	1.1%	.6%	.4%	.4%	.1%	.0%	.0%	.1%	5.2%	
Recuento	5	5	3	7	3	6	0	4	1	0	2	36		
Insanos	13.9%	13.9%	8.3%	19.4%	8.3%	16.7%	0.0%	11.1%	2.8%	0.0%	5.6%			
Saludables	.2%	.8%	.1%	.3%	.2%	.6%	0.0%	.8%	.8%	0.0%	.6%			
Tubérc	% del total	.0%	.0%	.0%	.1%	.0%	.0%	0.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.3%	
Recuento	41	10	64	59	30	24	20	10	1	4	7	270		

Leguminosas	Insanos	15.2%	3.7%	23.7%	21.9%	11.1%	8.9%	7.4%	3.7%	.4%	1.5%	2.6%	
	Saludables	1.8%	1.6%	1.8%	2.2%	2.1%	2.3%	2.4%	2.0%	.8%	1.5%	2.3%	
	% del total	.3%	.1%	.5%	.4%	.2%	.2%	.1%	.1%	.0%	.0%	.1%	2.0%
	Recuento	29	9	45	54	34	16	20	12	1	7	7	234
	Insanos	12.4%	3.8%	19.2%	23.1%	14.5%	6.8%	8.5%	5.1%	.4%	3.0%	3.0%	
	Saludables	1.3%	1.5%	1.3%	2.0%	2.4%	1.5%	2.4%	2.4%	.8%	2.7%	2.3%	
	% del total	.2%	.1%	.3%	.4%	.2%	.1%	.1%	.1%	.0%	.1%	.1%	1.7%
	Recuento	2220	610	3590	2730	1440	1040	850	510	120	260	310	13680
	% del total	16.2%	4.5%	26.2%	20.0%	10.5%	7.6%	6.2%	3.7%	.9%	1.9%	2.3%	100.0%

Tabla 70.6

Contraste de respuestas de lo que les gusta a los niños y lo que dicen su mamá les da de comer

			Favoritos ^a										Total	
			AOA	Cereales	Frutas	Verduras	Azúcares	Grasas	Comida Rápida	Antojitos Mexicanos	Agua simple	Tubér		Legum
Les da su mamá	AOA	Recuento	647	289	956	312	975	607	377	87	15	63	32	4360
		Mamá	14.8%	6.6%	21.9%	7.2%	22.4%	13.9%	8.6%	2.0%	.3%	1.4%	.7%	
		Favoritos	20.2%	21.6%	21.5%	19.5%	18.1%	18.6%	19.8%	19.3%	21.4%	21.7%	21.3%	
		% del total	2.9%	1.3%	4.3%	1.4%	4.4%	2.7%	1.7%	.4%	.1%	.3%	.1%	
	Cereales	Recuento	241	132	336	117	396	248	153	23	8	18	8	1680
		Mamá	14.3%	7.9%	20.0%	7.0%	23.6%	14.8%	9.1%	1.4%	.5%	1.1%	.5%	
		Favoritos	7.5%	9.9%	7.6%	7.3%	7.3%	7.6%	8.1%	5.1%	11.4%	6.2%	5.3%	
		% del total	1.1%	.6%	1.5%	.5%	1.8%	1.1%	.7%	.1%	.0%	.1%	.0%	
	Frutas	Recuento	527	196	780	271	843	531	279	68	12	42	21	3570
		Mamá	14.8%	5.5%	21.8%	7.6%	23.6%	14.9%	7.8%	1.9%	.3%	1.2%	.6%	
		Favoritos	16.5%	14.6%	17.5%	16.9%	15.6%	16.3%	14.7%	15.1%	17.1%	14.5%	14.0%	
		% del total	2.4%	.9%	3.5%	1.2%	3.8%	2.4%	1.3%	.3%	.1%	.2%	.1%	
	Verduras	Recuento	336	139	479	211	537	354	190	52	8	41	23	2370
		Mamá	14.2%	5.9%	20.2%	8.9%	22.7%	14.9%	8.0%	2.2%	.3%	1.7%	1.0%	
		Favoritos	10.5%	10.4%	10.8%	13.2%	10.0%	10.9%	10.0%	11.6%	11.4%	14.1%	15.3%	
		% del total	1.5%	.6%	2.2%	1.0%	2.4%	1.6%	.9%	.2%	.0%	.2%	.1%	
	Azúcares	Recuento	534	173	670	242	960	511	288	73	6	49	24	3530
		Mamá	15.1%	4.9%	19.0%	6.9%	27.2%	14.5%	8.2%	2.1%	.2%	1.4%	.7%	
		Favoritos	16.7%	12.9%	15.1%	15.1%	17.8%	15.7%	15.2%	16.2%	8.6%	16.9%	16.0%	

Total	Grasas	% del total	2.4%	.8%	3.0%	1.1%	4.3%	2.3%	1.3%	.3%	.0%	.2%	.1%	16.0%
		Recuento	294	132	422	158	622	368	200	49	8	32	15	2300
		Mamá	12.8%	5.7%	18.3%	6.9%	27.0%	16.0%	8.7%	2.1%	.3%	1.4%	.7%	
	Comida Rápida	Favoritos	9.2%	9.9%	9.5%	9.9%	11.5%	11.3%	10.5%	10.9%	11.4%	11.0%	10.0%	
		% del total	1.3%	.6%	1.9%	.7%	2.8%	1.7%	.9%	.2%	.0%	.1%	.1%	10.4%
		Recuento	351	156	456	164	627	384	248	54	8	29	13	2490
	Antojitos	Mamá	14.1%	6.3%	18.3%	6.6%	25.2%	15.4%	10.0%	2.2%	.3%	1.2%	.5%	
		Favoritos	11.0%	11.6%	10.2%	10.3%	11.6%	11.8%	13.1%	12.0%	11.4%	10.0%	8.7%	
		% del total	1.6%	.7%	2.1%	.7%	2.8%	1.7%	1.1%	.2%	.0%	.1%	.1%	11.3%
	Agua simple	Recuento	136	54	182	73	233	131	92	28	2	6	3	940
		Mamá	14.5%	5.7%	19.4%	7.8%	24.8%	13.9%	9.8%	3.0%	.2%	.6%	.3%	
		Favoritos	4.3%	4.0%	4.1%	4.6%	4.3%	4.0%	4.8%	6.2%	2.9%	2.1%	2.0%	
	Tubérculos	% del total	.6%	.2%	.8%	.3%	1.1%	.6%	.4%	.1%	.0%	.0%	.0%	4.3%
		Recuento	27	12	26	9	34	23	15	2	0	2	0	150
		Mamá	18.0%	8.0%	17.3%	6.0%	22.7%	15.3%	10.0%	1.3%	0.0%	1.3%	0.0%	
	Leguminosas	Favoritos	.8%	.9%	.6%	.6%	.6%	.7%	.8%	.4%	0.0%	.7%	0.0%	
		% del total	.1%	.1%	.1%	.0%	.2%	.1%	.1%	.0%	0.0%	.0%	0.0%	.7%
		Recuento	44	23	59	21	56	42	21	7	1	5	1	280
	Total	Mamá	15.7%	8.2%	21.1%	7.5%	20.0%	15.0%	7.5%	2.5%	.4%	1.8%	.4%	
		Favoritos	1.4%	1.7%	1.3%	1.3%	1.0%	1.3%	1.1%	1.6%	1.4%	1.7%	.7%	
		% del total	.2%	.1%	.3%	.1%	.3%	.2%	.1%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.3%
	Total	Recuento	63	34	84	22	107	61	37	7	2	3	10	430
		Mamá	14.7%	7.9%	19.5%	5.1%	24.9%	14.2%	8.6%	1.6%	.5%	.7%	2.3%	
		Favoritos	2.0%	2.5%	1.9%	1.4%	2.0%	1.9%	1.9%	1.6%	2.9%	1.0%	6.7%	
	Total	% del total	.3%	.2%	.4%	.1%	.5%	.3%	.2%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.9%
		Recuento	3200	1340	4450	1600	5390	3260	1900	450	70	290	150	22100
		% del total	14.5%	6.1%	20.1%	7.2%	24.4%	14.8%	8.6%	2.0%	.3%	1.3%	.7%	100.0%

Una vez terminada la aplicación sobre el estudio de las preferencias alimentarias, se trabajó con el Cuestionario de Creencias hacia el Exceso de Peso con este mismo grupo de participantes.

Estudio C Creencias hacia las Causas del Exceso de Peso en Niños

Objetivo

Explorar las creencias de los niños sobre las causas del exceso de peso.

Instrumento

Se utilizó el Cuestionario de Creencias sobre las Causas Exceso de Peso para Niños, conformado con 13 pares de dibujos (una versión para niños y otra para niñas), se les hicieron 17 preguntas con el objetivo de explorar las creencias que tienen los(as) niños(as) preescolares sobre las causas del exceso de peso. Las preguntas estuvieron conformadas por cuatro áreas que engloban las causas del sobrepeso y la obesidad como son: sedentarismo, alimentación, herencia, porción y tipo de comida, así como la influencia de los padres en relación de conductas que propician el exceso de peso (ver Anexo 4).

Procedimiento

Una vez otorgada la autorización por los directivos de los diferentes planteles se expusieron los objetivos de la investigación a las madres, se solicitó su consentimiento y una vez aclarada la confidencialidad y el anonimato, se llevó a cabo la aplicación del instrumento de manera individual con los niños en un salón independiente al salón de clases con un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos. Posteriormente se capturaron las respuestas, se realizaron análisis descriptivos.

Resultados

El 66% de los niños respondió que el gordito es quien más acude al doctor y el 33% considera que lo hace el niño delgado, el 7% dió respuestas ambiguas. El 74% de los niños menciona que los niños delgados son más sanos porque *comen frutas y verduras y no comen tanta comida*.

El 69% mencionó que el(a) niño(a) gordito(a) y el 26% que el(a) delgado(a) son los que más se enferman, y reportan parecerse al niño(a) gordito(a) (81%) y al niño delgado (87%). El 11% seleccionó al niño(a) gordito(a) y el 87% al niño(a) delgado(a), el 1% mencionó que ambos (ver figura 80).

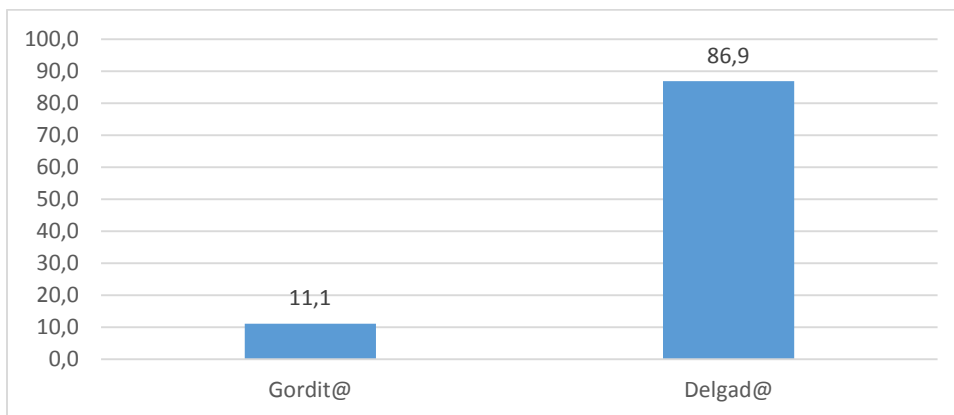


Figura 80. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿Cuál te gusta más?

El 71% de los niños mencionó que un niño que compra papas en lugar de fruta subiría de peso (ver figura 80.1).

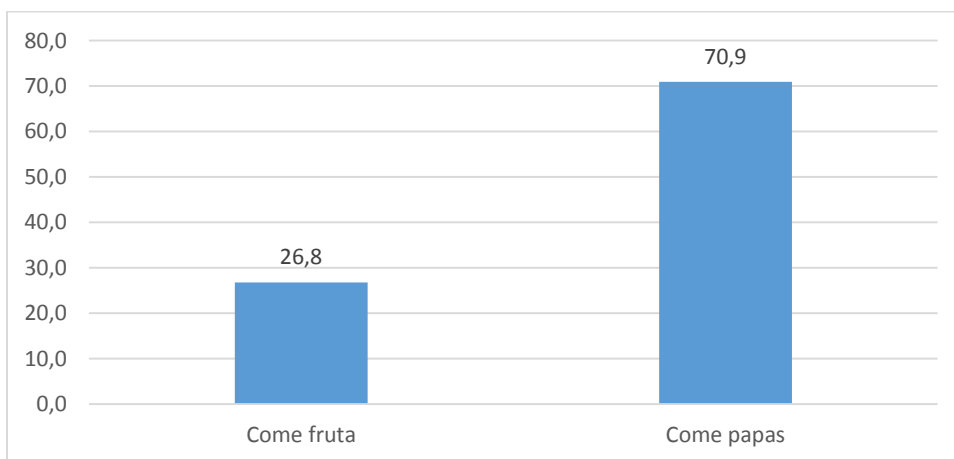


Figura 80.1. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿Cuál subiría de peso?

El 34% mencionó que quienes hacen ejercicio se pondrían gorditos y el 63% serían quienes ven televisión (ver figura 80.2).

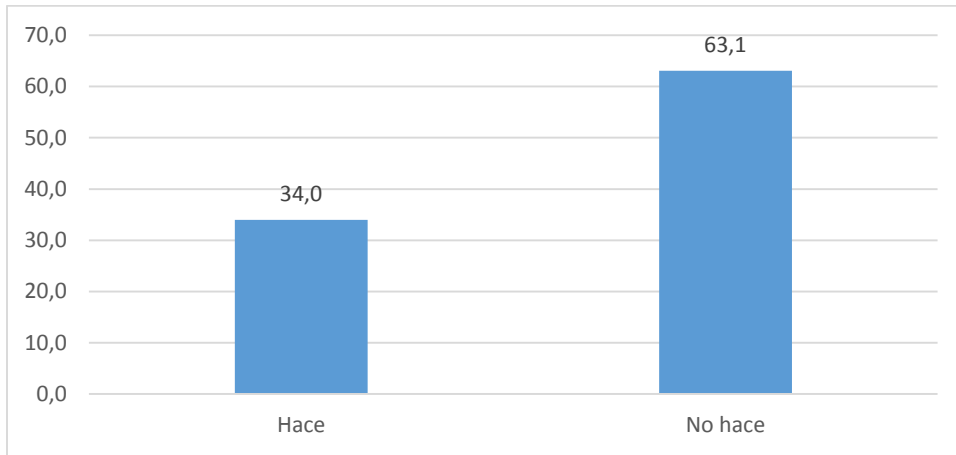


Figura 80.3. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿Cuál subiría de peso?

El 68 % mencionó que la que come pizza y el 30% la que come guisado podrían ponerse gorditos (ver figura 80.4).

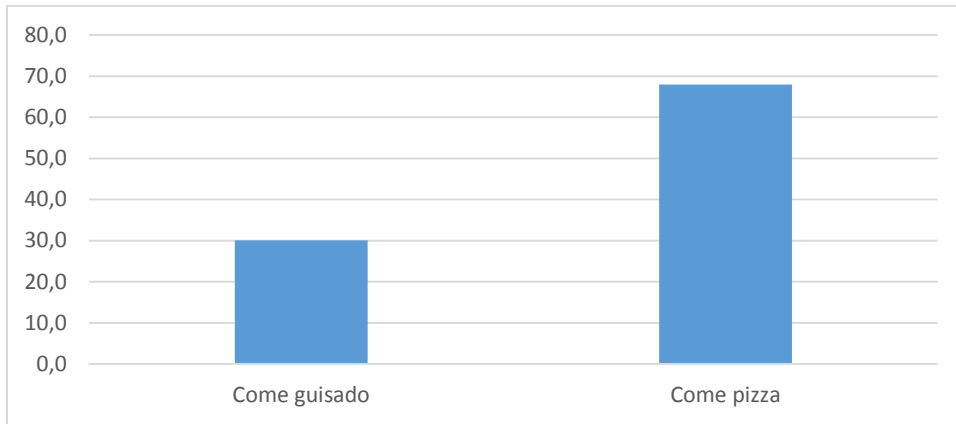


Figura 80.4. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿Cuál se pondría gordito(a)?

