



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“Adquisición de hábitos en la conducta alimentaria
(Intervención psicoeducativa para la prevención de la obesidad
infantil)”**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

**Nancy Ruth Borja Carranza
Jorge Omar Cano Aguilar**

Director: Dr. Omar Moreno Almazán

Dictaminadores: Mtra. Juana Ávila Aguilar

Lic. Yanely Carrizosa Legorreta



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 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

Por: Nancy

A mis padres, por siempre creer en mí, por sacarme adelante y apoyarme hasta el final, por ser siempre mi mayor ejemplo de vida, a mi hermano, por ser quién día a día me inspira a seguir superándome y por estar siempre a mi lado.

A ti L.B.M. que desde dónde te encuentres sé que serás el más orgulloso de este logro. A cada uno de los profesores que hicieron posible llegar a este momento; que me encaminaron a ser lo que soy.

A Omar, por cada uno de sus consejos, por el apoyo incondicional y por impulsarme a seguir mis sueños.

Por: Omar

Quiero brindar este espacio para agradecer a mis padres por ser un ejemplo a seguir y ser el pilar fundamental en la familia, ellos han formado mi ser, es por eso que su esencia se encuentra en la mía; además de que sin su apoyo incondicional esto no sería posible. También agradezco a mis hermanos que siempre han estado conmigo en las buenas y en las malas.

Así mismo quiero agradecer a Nancy por formar parte de mi vida, sueños, pensamientos y brindarme su apoyo incondicional.

“Los sueños son como el polvo de estrella; porque sin el polvo de estrella el universo no sería universo; mientras que sin los sueños la vida no sería vida”

Nancy Borja y Omar Cano

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
1. SALUD	4
1.1 Psicología aplicada al ámbito de la salud y la nutrición	6
1.2 funciones que desempeña el psicólogo de la salud	12
1.3 La Intervención psicoeducativa	16
1.4 Modelo de la salud Información-Motivación-Habilidades conductuales	18
2. SOBREPESO Y OBESIDAD	21
2.1. Estadística de sobrepeso y obesidad infantil en México	24
2.2. Consecuencias de la obesidad infantil	25
2.3. Factores de riesgo	28
3. LA INFLUENCIA FAMILIAR EN LOS HÁBITOS ALIMENTICIOS	35
3.1 Otros factores que influyen en los hábitos de alimentación familiar	41
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	48
4.1. Metodología	49
4.2. Procedimiento	53
5. RESULTADOS	56
6. CONCLUSIONES	67
BIBLIOGRAFÍA	71
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

En los últimos años el sobrepeso y la obesidad se han convertido en un serio problema a nivel nacional y mundial, por lo tanto, en México ya es un problema de salud pública que afecta a adultos mayores, adultos, adolescentes y a niños, esta enfermedad crónica no solo consiste en almacenar la energía (calorías), es decir, rebasar el peso ideal que establece nuestro Índice de Masa Corporal (IMC), sino que aumenta la probabilidad de generar otras enfermedades como diabetes, paro cardíacos, problemas respiratorios, etc., además que afectan la calidad de vida de las personas. De esta manera, la Asociación de Medicina Interna en México (2000) y Calero (2005) mencionan que la obesidad se encuentra entre las cinco primeras causas de muerte en el país, lo que representa un grave problema de salud pública para México

En 1974 la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone una definición de salud donde no solo se contempla la ausencia de las dolencias o enfermedades, si no que engloba un balance entre bienestar físico, mental y social; suele utilizarse el término de bienestar para referirse a este óptimo estado de salud. (Brannon y Feist, 2001; Roales, 2004; Oblitas, 2006; Taylor, 2007). Es por eso que en la actualidad se ha producido un cambio radical en la concepción de la salud y de la enfermedad. Por lo tanto el paradigma actual en este campo señala que la calidad del bienestar psicológico y físico depende, principalmente, de nuestros hábitos de vida (Becoña, et. al., 2000 citado en Oblitas, 2009).