El 24% mencionó que los papás delgados tienen hijos(as) gorditos(as) y el 75% considera que tienen hijos(as) delgados(as).

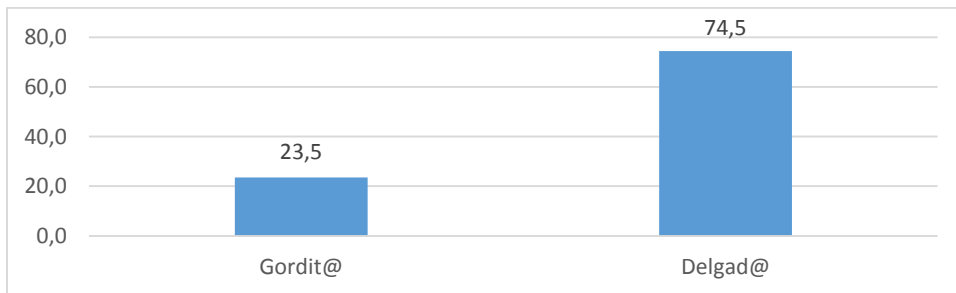


Figura 80.5. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿Los papás delgados tienen hijos delgados o gorditos?

En la figura 80.6 el 64% mencionó que los niños(as) que juegan videojuegos se pueden poner gorditos(as) y el 33% los(as) niños(as) que juegan con sus amigos(as).

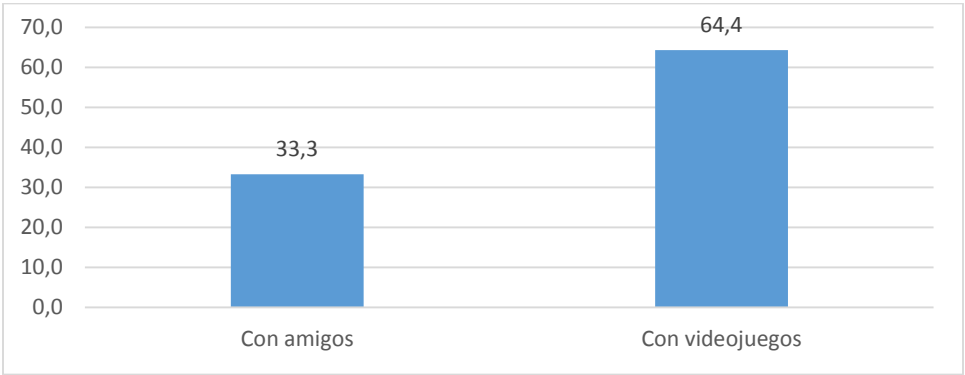


Figura 80.6. Porcentaje de respuesta a la pregunta si uno de esos niños(as) se pusiera gordito ¿Cuál sería?

El 61% considera que son gorditos(as) porque no hacen ejercicio y el 38% menciona que es porque así nacieron (ver figura 80.7).

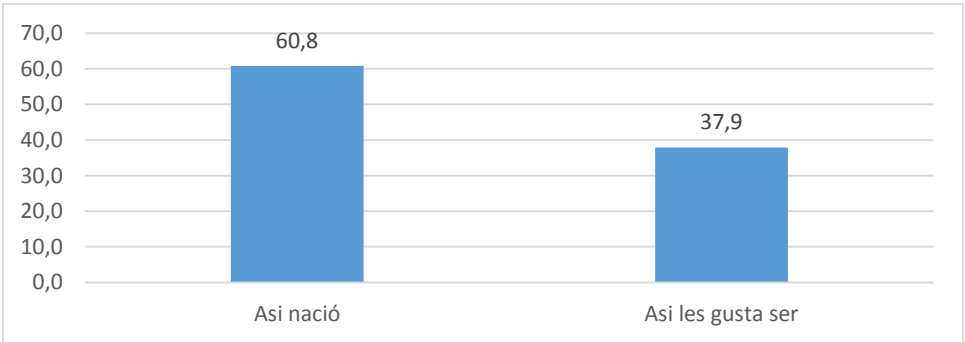


Figura 80.7. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿Los niños son gorditos porque no hacen ejercicio o porque así nacieron?

El 48% mencionó que los papás gorditos tienen hijos(as) delgados(as) y el otro 50% tienen hijos(as) gorditos(as).

El 78% mencionó que los(as) niños(as) de los papás que comen mucho serán los que suban de peso y el 21% los papás que comen poco. Su principal motivo se debe a que *sus papás comen mucho y no hacen ejercicio*.

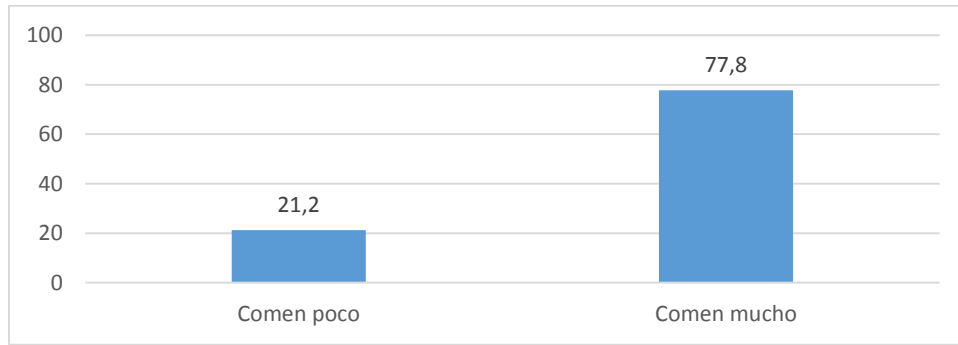


Figura 80.8. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿Quiénes subirían de peso los papás que comen mucho o los que comen poco?

En la pregunta ¿Si los(as) niños(as) engordan (o se ponen gorditos) es porque los papás NO los(as) dejan hacer ejercicio o porque los(as) niños(as) NO quieren hacer ejercicio? El 45% mencionó que se debe a que los(as) niños(as) no quieren hacer ejercicio y el 53% porque sus papás no los dejan.

En la figura 80.9 para la pregunta ¿Un niño gordito que plato prefiere? El 70% mencionó que el plato de mucha comida y el 29% el de poca.

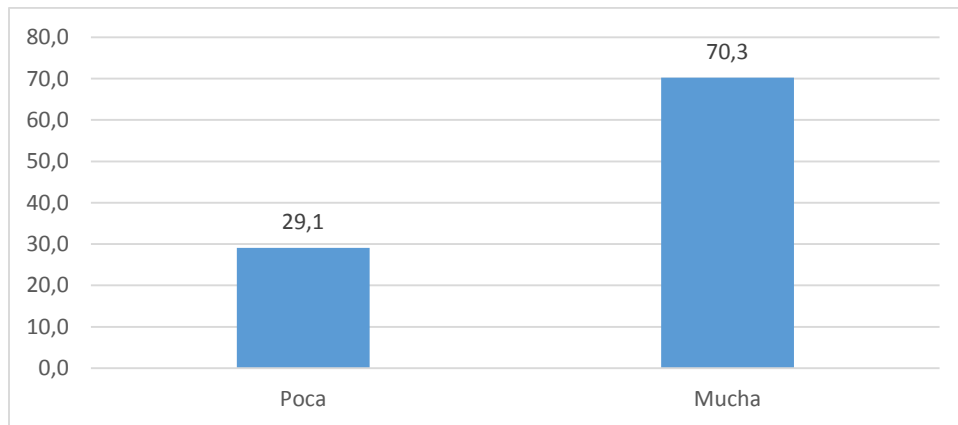


Figura 80.9. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿Un niño gordito cuál preferiría?

El 76% de los niños mencionó que se debe a los niños que consumen refresco y el 21% mencionó que los que toman agua simple como se muestran en la figura 80.10.

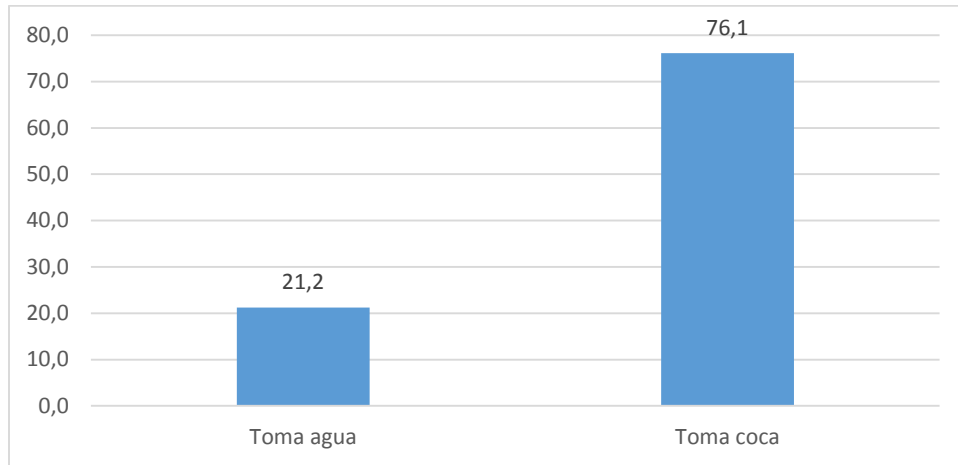


Figura 80.10. Porcentaje de respuesta a la pregunta ¿Un niño gordito cuál preferiría?

Y finalmente, se les mostraron tres imágenes en una de ellas había un bebé gordito y se les preguntó: Este es un bebé gordito ¿Cuando sea grande cómo crees que será? Y se le mostraba una imagen de un adulto delgado y otra de un adulto gordito. El 50% mencionó que será un adulto gordito(a) y el 48% que será delgado(a).

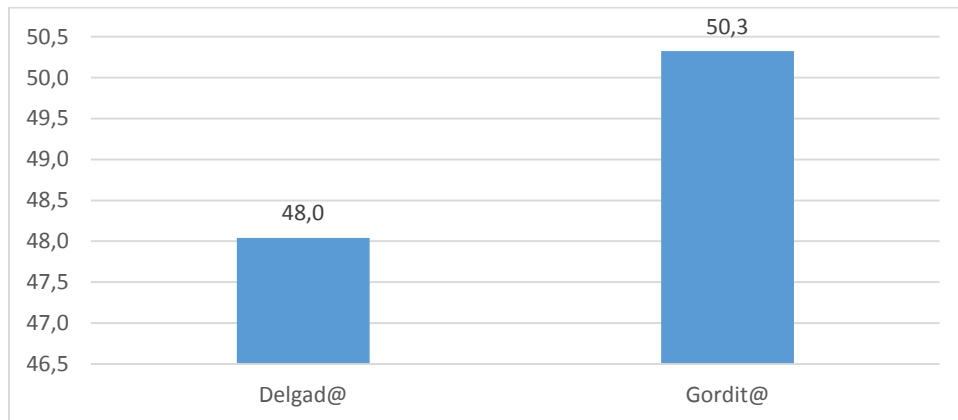


Figura 80.11. Porcentaje de respuesta a la pregunta Cuando sea grande como crees que será?

Capítulo VI

Discusión y Conclusiones

Entorno al grave problema que se vive actualmente en relación al incremento del sobrepeso y la obesidad en los últimos años, se ha estudiado desde diversas disciplinas con el objetivo de explicar su multicausalidad. En este capítulo analizaremos paso a paso y responderemos a la pregunta de investigación que originó este estudio. Mediante el estudio de creencias, actitudes y las prácticas de alimentación de las madres se buscó predecir el IMC de sus hijos, así como analizar las creencias que tienen éstos en relación a las causas del exceso de peso y sus preferencias alimentarias.

Estudios exploratorios

Como pudimos observar a lo largo de la investigación el sobrepeso y la obesidad para las madres de niños preescolares es una problemática que está muy presente en su vida diaria, es decir, las madres mencionan en algunas de sus respuestas el contacto cercano que tienen respecto con el exceso de peso, ya sea porque ellas mismas la padecen o algún integrante de la familia, es decir no es un tema ajeno a su vida cotidiana.

Como parte de los objetivos de esta investigación fueron explorar la percepción que tienen los participantes respecto a las causas del exceso de peso, encontramos que la mala alimentación tiene un papel relevante como factor de riesgo para el exceso de peso, tanto en niños como adultos, de acuerdo con lo que nos reportaron las madres. Desde la perspectiva de la antropología, la alimentación

es un proceso social que permite al organismo adquirir “las sustancias energéticas, estructurales y catalíticas necesarias para la vida” (De Garine & Vargas, 1997), constituye una de las múltiples actividades de la vida cotidiana de cualquier grupo social y, por su especificidad y polivalencia, adquiere un lugar central en la caracterización biológica, psicológica y cultural de la especie humana. Es decir, los alimentos no son exclusivamente para nutrirnos ni la alimentación es un hecho exclusivamente biológico (Contreras & Gracia, 2005). La nutrición determina el estado de salud de la población, siendo indispensable una ingesta adecuada de energía y nutrientes para el crecimiento y desarrollo celular (Bazer, Cudd, Meininger & Spencer, 2004). La percepción que tienen las madres respecto a la alimentación tiene una connotación positiva dado que mencionaron que es “importante”, “sana”, “buena”, “saludable” “necesaria”, “nutritiva” e “indispensable”, sin embargo también la perciben como negativa, dado que es considerada como “mala” y esto quizá tiene que ver con el tipo de alimentos que consumimos. La alimentación con todos sus beneficios y aportaciones que nos proporciona, sabemos que ha sufrido una gran transformación, la población mexicana ha adoptado un estilo de vida diferente en los últimos años, debido a la inserción de productos provenientes de países industrializados como cereales, pan blanco o pastelería, comida rápida, solo por mencionar algunos ejemplos, los cuales han modificado parte de nuestros hábitos alimentarios.

Las madres muestran cierta bipolaridad al definir la alimentación pues bien sabemos que además de los beneficios que tiene, también ha influido de manera negativa en los índices de sobrepeso y obesidad (ENSANUT, 2012) no siendo esta la causa primordial.

La publicidad ha contribuido para favorecer las preferencias por la denominada “comida rápida” como pizzas y hamburguesas, en conjunto con el acelerado ritmo de la vida moderno en el que las familias han restringido sus tiempos para cocinar debido a la incorporación de la mujer en el ámbito laboral, así como la inactividad física, el uso desmesurado de la televisión y medios electrónicos (celulares, ipad, video juegos) (González, 2008;Thakkar, Garrison & Christakis, 2006; Zimmerman & Bell, 2010). En este estudio las madres reportaron que sus hijos ven la televisión con una media de tres horas diarias, aunque debemos tomar en cuenta que lo que nos reportaron es en relación a la televisión, para estudios posteriores se sugiere indagar sobre el tiempo que invierten con el celular, tabletas o ipads.

Por otro lado, al explorar el tipo de alimentación que proporcionan las madres a sus hijos encontramos que las leguminosas (frijoles, lentejas, etc.) y los alimentos de origen animal (AOA) (carne, queso, leche, etc.), seguido de frutas y verduras, son los alimentos que más proporcionan a sus hijos, este tipo de alimentos son catalogados como saludables, aunque principalmente las frutas y verduras. De manera contraria, consideran que los alimentos que debemos evitar son los azúcares y las grasas. Contrastando los resultados que nos reportaron los niños respecto a cuáles son los alimentos que más les proporcionan sus madres, los niños concuerdan con lo reportado por ellas, los AOA son aquellos que más consumen seguido de frutas y azúcares. Es decir, las madres tienen conocimiento de los alimentos que pueden afectar o beneficiar el IMC de sus hijos o hasta su propio peso, aunque en ocasiones no lo lleven acabo (Navarro, 2006) contrario a lo que encontramos en este estudio.

Al mismo tiempo, nos interesó identificar la percepción que tienen hacia el sobrepeso y la obesidad, mediante dos técnicas mostradas con anterioridad, identificamos que el *Sobrepeso* lo definen como “pesar más de lo que se debe” y la *Obesidad* como “estar muy pasada de peso”. Las madres tienen una concepción clara de la diferencia que hay entre el *sobrepeso* y la *obesidad*, la cuál radica en la cantidad de kilogramos, la obesidad tiene mayor peso que en el sobrepeso, sin embargo habría que indagar hasta que punto es “pesar más” o “estar muy pasada” de peso. La OMS especifica los parámetros para niños y adultos, sin embargo las madres no saben cuál tendría que ser el peso adecuado para sus hijos y en ocasiones hasta el propio (OMS, 2012).

Los malos hábitos y el sedentarismo son factores que caracterizan las causas del sobrepeso y la obesidad para las madres. Aunque por otro lado, lo que llama mucho la atención es que los participantes consideran el sobrepeso y la obesidad son una “enfermedad”, además de ser un “problema grave” de salud. Estos hallazgos concuerdan con estudios previos los cuales definen el sobrepeso y la obesidad como una “enfermedad” además de ser “poco saludable” (Small, Mazurek, Anderson- Gifford & Hampl, 2009).

Las creencias acerca de las causas del exceso de peso son diversas e importantes para guiar el desarrollo de estrategias eficaces sobresalientes en la prevención de esta problemática, sin embargo el que lo perciban como un problema de salud “grave” y perjudicial para sus hijos o para ellas mismas no implica que sus conductas estarán orientadas al cuidado y a la prevención (Gil Roales-Nieto, López Ríos & Moreno, 2001) como algunos cuestionamientos que se hacen para algunos modelos enfocados en el análisis de las creencias y que consideran que no se

establece una relación entre las creencias y las conductas como es el caso del Modelo de Creencias hacia la Salud (Becker, 1974) y la Teoría de la Autoeficacia de Bandura (Bandura, 1982).

La mala alimentación, la función de los padres y la inactividad física son de las principales causas del exceso de peso en los niños de acuerdo con las creencias que tienen las madres y cuidadores primarios. Es interesante destacar la responsabilidad que consideran deben tener los participantes para el cuidado del peso y en el papel que tienen en la alimentación de sus hijos. Consideran que los padres (padre y madre) consienten mucho a los niños, no cuidan y vigilan su alimentación, mencionan que los padres comen mucho y tienen malos hábitos alimenticios. Estos hallazgos difieren con estudios previos con padres quienes consideran que el sobrepeso y la obesidad es causa de antecedentes familiares con enfermedades a consecuencia de la obesidad, así como de carencia física y mental (Small, Mazurek, Anderson- Gifford & Hampl, 2009), aunque en otros estudios reportan que las causas de la obesidad se debe propiamente a los individuos que la padecen, aunque tenemos que considerar que la edad es un factor que influye en estas creencias (Lusk & Ellison, 2013).

Para algunos de los participantes durante el proceso del estudio, mostraron frustración por la función que tienen en relación a este tema, debido a que la escuela, la influencia de la televisión y parte de los integrantes de la familia influyen en los malos hábitos de alimentación de sus hijos, percibiendo menor control lo que afecta el esfuerzo que ellos realizan, así como sentimientos de culpabilidad en otros participantes debido al escaso involucramiento que tienen al respecto.

Establecer hábitos de alimentación sanos y nutritivos, incitar el ejercicio, la restricción, vigilancia y el control de ciertos alimentos son parte de lo consideran los participantes que se tiene que hacer para evitar o prevenir el exceso de peso en los niños. Sin embargo, la restricción como práctica de alimentación la cual consiste en desalentar el consumo de alimentos indeseables (botanas, helados, frituras, etc.), así como evitar llevar al niño a establecimientos de comida rápida (Moor, Tapper & Murphy, 2007), se ha encontrado que propician mayor consumo en alimentos con alto contenido calórico o también denominados “comida chatarra”.

Las madres y cuidadores primarios también reportaron como causas del exceso de peso factores de herencia aunque en porcentajes muy bajos, sin embargo, estudios reportan que suele ser contraproducente, ya que reduce conductas y estilos de vida saludables, dado que adoptan una percepción fatalista y de menor controlabilidad para su prevención (Wang & Coups, 2010).

Nivel de estudios

Por otro lado, exploramos las diferencias de medias que existen entre las variables de la investigación con el nivel de estudios, encontramos que a menor nivel de educativo, las madres y cuidadores primarios no están muy de acuerdo que las grasas, los antojitos mexicanos, azúcares y la comida rápida generan exceso de peso en niños y en los adultos, manifiestan actitudes positivas hacia la alimentación y no están de acuerdo con respecto a las creencias en relación al papel que tienen los padres sobre las causas del exceso de peso en sus hijos, generalmente este tipo de participantes atribuyen las causas a factores hereditarios (Wang & Coups, 2010) reduciendo conductas y estilos de vida saludables.

Los participantes con estudios de primaria o nivel educativo bajo reportaron mayor acuerdo a las creencias tales como: a) *Tener sobrepeso y obesidad NO afecta la salud, solo se tiene que bajar de peso* (es decir, sólo es un problema estético) b) *la actividad física NO previene el sobrepeso ni la obesidad cuando es genético* y c) *los adultos con sobrepeso y obesidad a pesar de hacer ejercicio NO logran tener su peso ideal.*

Por otro lado, manifestaron una actitud positiva hacia el exceso de peso en los adultos, pero también consideran que es mejor que los niños estén llenitos a que estén flaquitos, consideran que los niños gorditos son bonitos, los cachetones son lindos, los niños gorditos son chistosos, que es parte de su desarrollo que los niños preescolares suban de peso, además de que es más grave que un adulto tenga obesidad en comparación con los niños. Estos hallazgos concuerdan con estudios previos en donde los padres consideran que la obesidad no es un problema de salud sino una característica física “temporal”, que sólo limita las habilidades físicas de movilidad y desplazamiento (Nuñez, 2007).

Encontramos que los participantes con menor nivel de estudios presionan más a sus hijos al comer, en estudios previos reportan que tiene relación con la preocupación del bajo peso del niño (Gregory, 2010). Además, éstos participantes buscan la opinión de maestros, psicólogos, nutriólogos, médicos y/o pediatras en torno al cuidado del peso y alimentación de sus hijos, así como el apoyo de sus familiares o personas importantes (padres, madres, amigos, hermanos, suegros, etc.) en relación a la educación de sus hijos(as). Utilizan la práctica de alimentación manipulación dado que manifiestan estar de acuerdo con ofrecer golosinas o su

comida favorita a cambio de que se porten bien sus hijos(as) (Ventura, Gromis & Lohse, 2011).

Las madres con nivel primaria, son las que consideran que tienen la capacidad de alimentar a sus hijos de manera sana y controlar su peso en comparación con las de secundaria. El nivel de estudios representa uno de los factores que influyen en la decisión en los padres para la selección de alimentos y tipo de prácticas, lo cual se encuentra relacionado con la percepción que tienen en el peso de sus hijos (Baughcum, Chamberlin, Deeks, Powers & Whitaker, 2000). Los padres con mayor nivel educativo tienen una percepción más acertada del peso de sus hijos y son los que tienen mayor conocimiento sobre alimentos denominados saludables (Garrett-Wright, 2010).

Ocupación

La ocupación de los participantes tiene un papel relevante, encontramos que las madres que son amas de casa sienten mayor responsabilidad hacia la alimentación de sus hijos, las que son empleadas son las que sienten menos responsabilidad, así como las comerciantes y/o si tienen un negocio propio. Estos hallazgos reflejan lo encontrado por Díaz-Guerrero, (1972) en donde el papel fundamental de la mujer como madre, como un ser abnegado, sumiso y dependiente, en tanto el papel fundamental del hombre es el de proveedor y eje de la familia, establecer el orden es función del padre, ser amorosa y educar es labor de la madre, pero qué pasa cuando la madre esta inmersa en el ámbito laboral, entre más preparada es una mujer y un hombre, es posible que reflexionen sobre el hecho de que ambos pueden estar laborando fuera del hogar y que dentro del entorno familiar, ambos pueden

tener comportamientos, características y responsabilidades compartidas (Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2005). Esto es un importante cambio en nuestra cultura en torno a los roles de género, sin embargo se han visto reflejados en la alimentación de los niños, el tiempo en la preparación de los alimentos es reducido o escaso, propiciando el consumo de alimentos en establecimientos de comida rápida (Brennan & Carpenter, 2009; Fleischhacker, Evenson, Rodríguez & Ammerman, 2011; Rosenheck, 2008).

Las prácticas de alimentación son parte de una cultura y tradición, varían dependiendo del grupo y características del lugar, la disponibilidad de los alimentos, aceptación o rechazo por parte de los niños y de las creencias en relación que se tenga hacia ciertos alimentos (Birch, 2006).

En México, independientemente de los cambios que se han generado en los últimos años con la inserción de la mujer en el ámbito laboral, es ella quien sigue mostrando una función primordial en la alimentación de sus hijos, sin embargo las amas de casa encargadas del hogar y los niños, manifiestan mayor responsabilidad para la función que desempeñan.

Número de hijos

Más adelante encontramos que quienes prohíben el consumo de golosinas, comida chatarra y hasta su comida favorita cuando los niños no obedecen o se portan mal, son las madres que tienen dos hijos, las madres que tienen un hijo tienden a restringir menos.

IMC en los niños

En relación al IMC de los hijos encontramos que las madres que están más de acuerdo que los alimentos denominados “comida rápida”, “antojitos mexicanos (sopes, huaraches, etc.) y las grasas, son los que causan exceso de peso, son las madres con hijos de bajo peso y con sobrepeso, las que tienen hijos con obesidad son la que están menos de acuerdo con la relación. Estudios reportan que los padres que tienen mayor conocimiento de alimentos saludables tienen una percepción más acertada del peso de sus hijos (Garrett-Wright; 2010).

Por otro lado, para la variable *Percepción del Peso de su Hijo*, las madres que perciben a sus hijos(as) con más peso son las madres con hijos(as) que tienen sobrepeso y bajo peso. En el caso de los niños(as) que tienen obesidad y peso saludable son las madres que perciben menos peso en sus hijos(as). Estos resultados apoyan estudios que han reportado que el peso en sus hijos no es percibido por parte de las madres, principalmente en niños en edad preescolar o más pequeños (Baughcum, Chamberlin, Deeks, Powers & Whitaker, 2000; Garrett-Wright, 2010), se ha encontrado una mejor percepción en madres con mayor edad y con más peso, quienes monitorean el consumo de grasas en sus hijos (Keller, Pietrobelli, Johnson, & Faith, 2006).

Las madres de niños con peso saludable son las que están menos de acuerdo que las causas del exceso de peso en los niños se deba a las acciones de los padres, contrario a las madres con hijos de bajo peso y obesidad que consideran que las acciones de los padres están relacionadas con el cuidado del peso.

IMC de las madres y cuidadores

En este rubro encontramos que los participantes que tienen obesidad mórbida manifiestan estar más de acuerdo con las creencias erróneas hacia el exceso de peso, a diferencia de los participantes con normopeso y sobrepeso, recordemos que las creencias erróneas están conformadas por: a) *tener sobrepeso y obesidad NO afecta la salud, solo se tiene que bajar de peso* (es decir, sólo es un problema estético) b) *la actividad física NO previene el sobrepeso ni la obesidad cuando es genético* y c) *los adultos con sobrepeso y obesidad a pesar de hacer ejercicio NO logran tener su peso ideal*.

Las madres con bajo peso son las que menos toman en cuenta la opinión de sus padres, amigos, hermanos, etc., con quienes tienen un vínculo emocional sobre la educación de sus hijos(as). Las madres que tienen hijos con bajo peso son las que menos coinciden con la percepción de su propio peso, de manera creciente el IMC de las madres concuerda de manera positiva con la percepción que tienen de su propio peso. Estudios reportan la importancia del IMC de los padres y el uso de prácticas de alimentación restrictivas, es decir, a mayor IMC de los padres mayor uso de prácticas restrictivas en la alimentación en sus hijos (Gray, Janicke, Wistedt & Dumont-Driscoll, 2010), particularmente en este estudio no encontramos diferencias con el IMC de madres con este tipo de prácticas.

Edad de los niños

Encontramos diferencias significativas por edad de los niños, las madres con hijos de tres años muestran actitudes positivas hacia el exceso de peso en los adultos y conforme incrementa la edad, las actitudes se vuelven más negativas. En edades

tempranas las madres manifiestan no estar muy preocupadas por el exceso de peso en sus hijos, consideran que es algo temporal y que conforme van creciendo adquieren su peso adecuado, algunos padres conocen la relación entre el peso y problemas potenciales de salud cuando el niño es mayor, pero no consideran que el sobrepeso y la obesidad sea un problema potencial durante los años preescolares (McGarvey, Collie, Fraser, Shufflebarger, Lloyd & Oliver, 2006). Por otro lado, un factor que preocupa a las madres respecto al peso es el género, las madres tienden a restringir más la alimentación y preocuparse más por el peso de las niñas.

Las madres con hijos de tres y cinco años de edad muestran menor necesidad de aprobación negativa, contrario a las madres de hijos(as) de cuatro y seis años que buscan mayor necesidad de aprobación negativa. Las madres con hijos de tres y seis años de edad muestran mayor percepción del peso de los niños que las madres de hijos con edades de cuatro y cinco años.

Modelos de regresión lineal y logística

De acuerdo con el modelo propuesto y basándonos en la teoría de la acción razonada, encontramos que las creencias que tienen las madres sobre las causas del exceso de peso en los adultos, así como las creencias en torno al exceso de peso en niños y adultos predicen las actitudes hacia el sobrepeso y la obesidad. De acuerdo con la Teoría, las creencias predicen las conductas como lo propuesto en el modelo de Fisbein & Ajzen, (1975).

Por otro lado, las creencias sobre las causas del exceso de peso en niños y adultos predice las actitudes sobre el exceso de peso en los niños, las creencias sobre la

responsabilidad de los padres en relación al peso del niño funje como un factor de protección respecto a las actitudes.

Con respecto a la práctica de alimentación *Monitoreo* que se caracteriza en vigilar el consumo de golosinas, frituras y alimentos grasosos, son las actitudes sobre el exceso de peso en adultos, las creencias erróneas y los hábitos como causas del exceso de peso las que predicen esta práctica, son escasos los estudios que han relacionado las creencias con las prácticas de alimentación, la práctica de alimentación monitoreo ha estado asociada con el *modelamiento*, la cual se caracteriza por que los padres consumen alimentos saludables (Gregory, Paxton & Brozovic, 2010).