Por lo tanto, un hábito se puede concebir como una manera de ser estable y duradera; como una disposición, forma de comportarse o de actuar que es adquirida mediante el aprendizaje y también como la facilidad adquirida por una constante práctica (De la Torre, et. al., 2008); debido a esto, establecer hábitos adecuados es de suma importancia, y sobre todo en hábitos alimenticios y actividad física, porque de lo contrario se puede ver reflejado en problemas de salud física, psicológica y social, como es el caso de la obesidad.

Hay que tomar en cuenta que los hábitos se establecen dentro del hogar, lo ideal es que se adquieran desde la primera infancia, se asume que la falta de ellos ocasiona desfases en la salud; por tanto, se observa la importancia de que los padres adquieran herramientas

que faciliten la ejecución de acciones, para construir conocimientos y promuevan habilidades que les permitan tener hábitos alimenticios saludables (Valles, 2010).

De esta manera, la finalidad del presente trabajo fue de investigación por tanto se pretendió *describir y analizar los procesos de adquisición de hábitos alimenticios para la prevención de la obesidad infantil dirigida a cuatro madres de familia del Jardín de Niños “Luis Nishizawa”* y la realización de una intervención psicoeducativa, ya que se procuró *que las madres de familia adquirieran herramientas para integrar hábitos alimenticios dentro del hogar.*

Para lograr lo anterior, se desarrolló un proceso psicoeducativo dividido en fases; en la fase A se aplicó un cuestionario que recaba frecuencias de hábitos alimenticios familiares, posteriormente en la fase B se inicia la intervención psicoeducativa que consiste en 6 sesiones donde se emplea el modelo psicológico de la salud propuesto por Fisher y Fisher (1992) Información-Motivación-Habilidades conductuales (IMHB por sus siglas en inglés); esta fase fue evaluada a través de una bitácora y con la elaboración de un tríptico.

Referente a la estructura del trabajo en el primer capítulo se definirá el concepto de salud, así mismo se hará mención de en qué consiste la psicología aplicada al ámbito de la salud y la nutrición, además de las funciones del psicólogo dentro de estas áreas, también se abarcará la intervención psicoeducativa y el modelo Información-Motivación-Habilidades conductuales. En el capítulo 2 se abordaremos el tema del sobre peso y la obesidad, las consecuencias de la obesidad infantil y los factores que probabilizan que aparezca. Por su parte el capítulo 3 nos hablará de la influencia familiar en los hábitos alimenticios. Posteriormente se realizará el planteamiento del problema, la metodología, resultados y finalizaremos con las conclusiones.

1.- SALUD

Para poder hablar de psicología aplicada al campo de la Salud y la nutrición, es necesario tener definido qué se entiende por salud, de esta manera Marks; Murray; Brian, (2008), establecen que la palabra inglesa health (salud) se deriva de las palabras del alemán antiguo y del anglosajón que significa “todo” (whole), “fuerte” (hale) y “sagrado” (holy). Es por eso que histórica y culturalmente existen fuertes asociaciones con conceptos como: vitalidad, bondad, sanidad, higiene, limpieza, salubridad, cordura, santidad y divinidad. Así mismo, se establecen asociaciones igualmente fuertes entre los conceptos de enfermedad, desorden, desintegración, suciedad, insalubridad, locura, maldad, perversidad, espíritus malignos y satanás. El énfasis en la salud como vitalidad y naturalidad estaba presente en la antigua China y la Grecia clásica, en donde la salud era vista como un estado de armonía, balance o equilibrio con la naturaleza. Hasta hoy, es posible encontrar estas creencias en muchos sistemas de curación.

Sin embargo, en 1974 la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone una definición donde no solo se contempla la ausencia de las dolencias o enfermedades, sino que engloba un balance entre bienestar físico, mental y social; suele utilizarse el término de bienestar para referirse a este óptimo estado de salud (Brannon y Feist, 2001; Roales, 2004; Oblitas, 2006; Taylor, 2007).

De esta manera la salud, entendida en sentido amplio como el bienestar biopsicosocial, es decir, no es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo; según Brenner y Wruber (1989) citado en Oblitas (2009) el bienestar, como sentimiento subjetivo, es el resultado de experimentar salud o autopercepción que nuestro organismo funciona de manera congruente e integrada. También podemos entender a la salud como un estado de bienestar con atributos físicos, culturales, psicosociales, económicos y espirituales; por lo tanto el ideal es que la gente tenga control sobre su salud para tener un bienestar, ya que el individuo o el grupo debe ser capaz de identificar y llevar a cabo sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o enfrentar el entorno.