Respecto la *Preocupación y Control del Peso en el Niño*, las variables que las predicen son las creencias sobre los alimentos con alto contenido calórico (comida rápida, antojitos mexicanos y grasas), las actitudes hacia el exceso de peso en los adultos y la edad del niño. Estos resultados coinciden con lo reportado en la literatura, los padres con actitudes negativas hacia la grasa o alimentos calóricos están más vinculados con el uso de prácticas de alimentación restrictivas, independientemente del peso de los niños (Musher-Eizenman, Holub, Hauser & Young, 2007) aunque en otros estudios se ha encontrado que las madres con altos niveles de preocupación en el sobrepeso del niño reportan uso frecuente de restricción (Gregory, Paxton & Brozovic, 2010).

La restricción ha sido comúnmente asociada con el incremento en la ingesta de alimentos con alto contenido calórico y el peso corporal. Sin embargo otros estudios reportan que la mayoría de estos estudios han sido transversales, lo que implica que no podemos aseverar causa-efecto y generalizar resultados (Olvera, George &

Kaiser, 2011), por otro lado, un estudio longitudinal de tipo cohorte demostró que las prácticas de alimentación como el control no pueden estar asociados con el futuro exceso de peso en los niños (Rhee et al, 2009).

Las consecuencias como creencias hacia el exceso de peso en los adultos, los hábitos como causas del exceso de peso en los niños, el IMC de los niños y las actitudes sobre el exceso de peso en los adultos predicen la práctica *Presión para comer*, estudios previos reportan correlaciones positivas entre restricción y presión para comer, y correlaciones negativas con el modelamiento (Gregory, Paxton & Brozovic, 2010). Nuestros resultados concuerdan con estudios previos, sugieren que si los padres observan bajo peso en sus hijos tienden a presionarlos para que se terminen ciertos alimentos, por otro lado se ha encontrado que la presión para comer podría tener consecuencias negativas en la ingesta de algunos alimentos, es decir presionar a los niños para comer no promueve mayor consumo de alimentos, al contrario manifiestan reacciones afectivas negativas para estos alimentos y cuando los niños no son presionados, la ingesta de éstos alimentos es mayor (Galloway, Fiorito, Francis, & Birch, 2006)

La *Preocupación por el Peso* de sus hijos depende del nivel de estudios de las madres y cuidadores, de las creencias que se tienen hacia el exceso de peso en los niños y la autoeficacia. Se ha encontrado que el nivel de estudios es una variable importante en la percepción y preocupación del peso de sus hijos, las madres que se percibieron con sobrepeso u obesidad no lograron percibir el de sus hijos, en especial, las madres con nivel educativo inferior (Baughcum, Chamberlin, Deeks, Powers & Whitaker, 2000), por ende muestran menor preocupación por el peso. La preocupación que tienen los padres acerca del sobrepeso del niño se asocia con

prácticas restrictivas de alimentación, mientras que la presión para comer tiene relación con la preocupación del bajo peso del niño (Gregory, 2010). En nuestros resultados la autoeficacia percibida, definida como la creencia que las madres tienen sobre la capacidad para cuidar el peso y la alimentación de sus hijos, es un predictor para la preocupación del peso en conjunto con el nivel de estudios, es decir, con mayor nivel de estudios las madresal parecer tienen la creencia de ser capaces de cuidar el peso de sus hijos y también en base a sus creencias entorno al exceso de peso. La autoeficacia como un fuerte predictor de funcionamiento parental es una variable que no debe ser pasada por alto, asigna un mínimo grado de importancia en los modelos teóricos de la crianza y desarrollo infantil ya que parece actuar como una fuerza orientadora en crianza de los hijos. Para optimizar la crianza de los hijos, los padres necesitan aprender a tener fe en sus propias capacidades (Bandura, 1977; Coleman & Karraker, 1997) se ha cuestionado el hecho de que las personas pueden creer tener la capacidad de realizar una conducta, pero existe una brecha muy grande en llevar acabo esa conducta.

Para la práctica *Manipulación*, que consiste en que las madres ofrecen dulces o su comida favorita a cambio de la buena conducta de los niños, encontramos que las actitudes sobre el exceso de peso en adultos, los hábitos en los niños, las actitudes hacia la alimentación, la necesidad de aprobación negativa y actitudes negativas hacia el sobrepeso y la obesidad predicen esta práctica.

Recordemos que decidimos categorizar las prácticas de alimentación en dos categorías las coercitivas (restricción, manipulación, presión para comer) y permisivas (monitoreo, preocupación y control y responsabilidad).

Encontramos que la mala información que tienen los padres, las actitudes sobre el exceso de peso en los adultos, la edad del niño y las actitudes sobre la alimentación predicen prácticas coercitivas. Para las prácticas permisivas encontramos que los malos hábitos de los padres, las actitudes sobre el exceso de peso en adultos, la edad del niño y los hábitos predicen las prácticas permisivas.

Modelos de regresión logística

Para la variable *Sobrepeso*, encontramos que las variables que la predicen como factores de protección son la autoeficacia y necesidad de aprobación negativa y como factores de riesgo es la percepción que tiene la madre sobre su propio peso y el de su hijo. Como hemos mencionado con anterioridad, las madres tienen dificultades para percibir su propio peso y más el peso de sus hijos, sería un predictor formidable para la prevención del exceso de peso sin embargo dadas las múltiples inconsistencias que se han encontrado en diversos estudios resulta ser complejo, debido a que intervienen otros factores como el nivel educativo de las madres.

Más adelante con el mismo procedimiento pero con el *Peso Normal* las variables que predicen esta variable son: el sobrepeso de la madre, la percepción del peso que tiene a su hijo y la presión para comer. Sin embargo, como hemos mencionado con anterioridad la presión para comer ha resultado ser contraproducente pues al ser una práctica de control, diversos estudios reportan que propicia mayor ingesta en el consumo de alimentos y en muchas ocasiones depende de la metodología de los estudios de investigación.

Finalmente, las variables que predicen la actividad física son: el factor expertos de la norma subjetiva hacia el peso y alimentación, la percepción de peso de la madre, la presión para comer y el que las madres sean solteras.

A manera de conclusión, encontramos que variables relacionadas al modelo de la teoría de la acción razonada como las creencias, actitudes, la norma subjetiva predicen las conductas, en este caso las prácticas parentales de alimentación. Sin embargo factores como la percepción del peso de sus hijos y el propio influye en la decisión que tienen las madres para establecer prácticas el tipo de prácticas de alimentación. Cabe mencionar que el porcentaje de predicción en cada uno de los modelos es muy bajo, lo que implica y se recomienda una revisión exhaustiva en cada una de las variables y considerar la opción de realizar estudios longitudinales dado que los resultados son opuestos dependiendo de la metodología de estudio.

Por otro lado, en el caso de los niños encontramos que en relación a la edad, tienen preferencia a los azúcares, frutas y grasas. A menor edad mayor preferencias por azúcares. Los motivos de preferencia hacia ciertos alimentos se debe a factores afectivos, es decir, a los niños les gustan ciertos alimentos porque su madre se los preparó, en nuestra cultura el afecto se transmite por medio de la preparación de los alimentos. En relación a cuáles son los alimentos que los niños consideran que hacen que nos pongamos gorditos encontramos diferencias por sexo, las niñas consideran que el pan, las frituras y las golosinas nos hacen engordar a diferencia de los niños que mencionaron a los postres, la grasa y el agua como alimentos engordadores. Cabe destacar que los participantes consideran que engordamos por la cantidad de alimentos que consumimos, sin embargo, resulta relevante destacar

cómo el desconocimiento que tienen algunos participantes en base a qué alimentos generan el aumento de peso, mencionan frutas y verduras, pero, en cuestión a la comida chatarra, no son considerados como factores generadores, el desconocimiento del mismo puede propiciar seguir manteniendo el alto consumo y, a su vez, seguir incrementando los índices de prevalencia en sobrepeso y obesidad infantil. Las preferencias de los niños también están basadas en el actual estilo de vida en donde, el consumo frecuente de comida rápida se ha implantado a su corta edad. Sin embargo, la gravedad por la preferencia de estos alimentos (hamburguesas, pizzas, refrescos, etc.) repercute en el niño de manera alarmante favoreciendo así la probabilidad de sobrepeso y obesidad en edades posteriores. En relación a las creencias respecto al exceso de peso en los niños, encontramos que a su corta edad, los niños tienen conocimiento de algunos alimentos que pueden generar exceso de peso, que hay influencia por la cantidad en su consumo.

REFERENCIAS

- Addessia, E., Gallowayb, E., Visalberghic, E. & Birch, L. (2005). Specific social influences on the acceptance of novel foods in 2–5-year-old children. *Appetite*, 45, 264–271.
- Aguilar, R. S. (2008). Alimentando a la nación: género y nutrición en México (1940 - 1960). *Revista de Estudios Sociales*, 28-41.
- Ajzen, I., & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-474.
- Albala, C., Kain, J., Burrows, R., & Díaz, E. (2000). *Obesidad: un desafío pendiente*. Santiago, Chile: Universitaria S.A.
- Allison, D., Basile, V. & Yuker, H. (1991). The Measurement of attitudes toward and beliefs about obese persons. *International Journal of Eating Disorders*, 10(5), 599-607.
- Bacardí, G.M, Jiménez, C.A, Jones, E. y Guzmán, G.V..(2007). Alta prevalencia de obesidad y obesidad abdominal en niños escolares entre 6 y 12 años de edad. *Bol Med Hosp Infant Mex*.64-72.
- Balagopal, P.(2006). Obesity-related cardiovascular risk in children and the role of lifestyle changes. *J. Cardiometab. Syndr*. 1: 269–274.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice Hall.
- Barroso, J. A. (2011). Television viewing and physical activity among latino children. En R. P. Quiñonez, *At Risk Latino Children's Health* (pág. 294). Houston, Texas: Arte Público Press.
- Baughcum, A. E., Chamberlin, L. A., Deeks, C.M., Powers, S.W., &Whitaker, R.C. (2000). Maternal perceptions of overweight preschool children. *Pediatric*;106(6),1380-6.
- Bazerger, T. A., Spencer, C.J. (2004). Maternal nutrition and fetal development. *Journal Nutrición*, 134(2),169–72.
- Becker, MH (1974b). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324-508.
- Birch, L. (1999). Development of food preferences. *Annual Review of Nutrition*, 19, 41-62.
- Birch, L. (2006). Child Feeding Practices and the Etiology of Obesity. *Obesity*, 14(3), 343-344.
- Birch, L. L., Fisher, J. O., Grimm-Thomas, K., Markey, C. N., Sawyer, R., & Johnson, S. L. (2001). Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite*, 36, 201-10.
- Blissett, J., Meyer, C. & Haycraft, E. (2007). Maternal mental health and child feeding problems in a non-clinical group. *Eating Behaviors*, 8;311–318.
- Blissett, J., Meyer, C., & Haycraft, E. (2006). Maternal and parental controlling feeding practices with male and female children. *Appetite*, 47, 212-219.
- Bract, C., Mervielde ,I- & Vandereycken, W. (1997). Psychological of childhood obesity: a controlled study in a clinical and nonclinical sample. *Journal of Pediatric Psychology*, 22(1). pp. 59-71.

- Brennan , D. & Carpenter, C.(2009). Proximity of Fast-Food Restaurants to Schools and Adolescent Obesity. *American Journal of Public Health*, 99 (3).
- Bruss, M., Morris,J., Dannison, L.& Orbe, M. (2005). Food, culture, and family: exploring the coordinated management of meaning regarding childhood obesity. *Health Communication*, 18(2), 155–175.
- Burdette, H. &. (2005). A national study of neighborhood safety, outdoor play, television viewing, and obesity in preschool children. *Pediatrics*, 116(3), 657-662.
- Busto, Z. S., Amigo, V.I. y Herrero, D. E.J. (2008). Estudio de la relación entre el estilo de vida y el sobrepeso infantil a través del análisis de ecuaciones estructurales. *Revista Española de Obesidad*, 6(1).38-48.
- Caine-Bish, N. (2010). Children’s Gender Impacts Food Preferences. *Pediatrics for Parents*, 26 (7-8).
- Calva, M. (2003). *Obesidad*. Universidad de Tijuana.
- Campbell, K. & Crawford, D. (2001). Family food environments as determinants preschool-aged children's eating behaviours: implications for obesity prevention policy. *Australian Journal of Nutrition and Dietetics*, 58:1.
- Campos-Nonato, Barquera & Aguilar, (2012). Efecto de la obesidad sobre enfermedades crónicas y la mortalidad. En J. Rivera, M. Hernández, C. Aguilar, F. Vadillo, & C. Murayama, *Obesidad en México: recomendaciones para una política de estado*. (págs. 99-122). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Carey, S. (1992) *The origin and evolution of everyday concepts. Cognitive models of science*. Minneapolis: Universidad de Minnesota Press.
- Carnegie, A. B.-W. (2002). Perceptions of the physical environment, stage of change for physical activity, and walking among australian adults. *Research Quarterly for Excercise and Sport*, 73(2), 146-155.
- Carnegie, A. B.-W. (2002). Perceptions of the physical environment, stage of change for physical activity, and walking among australian adults. *Research Quarterly for Excercise and Sport*, 73(2), 146-155.
- Chapman, D., & Zubieta, A. (2011). Early feeding practices: breastfeeding and complementary feeding among U.S. Latinos. En R. Pérez-Escamilla, & H. Melgar-Quiñones, *At Risk Latino Children's Health* (pág. 294). Houston, Texas: Arte Público Press.
- Chaput, J.P., Visby, T., Nyby, S., Klingenberg, L., Gregersen, N.T., Tremblay, A., Astrup, A & Sjödin, A. (2011). Video game playing increases food intake in adolescents: a randomized crossover study. *Am J Clin Nutr*; 93 (6); 1196-1203.
- Chavarría, S. (2002). Definición y criterios de la obesidad. *Nutrition Clínica*. 5(4), 236-240.
- Clive, B., & Inas, K. (2010). The benefits of breastfeeding across the early years of childhood. National Bureau of Economic Research, 1-48.
- Coleman, P., & Karraker. (1997). Self-Efficacy and parenting quality: findings and future applications. *Developmental Review*, 18, 47-85.
- Contento, I., Basch, Ch. & Zybert, P. (2003). Body Image Weight, and Food Choices of Latina Women and Their Young Children. *Journal of Nutrition Education and Behavior*,35:236-248.

- Contreras, H. J. & Gracia, A. M. (2005). *Alimentación y cultura: perspectivas antropológicas*. Barcelona: Ariel.
- Crespo, C., Escutia de Dominguez, G., Salvo, D. D., & Arredondo, E. (2012). Determinantes de la disminución de la actividad física y el aumento del sedentarismo. En J. Rivera Dommarco, H. Á. Mauricio, C. Aguilar Salinas, F. Vadillo Ortega, & C. Muyarama Rendón, *Obesidad en México: recomendaciones para una política de estado*. (pág. 427). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Darling, N. Y Steinberg L. (1993). Parenting styles as context: an integrative model. *Psychological Bulletin*, CXIII, 3, 487-496
- De Garine, I., & Luis, V. G. (1997). Introducción a las investigaciones antropológicas sobre alimentación y nutrición. *Cuadernos de Nutrición*, 21-28.
- Del Valle, S. (2010, 18 de Agosto). Incluye la SEP obesidad en libros. *Reforma*, p4.
- Dewey, J. (1989). *Cómo pensamos*. Nuestra exposición de la reflexión entre pensamiento reflexivo y proceso educativo. Barcelona: Paidós.
- DiClemente, C. & Prochaska, J. (1998) Toward a comprehensive, transtheoretical model of change. In Miller, W. and Heather, N. (eds), *Treating Addictive Behaviours*. Plenum Press, New York.
- Domínguez-Vásquez ,P., Olivares, S., Santos, J.L. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 58(3); 249-255.
- Dorsey, K., Mauldon, M., Magraw, R., Yu, S., & Krumholz, H. (2010). Do self- or parent-reported dietary, physical activity, and sedentary behaviors predict worsening obesity in children? *The Journal of Pediatrics*, 157(4), 566-571.
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Fort Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich.
- Encuesta de Salud en Estudiantes de Escuelas Públicas en México cabo en abril del 2010.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fleischhacker, S. E., Evenson, K.R., Rodriguez, D.A. & Ammerman, A.S. (2011). A systematic review of fast food access studies. *Obesity Reviews*;12 (5),460–471.
- Floyd, M. S. (2008). Park-based physical activity in diverse communities of two U.S. cities: an observational study. *American Journal of Preventive Medicine*, 34(4), 299-305.
- Foster, L., & Gerould, P. (2004). *Fathers' Impact on Childre's Nutrition*. California: California Research Bureau.
- Foz, M. (2005). Historia de la Obesidad. 1-17.
- Franzini,L., Elliott,M.N., Cuccaro, P., Schuster, M., Gilliland,M.J. Grunbaum, A., Franklin,F. & Tortolero, S. (2009). Influences of Physical and Social Neighborhood Environments on Children's Physical Activity and Obesity. *American Journal of Public Health*, 99(2).
- Friedman, K.E, Reichmann, S.K, Costanzo P.R. & Musante, G.J.(2002). Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. *Obesity Research*, 10(1):33-41.

- Fuillerat, R. (1996). *Psicodietética: una experiencia, una opción*. En Temas de Psicología. 37-44. La Habana. Ed. Científico- Técnica.
- Gable, S., Britt-Rankin, J., & Krull, J.L.(2008). Ecological predictors and developmental outcomes of persistent childhood overweight.United States *Department of Agriculture, Contractor and Cooperato*.42.
- Galvan, G.M. & Atalah, S. E. (2008). Variables asociadas a la calidad de la dieta en preescolares de Hidalgo, México. *Revista Chilena de Nutrición*, 35 (4),413-420.
- Galloway, A., Fiorito, L., Francis, L., & Birch, L. (2006). `Finish your soup': Counterproductive effects of pressuring children to eat on intake and effect. *Appetite*, 46, 318-323.
- Garrett-Wright, D. (2010). Parental Perception of Preschool Child Body Weight. *Journal of Pediatric Nursing*, 26(5) 435-445.
- Gertrude, G., Zeinstra, A., Koelen, J. Kok, C. & De Graaf. (2010).The influence of preparation method on children's liking for vegetables. *Food Quality and Preference*, 21, 906-914.
- González, D.C. (2008). La categoría de producto y el mensaje transmitido en la publicidad infantil de alimentos. *Revista Latina de Comunicación Social*. 63.
- González-González, Reild, Andrade, Betancourt, Palacios y Xicotencatl (2010). Importancia del estudio y tratamiento de la obesidad. En Guillén, R. Psicología de la obesidad: esfera de vida, complejidad y multidisciplinaria. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
- Gray, W., Janicke, D., Wistedt, K. & Dumont-Driscoll, M. (2010).Factor associated with parental use of restrictive feeding practices to control their children`s food intake. *Appetite*, 55, 332-337.
- Gregory, J., Paxton, S., & Brozovic, A. (2010). Pressure to eat and restriction are associated with child eating behaviors and maternal concern about child weight, but not child body mass index, in 2 -to 4-year-old children. *Appetite*, 54, 550-556.
- Gutiérrez, J., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L.,Hernández-Ávila, M. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: Resultados Nacionales. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Harris, K. C., Kuramoto, L.K. & Schulzer, M. (2009). Effect of school-basedphysical activity interventions on body mass index in children: a meta-analysis.*CMAJ*, 180(7):719-26.
- Harry, J. M. (1984). A revised Measure of Approval Motivation and Its relationship to social desirability. *Journal of personality assessment*, 48(5), 508-519.
- Haycraft. E., & Blissett, J. (2008). Controlling feeding practices and psychopathology in a non-clinical sample of mothers and fathers. *Eating Behaviors*, 9, 484-492.
- Haycraft. E., & Blissett, J. (2011).Predictors of Paternal and Maternal Controlling Feeding Practices with 2- to 5-year-old Children. *Journal of Nutrition Education and Behavior*,1-8.
- Hernández, A. M. & Martínez, M.O. (2011). Lineamientos generales para el expendio o distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar en los planteles de educación básica.*Boletín Medico del Hospital Infantil de México*. 68(1); 1-6.

- Hernandez, B. (1998). Diet, Physical Activity and Obesity in Mexican Children. Tesis de doctorado. Harvard School of Public Health. Boston.
http://ss1.webkreator.com.mx/4_2/000/000/056/cfb/libro_completo-ENSE-29-abri-10.pdf.
- Islas, L. y Peguero, M. (2006). Boletín de Práctica Médica Efectiva: Obesidad Infantil. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Jackson, M., Ball, K. & Crawford, D. (2001). Beliefs about the causes of weight change in the Australian population. *International Journal of Obesity*, 25, 1512–1516.
- Jahnke, D. & Warschburger, P. (2008). Familial transmission of eating behaviors in preschool-aged children. *Obesity*, 16(8):1821-5.
- Jáuregui-Lobera, I & Bolaños Ríos, P. (2011). What motivates the consumer's food choice? *Nutrición Hospitalaria*, 26(6): 1313-1321.
- Juez, M. (2005). *¿Comemos, cariño?: la alimentación en familia*. Síntesis. Madrid, España.
- Keller, K., Pietrobelli, A., Johnson, S., & Faith, M. (2006). Maternal restriction of children's eating and encouragements to eat as the 'non-shared environment': a pilot study using the child feeding questionnaire. *International Journal of Obesity*, 30, 1670-1675.
- Kimble, C., Hirt, E., & Diaz-Loving, R. (2002). *Psicología social de las américas*. México: Pearson.
- Laguna, C.A. (2006). Sobrepeso: Estrategias para mejorar el manejo nutricional. *Revista de Endocrinología y Nutrición*. 14(2).102-113.
- Larowe, T. A. (2010). American Indian communities before a family-based healthy lifestyle intervention. *American Dietetic Association*, 110, 1049-1057.
- Larowe, T. L., Adams, A. K., Jobe, J. B., Cronin, K. A., Vannatter, S. M., & Ronald J. Prince. (2010). Dietary intakes and physical activity among preschool-aged children living in rural American Indian communities before a family-based healthy lifestyle intervention. *Journal American Dietetic Association*., 110, 1049-1057.
- Lazarevich, I, y Rodríguez, J.H. (2003). Manifestaciones psiquiátricas en los trastornos tiroideos, diabetes mellitus y obesidad. *Psiquis*; 23(5):149-151.
- Lipps, L. & Krahnstoeber, K. (2001). Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatric Clinics of North America*. 48(4).
- Longbottom, P. J. , Wrieden, W. L. & Pine, C. M. (2002). Is there a relationship between the food intakes of Scottish 5 ½ y 8 ½ year olds and those of their mothers?. *Journal Hum Nutr Dietet*, 15, 271–279.
- Lopes, P. M. (2008). Body-Image and Obesity in Adolescence: A Comparative Study of Social-Demographic, Psychological, and Behavioral Aspects. *The Spanish Journal of Psychology*. 11(2), 551-563.
- López, C., Vázquez, V., Bolado, E., González, J., Castañeda, J., Robles. L., Velásquez. C., Aguirre, R. & Comuzziea, A. (2007). Influencia de los padres sobre las preferencias alimentarias en niños de dos escuelas primarias con diferente estrato económico. Estudio ESFUERZO. *Gaceta Médica de México*, 143(6), 463-469.

- Lujan, S. M., Piat, G. L., Ariel, R. O. y Abreo, G. (2010). Obesidad infantil, la lucha contra un ambiente obesogénico. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 197, 19-24.
- Lusk, J., & Ellison, B. (2013). Who is to blame for the rise in obesity? *Appetite*, 68, 14-20.
- Manios, Y., Kourlaba, G., Kondaki, K., & Grammatikaki, E. (2009). Obesity and television watching in preschoolers in Greece: the GENESIS study. *Obesity*, 17, 2047-2053.
- Martínez J. I. y Villezca B. P. (2003). La alimentación en México: un estudio a partir de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares. *Revista de información y análisis*, 21.
- Maziak, W., Ward, K., & Stockton, M. (2008). Child obesity: are we missing the big picture? *Obesity Review*, 9, 35-42.
- McGarvey, E., Collie, K., Fraser, G., Shufflebarger, C., Lloyd, B. & Oliver, N. (2006). Using focus group results to inform preschool childhood obesity prevention programming. *Ethnicity and Health*, 11(3), 265-285.
- Melbye, Elisaberh, Ogaard, T., & Overby, N. (2013). Associations between parental feeding practices and child vegetable consumption. Mediation by child cognitions? *Appetite*, 69, 23-30.
- Mitchell, S., Brennan, L., Hayes, L., & Miles, C. (2009). Maternal psychosocial predictor of controlling parental feeding styles and practices. *Appetite*, 53, 384-389.
- Monteverde, M., & Novak, B. (2008) Obesidad y esperanza de vida en México. *Población y Salud en Mesoamérica*, 6(1).
- Moor, S., Tapper, K., & Murphy, S. (2007). Feeding strategies used by mothers of 3-5- year-old children. *Appetite*, 49, 704-707.
- Moreno, E. B., Monereo, M. S. Álvarez, H. J. (2004). *La Obesidad en el tercer milenio*. Medica Panamericana.
- Navarro Contreras, G. (2006). Promoción de Estilos de Vida Saludables: El Caso de la Alimentación Infantil. Tesis de Doctorado no Publicada. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999. Para la atención a la salud del niño. Recuperado el 14 de abril de 2010 en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html>.
- Núñez, R. H. (2007). Las creencias sobre obesidad de estudiantes de la educación general básica. *Educación*, 31(1), 145-164.
- Ogden, J. (2005). *Psicología de la alimentación*. Ediciones Morata, 312.
- Olstad, L. & McCargar, L. (2009). Prevention of overweight and obesity in children under the age of 6 years. *Appl. Physiol. Nutr. Metab.* 34: 551-570.
- Olvera, N., George, G., & Kaiser, L. (2011). My child is not fat, he's just chubby a latino/a parenting perspective. En R. Pérez-Escamilla, Melgar-Quiñones, & Hugo, At Risk Latino Children's Health (pág. 294). Houston, Texas: Arte Público Press.
- Organización mundial de la Salud (1986). Carta Otawa primera conferencia internacional sobre la promoción de la salud. Ginebra:OMS.
- Organización mundial de la Salud (2004). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Ginebra: OMS.

- Oseguera, P. D. (2001). La comida: ¿lugar de encuentro entre disciplinas científicas. *Estudios Sobre las Culturas Contemporaneas*, 141-151.
- Pagani, L. S., Fitzpatrick, C., Barnett, T. & Dubow, E. (2010). Prospective Associations Between Early Childhood Television Exposure and Academic, Psychosocial, and Physical Well-being by Middle Childhood. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 164(5):425-431.
- Pepitone, A. (1991). El mundo de las creencias: un análisis psicosocial. *Revista de Psicología Social y Personalidad.*, 7(1), 61-79.
- Pérez Gil-Romo, S. E. & Urdanivia, S. (2007). Estudios sobre alimentación y nutrición en México: una mirada a través del género. *Salud Pública de México*, 49(6), 445-453.
- Pérez, R. (2011, 9 de Septiembre). Refuerzan acuerdo estatal alimentario. *El Heraldo de Tabasco* en <http://www.oem.com.mx/elheraldodetabasco/notas/n2221030.htm>.
- Puhl, R.M. & Brownell, K.D. (2003). Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerful and pervasive bias. *Obesity Reviews*; 4(4):213-227.
- Redsell, S., Atkinson, P., Nathan, D., Siriwardena, N., Swift, N. & Glazebrook, C. (2010). Parents' beliefs about appropriate infant size, growth and feeding behaviour: implications for the prevention of childhood obesity. *Public Health*, 10:711.
- Restrepo, H., & Málaga, H. (2001). Promoción de la Salud: como construir una vida saludable. Bogotá, Colombia: Medica Panamericana.
- Restrepo, H., & Málaga, H. (2001). Promoción de la Salud: como construir una vida saludable. Bogotá, Colombia: Medica Panamericana.
- Revuelta, C. (2005). Prevención de la obesidad infantil. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 7, 255-275.
- Reyes-Lagunes, I. (1993). Redes semánticas para la construcción de instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*. 9(1), 81-93.
- Reyes-Lagunes, I. y Hernández, J. (1998) Proyecto CONACyT 1084P-H. Unidad de investigaciones psicosociales. UNAM.
- Rhee, K. E., Coleman, S. M., Appugliese, D. P., Kaciroti, N. A., Corwyn, N. F, Davidson, N. S., Bradle, R. H. & Lumeng, J.C. (2009). Maternal Feeding Practices Become More Controlling After and Not Before Excessive Rates of Weight Gain. *Obesity*; 17, 1724–1729.
- Rivera & González-Cosío (2011 citado en Rivera, J., Perichart, O., & Moreno, J, 2012). Determinantes de la obesidad: marco conceptual y evidencia científica. En J. Rivera, M. Hernández, C. Aguilar, F. Vadillo, & C. Murayama, *Obesidad en México: recomendaciones para una política de estado*. (págs. 45-77). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rivera, B. M. (2006). Hábitos alimentarios en estudiantes de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. *Revista Cubana Salud Pública*, 32(3).
- Robinson, S. (2011). A Link between Maternal and Childhood Obesity. *Global Perspectives on Childhood Obesity*. 147-156.
- Romero, V., Campollo, R. O., Castro, H. J., Cruz, O., & Vásquez, G. E. (2006). Hábitos de alimentación e ingestión de calorías en un grupo de niños y adolescentes obesos. *Medigrafic*, 63, 183-194.