Además en el concepto de salud, están implicadas las distintas partes de nuestro sistema o constructo que está relacionado con la interconexión e integración de múltiples niveles. De esta manera George Stone (1987) indica que las definiciones de salud pertenecen a dos categorías distintas, la primera que considera a la salud como un estado ideal, es decir, que cualquier enfermedad o daño es una desviación de la buena salud y que su estado ideal puede restaurarse eliminando la enfermedad; mientras que la segunda definición habla de salud como un movimiento en una dirección positiva debido a que es multidimensional, todos los aspectos de la vida biológicos, psicológicos y sociales deben ser tomados en cuenta. Por lo tanto, Green y Green (1979) mencionan que existe un principio psicofisiológico y este indica que cada cambio en el estado fisiológico es acompañado por un cambio en el estado mental-emocional, consciente o inconsciente; e inversamente, cada cambio en el estado mental-emocional, consciente o inconsciente es acompañado por un cambio en el estado fisiológico (citados en Brannon y Feist, 2001).

De esta manera las creencias, actitudes, hábitos cotidianos, en definitiva nuestro comportamiento constituyen aspectos centrales de esta problemática humana. Es por eso que las conductas saludables implican acciones cognitivo-emocionales orientadas a manejar adaptativamente el estrés cotidiano, incluyen, entre otras una alimentación basada en nutrientes naturales y equilibrada en sus componentes; contacto con la naturaleza; beber alcohol moderadamente o no hacerlo; ejercicio físico regular; respirar aire oxigenado, es decir, evitar ambientes contaminados; dormir 7-8 horas diarias; realizar controles médicos preventivos, cumplir con las preinscripciones médicas, etc. (Oblitas, 2009).

1.1 Psicología aplicada al ámbito de la salud y la nutrición

Como área identificable, la psicología de la salud recibió su sustento en 1973, cuando el Gabinete de Asuntos Científicos de la Asociación Psicológica Americana (APA), convocó un grupo de estudios para analizar el potencial del papel de la psicología en la investigación sanitaria. Tres años más tarde, este grupo de estudio reportó que había muy pocos psicólogos implicados en la investigación sanitaria y que aquellas investigaciones que eran dirigidas por psicólogos en el área de la salud a veces ni eran reportadas en publicaciones sobre psicología. Lo anterior llevó a que en 1978 la APA creara la división 38, dedicada a la psicología de la salud, como una organización científica, educativa y profesional para aquellos psicólogos que estén interesados en determinadas áreas o bien estén trabajando dentro de ellas situadas en todo aquello que conecta a la medicina y a la psicología; en 1979 publica su primer manual y en 1982 aparece su revista (Amigo; Fernández; Pérez, 1998; Brannon y Feist, 2001; Oblitas, 2009).

Lo antes mencionado coincide con lo que menciona Amigo, et. al. (1998), Taylor (2007) y Oblitas (2009) la psicología de la salud surge en un contexto interesado por un modelo holístico, esto favoreció a la psicología para ser considerada como una profesión sanitaria al reconocerse que la conducta del ser humano puede ser crucial, tanto en el mantenimiento de la salud como en el origen y evolución de la enfermedad. Las causas principales que hicieron emerger a la psicología de la salud son:

- 1.- El cambio de la preocupación sanitaria que se ha desplazado, en una medida importante, desde las enfermedades infecciosas (que hoy se encuentran en general, bastante bien controladas a través de los antibióticos) hasta los trastornos de carácter crónico de etiología pluricausal que están ligados al estilo de vida de las sociedades industrializadas; en definitiva producto de hábitos poco saludables o insanos que, actuando sinérgicamente, facilitan la aparición de la enfermedad.
- 2.- Este tipo de enfermedades crónicas, con las cuales el paciente tiene que convivir durante muchos años, suele conllevar una serie de cambios importantes en la calidad y estilo de vida de las personas. Lo que ha llevado a los psicólogos de la salud a

desarrollar una variedad de intervenciones a corto plazo en el comportamiento de las personas para atacar una gran variedad de problemas relacionados con la salud.