- Rosenheck, R. (2008). Fast food consumption and increased caloric intake: a systematic review of a trajectory towards weight gain and obesity risk. *Obesity Reviews*, 9, 535-547.
- Rosentock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- Rozin, P. (1996). Sociocultural influences on human food selection. En E.D. Capaldi (Ed.), *Why we eat what we eat*. Washington DC: American Psychological Association, 233-263.
- Rubia, J. M. (2011). Actividades extraescolares físicas y sedentarias. Escalamiento y diferencias. En J. L. José Moral de la Rubia, *Adolescentes escolarizados: sus hábitos de actividad física y alimentación. Un estudio comparativo en el noreste de México*. (pág. 462). México: Fontamara.
- Saba, A., Turrini, A., Di Natale & D'Amicis, A. (1999). Attitudes towards food containing fats in subjects of different body size. *International Journal of Obesity*. 23, 1160-1169.
- Saelens, B., Sallis, J., & Frank, L. (2003). Environmental correlates of walking and cycling: findings from the transportation, urban design, and planning literatures. *Annals of Behavioral Medicine*, 25, 80-91.
- Sallis, J., Adams, M., & Ding, D. (2011). Physical activity and the built environment. En J. Cawley, *The Oxford Handbook of The Social Science of Obesity* (págs. 433-451). Estados Unidos: Oxford University Press.
- San Martín, H. (1992). *Tratado general de la salud en las sociedades humanas*. México: la prensa médica mexicana.
- Secretaría de Salud (2006). Instituto Nacional de Salud Pública. México: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.
- Small, L., Mazurek, B., Anderson-Gifford, D. & Hampl, J. (2009). Exploring the meaning of excess child weight and health: shared viewpoints of Mexican parents of preschool children continuing nursing education series. *Pediatric Nursing*. 35(6).
- Stewart, L. (2010). Childhood obesity. *Medicine*, 39(1).
- Summerbell, C., Waters, E., Edmunds, L., Kelly, S., Brown, T. & Campbell, K. (2008). Intervenciones para prevenir la obesidad infantil. *En La Biblioteca Cochrane Plus*, 2. Oxford. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
- Tanumihardjo, S., Anderson, C., Kaufer-Horwitz, M., Bode, L., Emenaker, N., Hagg, A., Stadler, D. (2007). Poverty, obesity, and malnutrition; an international perspective recognizing the paradox. *Journal of the American Dietetic Association*, 107, 1966-72.
- Thakkar, R., Garrison, M., & Christakis, D. (2008). A systematic review for the effects of television viewing by infants and preschoolers. *Pediatrics*, 118(5), 2025-2031.
- Théodore, F., Bonvecchio, A., Blanco, G., & Carreto, R. (2011). Representaciones sociales relacionadas con la alimentación escolar: el caso de las escuelas públicas de la Ciudad de México. *Salud Colectiva*, 7(2), 215-229.
- Vanhala, M.L., Laitinen, J., Kaikkonen, J., Keina, S., & Korpelainen, R. (2010). Parental predictors of fruit and vegetable consumption in treatment-seeking overweight children. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 1-7.E, & Romero, E. (2008). Esquemas de alimentación saludable en niños durante sus

- diferentes etapas de la vida. Parte II. Preescolares, escolares y adolescentes. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 65.
- Vargas, L. B. (2012). Los fundamentos biológicos y culturales de los cambios de la alimentación conducentes a la obesidad. El caso de México en el contexto general de la humanidad. En J. Rivera, M. Hernández, C. Aguilar, F. Vadillo, & C. Murayama, *Obesidad en México: recomendaciones para una política de estado*. (págs. 99-122). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Vega, M. (2011, 9 de enero). Crecen en niños males crónicos. *Reforma*, p15.
- Ventura, A., Gromis, J., & Gembeck, Z. (2010). Feeding Practices and Styles Used by a Diverse Sample of Low-income Parents of Preschool-age Children. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 42 (4), 242-249.
- Ventura, K., Savage, S., May, L., Birch, L., (2010). Predictores psicosociales, familiares y conductuales tempranos de sobrepeso y obesidad infantil. En Tremblay, E, Barr, G, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia*. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010:1-11. Disponible en: <http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/Ventura-Savage-May BirchESPxp.pdf>. Consultado 15 de Junio de 2011.
- Wang, C. & Coups, E. (2010). Causal beliefs about obesity and associated health behaviors: results from a population-based survey. *Wang and Coups International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* ,7:19.
- Webber, L., Cooke, L., Hill, C. & Wardle, J. (2010). Associations between Children's Appetitive Traits and Maternal Feeding Practices, *Journal American Dietetic Association*, 110:1718-1722.
- Wu, G, Bazer, F., Cudd, T. Meininger, C. Spencer, T. (2004). Maternal nutrition and fetal development. *Journal of Nutrition*. 134 (9), 2169-72.
- Wyatt, S. B., Winters, K. P., & Dubbert, P. M. (2006). Overweight and obesity: Prevalence, consequences, and causes of a growing public health problem. *American Journal of Medical Science*, 331, 166–174.
- Zimmerman, F., & Bell, J. (2010). Associations of Television Content Type and Obesity in Child.

ANEXOS

Anexo 1

El ejercicio que tiene en sus manos forma parte de una investigación que se realiza en la Universidad Nacional Autónoma de México. Por favor lea cuidadosamente las preguntas y sea sincera al contestar. Si tiene alguna duda, pregúntele a la persona que le dio el cuestionario.

- 1.- ¿Qué le da usted de comer a su hij@?
- 2.- ¿Qué se debe de incluir para que una alimentación sea saludable?
- 3.- ¿Qué se debe evitar para que una alimentación sea saludable?
- 4.- ¿Qué es para usted el sobrepeso?
- 5.- ¿Qué es para usted la obesidad?
- 6.- ¿Qué es lo que más les gusta comer a los niños?
- 7.- ¿A qué se debe que los niños tengan sobrepeso?
- 8.- ¿A qué se debe que los niños sean obesos?
- 9.- ¿Qué se tiene que hacer para evitar que su hijo(a) tenga sobrepeso u obesidad?

Datos generales de la madre

- 1.- Edad:
- 2.- Estado civil:
- 3.- Último grado de estudios:
- 4.- Ocupación:
- 5.- Número de hijos:
- 6.- Lugar donde vive:

Datos del niño

- 7.- Edad de su hij@:
- 8.- Sexo de su hij@:

¡Gracias por su participación!

Anexo 1.2

DATOS GENERALES.

1. Sexo: H M 2. Edad: _____ (años).
3. Estado Civil: _____.
4. Peso aproximado: _____ 5.-Talla _____.
6. Lugar de nacimiento: _____.
7. Lugar de residencia: _____.
8. El último grado de estudios que cursó fue:

9. Ocupación:

¡Gracias por tu participación!

Instrucciones:

1.- En las hojas que se le dieron, aparece una oración impresa en la parte superior. Le voy a pedir que defina con la mayor claridad y precisión posible dicha frase, mediante el uso de **por lo menos cinco palabras sueltas**.

2.- Una vez que ya tenga escrita una lista de por lo menos 5 palabras, le voy a pedir que las vuelvas a leer y marque con un 1, la palabra más importante o más cercana a la frase impresa en la parte superior de la hoja, con un 2 a la que le sigue en importancia, y así sucesivamente hasta que termine de jerarquizar cada una de las palabras que escribió.

Ejemplo: Si la frase que se encontrara en la parte superior fuera "los mexicanos son", le pediría que escribiera por lo menos las primeras cinco palabras que se le vengan a la mente relacionadas con los mexicanos, por ejemplo: latinos, bajitos, honestos, etc. Y una vez que haya escrito la lista de todas las palabras que le vinieron a la mente, le pediría que le ponga un 1 a la que considera más importante, en este caso quizá usted piense que honesto podría ser un término que describe mejor a los mexicanos en comparación con bajitos, por lo que le pediría que le pusiera el número 1 a honesto, y después el número 2 a la palabra que usted considere que le sigue en importancia, y así sucesivamente, hasta que tenga numeradas todas las palabras que escribió.

Cualquier pregunta, cuestionamiento o comentario, no dude en dirigirse al aplicador.

Agradecemos su cooperación.

La obesidad es:

El peso (corporal) es:

(Continua...)

La alimentación es:

Mi peso es:

La salud es:

El sobrepeso es:



Anexo 1.3

Instrucciones: Te voy a hacer una serie de preguntas, empecemos con la primera...

- 1.- ¿De lo que comes qué es lo que más te gusta?
- 2.- ¿Por qué?
- 3.- ¿Crees que hay alimentos que hacen que nos pongamos gorditos(as)?
- 4.- ¿Cuáles?

Edad: _____ Sexo: _____.

Anexo 2

Escalas Primera Validación

Indique con una "X" si está **TOTALMENTE DE ACUERDO** ó **TOTALMENTE EN DESACUERDO** con las siguientes frases:
 Considero que tengo la **CAPACIDAD** de:

	Totalmente de Acuerdo					Totalmente en Desacuerdo				
1.-Encontrar la manera de que mi hijo(a) mantenga su peso adecuado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Apoyar a mi hijo(a) para que haga ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.-Vigilar la alimentación de mi hijo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.-Tomar las mejores decisiones respecto al cuidado de peso en mi hijo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.-Procurar que la comida de la semana sea balanceada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.-Equilibrar la alimentación de mi hijo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.- Limitar el consumo de alimentos aunque NO son sanos a mi hijo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.-Hacer ejercicio con mi hijo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.-Enseñarle a mi hijo(a) buenos hábitos alimenticios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.-Solucionar el problema de peso de mi hijo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.-De que mi hijo(a) deje de ver televisión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.-Seguir recetas para darle una sana alimentación a mi hijo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13.-Estar al pendiente del peso de mi hijo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.-Procurar que mi hijo(a) juegue al aire libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.-Alimentar a mi hijo(a) de manera sana y nutritiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.-Evitar que mi hijo(a) padezca sobrepeso u obesidad,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.-Vigilar que la alimentación de mi hijo(a) sea igual todos los días de la semana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.-Decidir cómo alimentar a mi hijo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.-Crear una serie de actividades en el parque con mi hijo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.-Establecer un horario para la alimentación de mi hijo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.-Identificar cuando mi hijo(a) está subiendo de peso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.-Programar actividades para que mi hijo(a) haga ejercicio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.-Vigilar que mi hijo(a) coma en sus horarios establecidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.-Prohibirle a mi hijo(a) que utilice sus videojuegos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.-Motivar a mi hijo(a) que se coma lo que le preparo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 2.1

Escala de Actitudes hacia el Exceso de Peso

Instrucciones: A continuación encontrará una oración que tiene opciones de respuesta opuestas entre sí. Marque con una **X** la línea que esté **MÁS CERCA** de su evaluación. Si marca la línea más **CERCANA A LA PALABRA DERECHA**, indica que está **EVALUANDO CON DICHA PALABRA**. Si marca la línea que está más **CERCANA A LA PALABRA DE LA IZQUIERDA** indica que este es el término que para usted evalúa la oración.

Ejemplo:

La manzana es:

Agradable _____ _____ Desagradable

El exceso de peso en ADULTOS es:

Activo _____ Pasivo
Malo _____ Bueno
Fuerte _____ Débil

Enfermo _____ Sano
 Permanente _____ Momentáneo
 Evitable _____ Inevitable
 Conocido _____ Desconocido

Anexo 2.4

Escala de Creencias de Alimentos Engordadores en Adultos

El consumo de los siguientes alimentos causa exceso de peso:

	Mucho					Nada				
Grasas (chocolates, mantequilla, chicharrón, papas fritas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Azúcares (refrescos, mermelada, Boing , miel, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cereales (avena, pan, tortillas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frutas (manzana, naranjas, melón, sandía, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verduras (jitomate, zanahorias, lechuga, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tubérculos (papa, camote, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leguminosas (frijoles, habas, lentejas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentos de Origen Animal (carnes rojas, queso, jamón, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentos denominados "Comida Rápida" (pizza, hamburguesas, hot-dogs, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentos denominados "Antojitos mexicanos" (sopes, huaraches, gorditas, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 2.5

Escala de Creencias de Alimentos que Causan Exceso de Peso en Niños

El consumo de los siguientes alimentos CAUSA EXCESO DE PESO en los(as) NIÑOS(AS):

	Mucho					Nada				
Grasas (chocolates, mantequilla, chicharrón, papas fritas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Azúcares (refrescos, mermelada, Boing , miel, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cereales (avena, pan, tortillas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frutas (manzana, naranjas, melón, sandía, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verduras (jitomate, zanahorias, lechuga, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tubérculos (papa, camote, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leguminosas (frijoles, habas, lentejas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentos de Origen Animal (carnes rojas, queso, jamón, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentos denominados "Comida Rápida" (pizza, hamburguesas, hot-dogs, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentos denominados "Antojitos mexicanos" (sopes, huaraches, gorditas, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 2.6

Escala de Creencias hacia el Exceso de Peso en Adultos

	Totalmente de Acuerdo		Totalmente en Desacuerdo		
La actividad física NO previene el sobrepeso ni la obesidad cuando es genético (hereditario).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El sobrepeso y la obesidad afectan nuestra salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muchas enfermedades se generan debido al sobrepeso u obesidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una vez que subes de peso es muy difícil bajar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las personas con sobrepeso u obesidad sólo se vuelven más lentas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una persona con exceso de peso es una persona enferma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tener sobrepeso u obesidad NO afecta la salud sólo se tiene que bajar de peso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los adultos con sobrepeso u obesidad a pesar de hacer ejercicio NO logran tener su peso ideal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 2.7

Escala de Creencias hacia el Exceso de Peso en Niños

Los padres prefieren que sus hijos vean TV a que salgan a jugar al aire libre (parque, calle, etc).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los(as) niños(as) con sobrepeso u obesidad NO tendrán problemas de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A los papás NO les importa que los(as) niños(as) pasan más tiempo frente a la televisión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si los padres comen mucho sus hijos también.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NO es un problema que los niños(as) tengan sobrepeso u obesidad pues más adelante "darán el estirón".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es mejor que los(as) niños(as) estén llenitos a que estén flaquitos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los(as) niños(as) con sobrepeso y obesidad pueden tener problemas de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 2.8

Escala de Creencias sobre las Causas hacia el Exceso de Peso en Adultos

El exceso de peso es causado por:	Totalmente de Acuerdo		Totalmente en Desacuerdo		
Estar mucho tiempo frente a la televisión, computadora, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El consumo de alimentos engordadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El embarazo en las mujeres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NO hacer ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Algunas enfermedades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NO comer a sus horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer de todo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tener una mala alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 2.9
Escala de Creencias hacia las Causas del Exceso de Peso en Niños

	Totalmente de Acuerdo					Totalmente en Desacuerdo				
El consumo de alimentos NO balanceados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que los(as) niños(as) NO juegan al aire libre (parque, en la calle, etc).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los malos hábitos alimenticios adquiridos en casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que los(as) niños(as) comen mucho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que los padres consientan a sus hijos(as) dándoles lo que a ellos les gusta comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comen chatarra en vez de lo que uno les sirve.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo que comen fuera de casa (escuela, calle, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 2.10

Escala Norma Subjetiva hacia el Peso y la Alimentación:

	Mucho					Poco				
Mis papás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigos(as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermanos(as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profesores de mi hijo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suegros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 2.11

Escala Norma Subjetiva hacia la Educación

	Mucho					Poco				
Mis papás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigos(as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermanos(as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profesores de mi hijo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suegros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 3

Anexo 3.1.1. Escala de la Norma Subjetiva hacia el Peso y la Alimentación

Componentes de la Escala de la Norma Subjetiva hacia el Peso y la Alimentación

Alpha de Cronbach	0.76	0.80	0.58
% de Varianza Explicada	60.69%	36.69%	24.00%
Media	3.0	2.3	4.1
Desviación Estándar	.8	1.0	.8
		Vínculo	Expertos
Amigos		.728	
Mis papás		.811	
Suegros		.762	
Hermanos		.820	
Profesores			.699
Médico			.814
Pareja			.664

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a: La rotación convergió en 3 iteraciones

Anexo 3.2.2. Escala de la Norma Subjetiva hacia la Educación

Componentes de la Escala de la Norma Subjetiva hacia la Educación

Alpha de Cronbach	0.75	0.75	0.57
% de Varianza Explicada	57.86%	34.87%	22.99%
Media	2.9	2.2	3.8
Desviación Estándar	.8	.9	.9
		Vínculo	Expertos
Amigos		.789	
Mis papás		.772	
Suegros		.686	
Hermanos		.686	
Profesores			.793
Médico			.685
Pareja			.644

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a: La rotación convergió en 3 iteraciones

Anexo 3.3.3. Escala de Creencias de Alimentos que Causan Exceso de Peso y Alimentos Saludables para Adultos

Componentes de la Escala Creencias de Alimentos que causan Exceso de Peso

Alpha de Cronbach	0.88
% de Varianza Explicada	73.97%
Media	4.5
Desviación Estándar	.8
Antojitos Mexicanos	.882
Grasas	.857
Comida Rápida	.852
Azúcares	.849

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
a 1 componente extraído.

Componentes de la Escala Creencias de Alimentos Saludables

Alpha de Cronbach	0.86
% de Varianza Explicada	78.69%
Media	1.3
Desviación Estándar	.7
Leguminosas	.927
Frutas	.927
Verduras	.801

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
a 1 componente extraído.

Anexo 3.4.4. Escala de Alimentos que Causan Exceso de Peso y Alimentos Saludables en Niños

Componentes de la Escala Creencias de Alimentos que Causan Exceso de Peso en Niños

Alpha de Cronbach	0.83
% de Varianza Explicada	67.64%
Media	4.7
Desviación Estándar	.6
Grasas	.857
Azúcares	.825
Comida Rápida	.820
Antojitos Mexicanos	.786

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
a 1 componente extraído.

Componentes de la Escala Creencias de Alimentos Saludables en Niños

Alpha de Cronbach	0.81
% de Varianza Explicada	64.93%
Media	1.7
Desviación Estándar	.8
Verduras	.861
Leguminosas	.844
Frutas	.834
Tubérculos	.669

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
a 1 componente extraído.

Anexo 3.5.5. Escala de Creencias hacia las Causas del Exceso de Peso en Adultos

Componentes de la Escala de Creencias hacia las Causas de Exceso de Peso en Adultos.

Alpha de Cronbach	0.69
% de Varianza Explicada	53.63%
Media	18.34
Desviación Estándar	2.4
Tener una mala alimentación	.798
El consumo de alimentos engordadores	.751
No hacer ejercicio	.726
No comer a sus horas	.646

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
a 1 componente extraído

Anexo 3.6.6. Escala de Creencias hacia las Causas del Exceso de Peso en los Niños

Escala de Creencias hacia las Causas del Exceso de Peso en los Niños

	Alpha de Cronbach	0.77	0.7	0.57	0.57
	% de Varianza Explicada	53.00%	22.12%	16.76%	14.13%
	Media	4.3	4.5	4.0	4.0
	Desviación Estándar	.5	.6	.9	.8
			Alimentación	Sedentarismo	Res padres
Tienen una mala alimentación		0.734			
Los malos hábitos alimenticios adquiridos en casa		0.72			
Comen chatarra en vez de lo que uno les sirve		0.633			
El descuido de los padres al No vigilar su alimentación		0.629			
El consumo de alimentos No balanceados		0.55			
Estar mucho tiempo frente a la TV, computadora, videojuegos, etc.				0.755	
Por lo comen fuera casa(escuela, calle, etc)				0.687	
Los juegos de los niños de ahora son diferentes a los de antes(ya no se mueven)				0.638	
Que los niños comen mucho					0.771
Que los padres consientan a sus hijos dándoles lo que a ellos les gusta comer					0.666
Que los padres tienen una mala alimentación					0.479

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a: La rotación convergió en 6 iteraciones

Anexo 3.7.7. Escala de Creencias hacia el Exceso de Peso en los Niños

Escala de Creencias hacia el Sobrepeso y Obesidad infantil

	Alpha de Cronbach	0.69
	% de Varianza Explicada	52%
	Media	2.6
	Desviación Estándar	1.1
No es un problema que los niños tengan sobrepeso y obesidad pues más adelante darán el "estirón"		.779
Es mejor que los niños estén llenitos a que estén flaquitos		.765
Los niños con sobrepeso u obesidad No tendrán problemas de salud porque todavía les falta crecer		.713
Los niños son sanos a pesar de tener sobrepeso u obesidad		.635

Método de extracción: Análisis de componentes principales.1 componente extraído

Anexo 3.8.8. Escala de Creencias sobre el Exceso de Peso en Adultos

Creencias sobre las consecuencias del exceso de peso en adultos

Alpha de Cronbach	0.55
% de Varianza Explicada	64.54%
Media	13.61
Desviación Estándar	1.9
Muchas enfermedades se generan debido al sobrepeso u obesidad	.919
El sobrepeso y la obesidad afectan nuestra salud	.913
Una persona con exceso de peso es una persona enferma	.508

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a. 1 componente.

Anexo 3.9.9. Escala de Creencias sobre la Responsabilidad de Padres en Relación al Exceso de Peso en Niños

Escala de Creencias sobre la Responsabilidad de Padres en Relación al Exceso de Peso en Niños

Alpha de Cronbach	0.61
% de Varianza Explicada	57%
Media	1.6
Desviación Estándar	.8
A los papás No les importa que los niños pasan más tiempo frente a la TV	.831
Los padres prefieren que sus hijos vean TV a que salgan a jugar al aire libre	.823
Si los padres comen mucho sus hijos también	.592

Método de extracción: Análisis de componentes principales

a 1 componente extraído

Anexo 3.10.10. Escala de Autoeficacia Percibida hacia la Alimentación y el Peso

Componentes de la Escala de Autoeficacia Percibida hacia la Alimentación y el Peso

	Alpha de Cronbach	0.9	0.87	0.85	0.76	0.62
% de Varianza Explicada	61%	21.63%	16.52%	13.66%	9.20%	
Media	2.7	2.7	2.7	2.7	2.4	
Desviación Estándar	.3	.4	.4	.3	.5	
		Alimentación	Programación	Soluciones	Prohibición	
Procurar que la comida de la semana sea balanceada		0.776				
Equilibrar la alimentación de mi hijo		0.724				
Vigilar la alimentación de mi hijo		0.7				
Enseñarle a mi hijo buenos hábitos alimenticios		0.68				
Tomar las mejores decisiones respecto al cuidado del peso de mi hijo		0.632				
Hacer ejercicio con mi hijo		0.605				
Apoyar a mi hijo para que haga ejercicio		0.586				
Programar actividades para que mi hijo haga ejercicio				0.735		
Crear una serie de actividades en el parque con mi hijo				0.725		

Vigilar que mi hijo coma en sus horarios establecidos	0.692	
Establecer un horario para la alimentación de mi hijo	0.66	
Estar al pendiente del peso de mi hijo	0.511	
Evitar que mi hijo padezca sobrepeso u obesidad	0.735	
Identificar cuando mi hijo está subiendo de peso	0.686	
Solucionar el problema de peso en mi hijo	0.614	
Decidir cómo alimentar a mi hijo(a)	0.564	
Encontrar la manera de que mi hijo(a) mantenga su peso adecuado	0.527	
De que mi hijo(a) deje de ver la TV		0.81
Prohibirle a mi hijo(a) que utilice sus videojuegos		0.805
Limitar el consumo de alimentos aunque No son sanos a mi hijo(a)		0.528

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a: La rotación convergió en 10 iteraciones

Anexo 3.11.11. Escala de Actitudes hacia la Alimentación

Escala de Actitudes hacia la Alimentación

Alpha de Cronbach	0.94
% de Varianza Explicada	70.18%
Media	6.2
Desviación Estándar	1.2
Pasivo-Activo	.920
Malo-Bueno	.920
Fuerte-Débil	.907
Agradable-Desagradable	.898
Bonito-Feo	.881
Seguro-Peligroso	.845
Insoportable-Soportable	.812
Natural-Artificial	.782
Responsable-Irresponsable	.756
Sano-Enfermo	.603

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a: 1 componente extraído

Anexo 3.12.12. Escala de Actitudes hacia el Exceso de Peso para Adultos

Componentes de la Escala de Actitudes hacia el Exceso de Peso en Adultos

Alpha de Cronbach	0.83	0.87	0.65
% de Varianza Explicada	65.00%	43.31%	21.78%
Media	6.1	6.1	6
Desviación Estándar	1.1	1.1	1.4
Bonito-Feo		.884	
Seguro-Peligroso		.873	
Agradable-Desagradable		.799	
Soportable-Insoportable		.779	

Responsable-Irresponsable	.776	
Natural-Artificial	.606	
Sano-Enfermo		.771
Conocido-Desconocido		.739
Bueno-Malo		.732

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a: La rotación convergió en 3 iteraciones

Anexo 3.13.13. Escala de Actitudes hacia el Exceso de Peso en Niños

Componentes de la Escala de Actitudes hacia el Exceso de Peso en Niños

Alpha de Cronbach	0.9
% de Varianza Explicada	64.04%
Media	6.2
Desviación Estándar	1.1
Agradable-Desagradable	.915
Bonito-Feo	.898
Seguro-Peligroso	.893
Soportable-Insoporable	.791
Bueno-Malo	.786
Responsable-Irresponsable	.762
Sano-Enfermo	.741
Natural-Artificial	.557

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a: 1 componente extraído

Anexo 3.14.14. Escala de Actitudes hacia el Sobrepeso y la Obesidad

Escala de Actitudes hacia el Sobrepeso y Obesidad

Alpha de Cronbach	0.77	.72	.63	.56
% de Varianza Explicada	54%	22.94%	16.56%	14.99%
Media	4.5	4.3	4.4	4.7
Desviación Estándar	.5	.7	.8	.5
		Negativa	Significado	Importancia
El sobrepeso te hace sentir depresión	.802			
Tener obesidad es feo	.786			
Que los niños sean obesos es un descuido	.672			
Los niños obesos tienen problemas emocionales	.591			
Estar gordito causa discriminación	.533			
La obesidad es exceso de grasa			.818	
Es preocupante que los niños suban de peso			.710	
Los niños obesos sufren de bullying			.636	
Es importante mantener un peso adecuado				.800
Evitar que los niños tengan sobrepeso es importante				.721
Ser obeso a cualquier edad es malo				.577

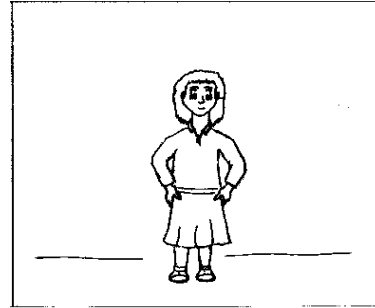
Anexo 4

Escala de Creencias hacia el Exceso de Peso

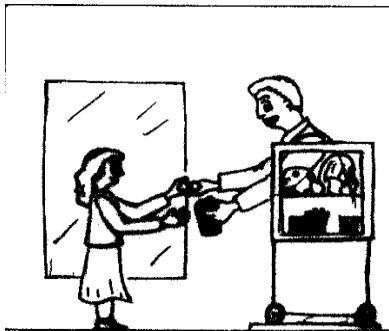
Instrucciones: Te voy a enseñar una serie de dibujos y me vas a decir que es lo que piensas.

Esta es una niña delgada y esta otra es una niña gordita:

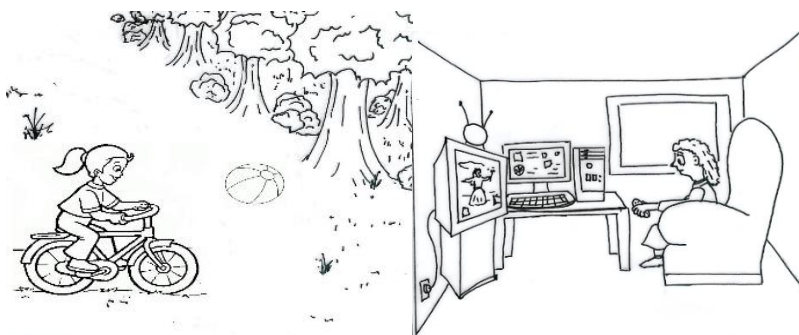
- 1.- ¿Cuál de ellas crees que va más al doctor?
- 2.- ¿Cuál es la niña más sana?
- 3.- ¿Tú crees que alguna de ellas se enferme más?
- 4.- ¿A cuál te pareces más?
- 5.- ¿Cuál te gusta más?



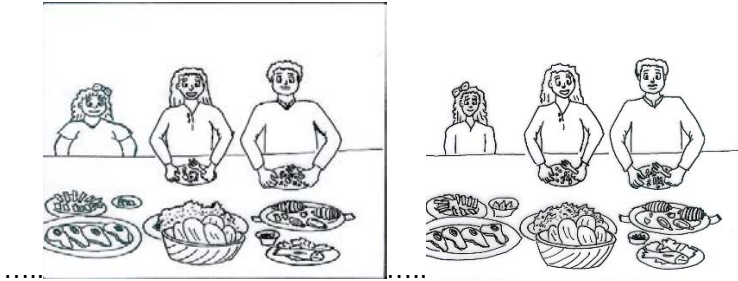
6.-A esta niña le gusta comer en la calle, ella compra papas fritas y a esta otra le gusta comer también en la calle pero ella compra un coctel de frutas, ¿Cuál de éstas niñas crees que suba de peso?



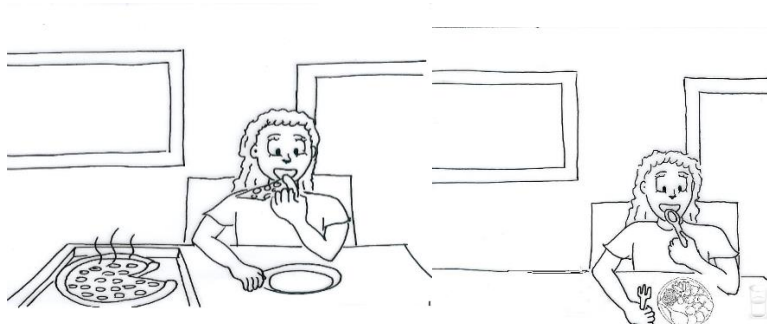
7.-Esta niña hace ejercicio, es decir juega, corre y ésta NO hace ejercicio. ¿Crees que alguna de ellas pueda subir de peso?



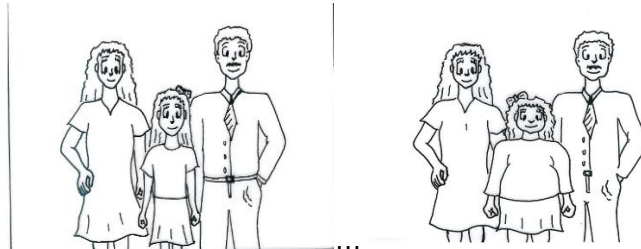
8.- Los papás que comen mucho tienen hijas gorditas ó los papás que comen mucho tienen hijas delgadas.



9.- A esta niña le gusta comer pizza y a esta le gusta comer guisado, arroz ¿Cuál de éstas niñas crees que suba de peso?



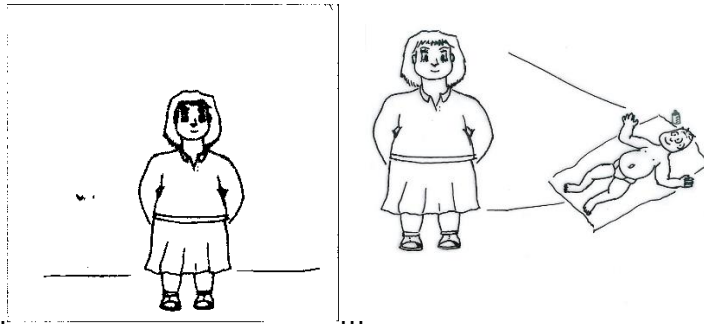
10.- Los papás que son delgados tienen hijas delgadas ó los papás que son delgados tienen hijas gorditas.



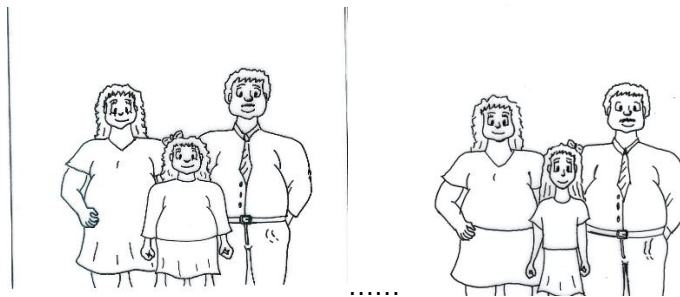
11.- A esta niña le gusta salir a jugar con sus amigos y a esta otra le gusta jugar videojuegos con su amigo ¿Cuál de éstas niñas crees que suba de peso?



12.-Las niñas son gorditas porque así les gusta ser ó las niñas son gorditas porque así nacieron.



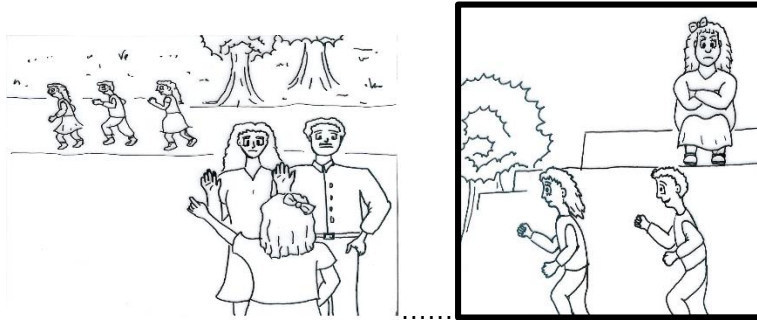
13.-Los papás que son gorditos tienen hijas gorditas ó los papás que son gorditos tienen hijas delgadas.



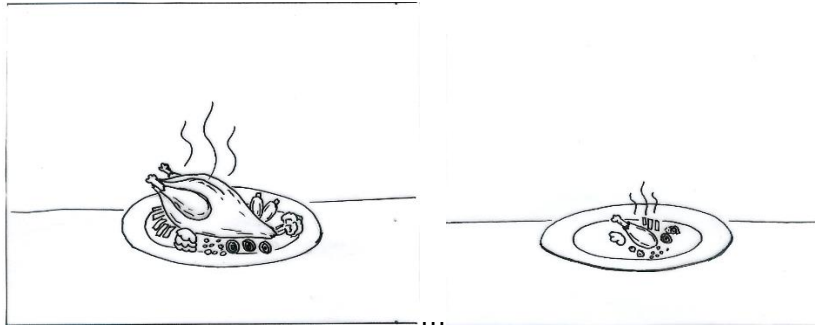
14.-Los papás que de ésta niña comen mucho y los papás de esta otra niña no comen mucho. ¿Cuál de estas niñas crees que suban de peso?



15.-Las niñas son gorditas porque los papás No las dejan hacer ejercicio ó porque no quieren hacer ejercicio.



16.-Este plato tiene mucha comida y éste tiene poca, ¿Cuál de éstos platos preferiría una niña gordita?



17.-Esta es una bebé gordita ¿Cuándo sea grande, como te imaginas que será?



Asi



18.- Esta niña toma agua simple y esta otra toma refresco, si una de estas niñas se pusiera gordita ¿Cuál sería?



Anexo 5



Anexo 6



Instrucciones: A continuación encontrará un listado de alimentos seguidos de **cinco** cuadros que representan distintas porciones, debe marcar con una **X** el cuadro que mejor indique cuánto de dicho alimento **comió su hijo(a) el día de ayer**. Conteste en todos los renglones, dando sólo una respuesta en cada renglón. Si su hijo(a) no comió ayer alguno de los alimentos marque el cero.

¿Qué cantidad de los siguientes alimentos comió su hijo(a) el día de ayer?	Porción					
	0	1	2	3	4	5
1 Frutas de estación: pera/ manzana/ naranja/ plátano/ mango/ mandarina/ tuna/ guayaba. 1 Porción igual a 1 pieza mediana o 120g	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Barbacoa/ Carnitas 1 Porción igual a 1 Taco	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Refresco 1 Porción igual a 1 vaso o 240ml	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Sopa de pasta 1 Porción igual a 1 plato mediano	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Frutas: papaya/ piña/ sandía/ melón, etc. 1 Porción igual a 1 rebanada mediana o 120g	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Pan dulce (concha, hojaldra, etc.) 1 Porción igual a 1 pieza 60g	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Azúcar/ mermelada/ miel/ cajeta, etc. 1 Porción igual a 1 cucharada sopera 10g	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Verduras: Acelgas/ Col/ flor de calabaza/ espinacas/ verdolagas, etc. 1 Porción igual plato mediano o 75g	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 7

Tengo que asegurarme que mi hijo(a):		Siempre			Nunca	
16	No coma muchas golosinas (dulces, helado, pastelitos, galletas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	No coma muchos alimentos grasosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	No coma mucho de sus alimentos favoritos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Mantengo <i>a propósito</i> algunos alimentos fuera del alcance de mi hijo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Ofrezco golosinas (dulces, helado, pastelitos, galletas) a mi hijo(a) como premio por su buena conducta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Ofrezco a mi hijo(a) su comida favorita a cambio de que se porte bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Si yo no vigilara la alimentación de mi hijo(a), él comería mucha comida chatarra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Si yo no controlara o guiara la alimentación de mi hijo(a), él(ella) comería más de las cosas que le gustan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Mi hijo(a) debe terminarse toda la comida que se le sirva en su plato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le prohíbo comer a mi hijo(a):		Siempre			Nunca	
25	Golosinas (dulces, helado, pastelitos, galletas) cuando se porta mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Comida chatarra (<i>chetos</i> , chicharrones, palomitas, papitas, etc.) cuando se porta mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Su comida favorita cuando no me obedece	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 8

Escala de Necesidad de Aprobación Social

	TD	D	N	A	TA
1. Perdono fácilmente a quienes me ofenden.					
2. He recibido cambio de más en alguna tienda y no he dicho nada.					
3. Me dejaría sobornar si el beneficio que recibiera fuera muy grande.					
4. Robaría algo si nadie me sorprendiera.					
5. Omitiría la verdad si me fuera a perjudicar.					
6. Soy amable con todas las personas, sin importar su forma de ser.					

Anexo 9

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	IMC_mamá	1										
2	IMC_niño	,162**	1									
3	Engor_Niños	-,004	0,091	1								
4	Saluda_Niños	-,066	-0,03	,461**	1							
5	Autoeficacia	-,120	,046	,106	-,010	1						
6	Acti_Alimen	-,011	-,016	,122*	,194**	,116	1					
7	Engor_Adultos	,044	,060	,421**	,204**	,130*	,133*	1				
8	Salud_Adultos	-0,11	-0,11	,214**	,525**	,103	,183**	,438**	1			
9	Acti_PesoNiños	-,010	,043	,370**	,325**	,220**	,243**	,306**	,162**	1		
10	Creen_AdulF1	,033	,111	,025	-,028	-,002	-,179**	,022	-,072	-,112	1	
11	Creen_AdulF2	-,051	,064	,166**	,124*	,157**	,017	,031	,077	,062	,322**	1
12	Creen_Niños	-,011	-,042	-,207**	-,006	-,064	-,219**	-,460**	-,196**	-,165**	,097	,053
13	Res_PaF1	,074	-,010	-,016	-,017	-,001	-,018	-,077	-,085	-,062	-,028	,052
14	Res_PaF2	,063	,011	,134*	,019	,109	-,041	,098	,021	,078	,055	,109
15	Norma_VinculoPeso	-,024	-,020	-,012	-,095	-,043	-,020	-,057	-,082	-,006	,049	,033
16	Norma_ExpertoPeso	-,031	-,044	,114	,014	,102	,041	,177**	,050	,204**	-,049	,063
17	NormEdu_Vinculo	-,026	-,014	,028	-,063	-,060	-,030	,023	-,115	-,048	,084	,039
18	Norma_EduExpertos	,002	-,030	,054	-,035	,140*	,028	,172**	,008	,193**	,000	,072
19	Caus_AdulF1	,007	,016	,310**	,133*	,234**	,166**	,409**	,231**	,364**	-,079	,084
20	Caus_AdulF2	-,068	-,030	,221**	,038	,178**	-,046	,298**	,108	,250**	,087	,218**
21	ActiD_AdF1	-,042	,070	,330**	,292**	,171**	,313**	,330**	,143*	,483**	-,068	,148*
22	ActD_AdF2	,015	-,050	,166**	,066	,063	,119*	,181**	,092	,113	-,016	,109
23	Nec_postitivo	,002	-,008	,028	,148*	,039	,070	,050	,093	,125*	,004	-,018
24	Nec_Nnegativo	0,038	,153*	-,040	-,064	-,028	-,053	-,373**	-,240**	-,222**	,076	,073
25	F1PesoPerMadre	0,081	,268**	,100	,075	,142*	,182**	,133*	,053	,266**	-,054	,099
26	F2PreocuyControl	-,007	,048	,112	,005	,185**	,087	,120*	,015	,083	,009	-,042
27	F3Monito	,001	,059	,142*	,146*	,227**	,094	,233**	,112	,153**	,017	,115*
28	F4Restriccion	-,040	,057	,117*	,069	,135*	-,059	,106	,017	-,007	,091	,142*
29	F5Presión	-,140*	-,049	-,041	-,006	,106	-,033	-,015	-,067	-,054	,127*	,217**
30	F6Responsabilidad	-,037	-,036	-,009	,040	,200**	,123*	,143*	,081	,124*	-,098	,002
31	F7PesoPercibidoH	,103	-,009	,026	,004	,074	,017	,122*	,121*	,041	,067	-,048
32	IndControl	-,024	-,005	-,034	-,052	,071	-,190**	,049	-,049	-,002	,160**	,140*
33	IndiManipul	-,016	-,030	,016	-,051	,213**	-,039	,027	-,086	-,009	,171**	,151**
34	Causas_habitos1	,033	-,026	,119*	-,003	,184**	,018	,142*	-,003	,192**	-,158**	,112
35	Causas_padres1	,050	-,070	,152**	,094	,169**	,111	,190**	,106	,341**	-,166**	-,024
36	Acti_ObesF1	,014	,048	,212**	,083	,245**	,078	,213**	,064	,166**	-,029	,204**
37	Acti_ObesiF2	-,038	,070	,113	,023	,212**	,081	,230**	,139*	,079	,014	,160**

(Continuación).

		12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
12	Creen_Niños	1															
13	Res_PaF1	-,018	1														
14	Res_PaF2	,005	,306**	1													
15	Norma_VinculoPeso	,093	-,065	,043	1												
16	Norma_ExpertoPeso	-,077	,058	,152*	,401**	1											
17	NormEdu_Vinculo	,086	-,014	,037	,738**	,291**	1										
18	Norma_EduExpertos	-,116	,078	,089	,326**	,777**	,413**	1									
19	Caus_AdulF1	-,227**	,024	,182**	-,082	,147*	-,026	,145*	1								
20	Caus_AdulF2	-,142*	,042	,203**	-,054	,191**	-,037	,190**	,529**	1							
21	ActiD_AdF1	-,155**	-,004	,078	-,068	,169**	-,070	,117	,297**	,215**	1						
22	ActiD_AdF2	-,134*	-,106	-,050	,046	,133*	,041	,078	,117	,103	,184**	1					
23	Nec_positivo	-,039	-,010	,082	,102	,158**	,047	,155*	-,071	-,059	,074	,099	1				
24	Nec_Nnegativo	,368**	,063	,163**	,040	-,018	,080	,016	-,148*	-,105	-,107	-,054	,085	1			
25	F1PesoPerMadre	-,020	-,026	-,028	,007	,109	-,047	,126*	,241**	,165**	,244**	,023	-,076	-,011	1		
26	F2PreocuyControl	-,227**	-,055	,048	,088	,170**	,077	,168**	,117*	,152**	,036	,050	,010	,008	,200**	1	
27	F3Monito	-,122*	,017	,147*	-,110	,122*	-,025	,131*	,169**	,231**	,277**	,073	,086	,020	,180**	,373**	1
28	F4Restriccion	,002	,035	,145*	,074	,116	,140*	,121*	-,059	,092	,071	,089	,049	,031	,037	,374**	,310**
29	F5Presión	,063	-,002	,113	,129*	,056	,192**	,080	,004	,114	-,119*	,007	,069	,043	-,038	,222**	,184**
30	F6Responsabilidad	-,191**	-,055	-,049	-,035	,106	-,002	,175**	,159**	,124*	,044	,083	-,001	-,201**	,133*	,173**	,199**
31	F7PesoPercibidoH	-,023	-,034	-,014	-,043	,047	-,050	,035	,123*	,040	,122*	-,030	-,166**	-,101	,226**	,174**	,049
32	IndControl	,169**	,011	,092	,097	,000	,126*	,013	-,050	,093	-,021	-,016	-,087	-,042	-,002	,001	,015
33	IndManipul	,021	,085	,076	,106	-,003	,135*	,054	-,013	,104	-,021	,081	,026	,043	,059	,355**	,153**
34	Causas_habitos1	-,059	,272**	,332**	,006	,172**	,010	,095	,166**	,220**	,217**	-,040	,032	-,110	,095	,100	,233**
35	Causas_padres1	-,201**	,185**	,281**	,059	,191**	-,003	,179**	,365**	,308**	,199**	-,006	,002	-,110	,164**	,065	,147*
36	Acti_ObesF1	-,314**	,030	,141*	-,059	,053	-,022	,132*	,266**	,262**	,115	,114	,061	-,122*	,004	,168**	,130*
37	Acti_ObesiF2	-,221**	,028	,163**	-,030	,027	-,081	,005	,249**	,296**	,047	,052	-,066	-,158**	-,053	,156**	,101

(Continuación).

		28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
28	F4Restriccion	1									
29	F5Presión	,357**	1								
30	F6Responsabilidad	,017	,076	1							
31	F7PesoPercibidoH	,083	-,061	,062	1						
32	IndControl	,317**	,312**	-,057	,096	1					
33	IndiManipul	,383**	,431**	,017	-,045	,297**	1				
34	Causas_habitos1	,142*	,212**	,054	,025	,174**	,142*	1			
35	Causas_padres1	,033	,005	,085	,094	,102	,058	,428**	1		
36	Acti_ObesF1	,142*	,145*	,176**	-,064	,017	,163**	,159**	,127*	1	
37	Acti_ObesiF2	,086	,105	,191**	,070	,050	,115	,138*	,077	,603**	1

Anexo 10

Leguminosas y alimentos de origen animal	Grasas	Frutas y verduras	Cereales y tubérculos	Azúcares
Leche Queso oaxaca Queso manchego o chihuahua Yogurt Queso fresco o cottage Frijoles Chicharos Lentejas o garbanzos Huevos Pollo Jamón Carne de res Carne de cerdo Pescados o mariscos Salchicha Hígados de res o de pollo Chorizo o longaniza Carnitas Barbacoa Tacos Sopes o quesadillas Hamburguesas Hot dogs Sándwiches Tortas	Queso crema Margarina Mantequilla Aguacate Chicharrón De cerdo Chocolates	Plátano Naranja Melón Manzana Sandía Piña Papaya Pera Mango Mandarina Fresas Durazno y/o chabacano Uvas Tuna Ciruelas Mamey Jitomate en salsa o guisado Jitomate crudo Zanahorias Lechuga Espinacas Calabazas o chayotes Nopales Flor de calabaza Coliflor Brócoli Ejotes Elote Salsa o chile	Papa o camote Pizzas Tortillas Tamales Pan bimbo Bolillos o teleras Pan dulce Arroz Sopa de pasta Avena Hot cakes Pan francés Atole Pasteles Frituras Helado Gansitos, submarinos, etc. Galletas Palomitas de maíz	Refrescos de cola Frutsi o boing Ate, miel mermelada, cajeta o leche condensada