3.- El modelo médico de la enfermedad entiende a la enfermedad en términos de desorden biológicos o imbalances químicos y, en definitiva, asume el dualismo mente-cuerpo, entendiendo que el cuerpo y la mente son dos unidades separadas, sin embargo esta perspectiva es insuficiente para entender así como para tratar los problemas de salud crónicos que han emergido con fuerza a lo largo del siglo XX.

Pero el primer intento de definición formal de la psicología de la salud parece deberse a Matarazzo (1980), quien indica que es el conjunto de contribuciones educativas y científicas de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas. Esta definición acabó por convertirse en la definición "oficial", de la División de la Psicología de la Salud de la *American Psychological Association* (APA), ya que en su reunión anual 1980, fue adoptada como tal con muy pocos cambios (citado en Amigo et. al., 1998; Núñez, et. al. 2010).

Por lo tanto, el rápido crecimiento de la psicología de la salud puede atribuirse a que en los años setenta y ochenta hubo una creciente consciencia de las vastas cantidades de enfermedad y mortalidad determinadas por la conducta, la investigación epidemiológica sugiere que todas las causas principales de muerte en las sociedades occidentales son conductuales. Esto significa que muchas muertes pueden evitarse potencialmente si se encuentran intervenciones efectivas (Marks et. al., 2008).

De esta manera, la psicología de la salud está dentro del campo de la psicología porque aplica principios, técnicas y conocimientos científicos desarrollados para la prevención, identificación de factores de riesgo, evolución, diagnóstico, determinación del tratamiento y/o modificación de los procesos de salud y enfermedad; así como mejorar el sistema sanitario y crear un estado de opinión pública en relación con la salud (Oblitas, 2006; Brannon y Feist, 2001).

Respecto a la psicología aplicada a la nutrición se ha encontrado que la alimentación y la nutrición, son determinantes en el desarrollo biológico de los humanos, sin embargo se ha demostrado que también influyen en el desarrollo psíquico y social de las personas; debido a que están presentes desde la propia formación del feto, en los primeros años de vida con la práctica de la lactancia materna, en su ingreso a la escuela, así como en la controvertida adolescencia y durante el resto de su existencia. Lo que contribuye al desarrollo de la personalidad, así como del comportamiento humano (Fuillerat, 2004).

Así, la divulgación del conocimiento sobre una adecuada nutrición suelen basarse en el consejo dietético individualizado o grupal, la difusión de trípticos, elaboración de guías de nutrición, la propuesta de juegos y materiales didácticos diversos, a lo que se suman, conferencias y publicaciones de carácter divulgativo, con la esperanza de que el conocimiento sobre lo que beneficia o perjudica la salud, induzca los cambios correspondientes en el comportamiento alimentario de las personas (Buceta, et. al., 2001).

Asimismo indican que la intervención psicológica en la conducta alimentaria habitual tiene como meta fundamental el desarrollo del autocontrol del usuario, que constituye el eje en el que se articula el aprendizaje de diferentes recursos que le ayuden a afrontar y resolver los problemas que puedan obstaculizar el logro de sus objetivos; por lo tanto, la modificación de la conducta habitual constituye una línea de trabajo que, dentro del contexto de la prevención, se dirige a evitar la aparición de las alteraciones más graves, constituyendo, además, al aumento de la salud y del bienestar de las personas; en esta línea, la parcela del comportamiento alimentario ofrece una perspectiva sumamente interesante para el profesional de la psicología.

Igualmente, refieren que el psicólogo para poder desempeñar estas funciones necesitará completar su formación, incorporando a sus conocimientos los relativos a la composición de la dieta tanto en términos generales, como en relación con casos más específicos (niños, deportistas, embarazadas, ancianos, etc.); aunque no se precise una cualificación de alto nivel en cuestiones de nutrición, parece indispensable el dominio de los conceptos básicos obtenidos de fuentes solventes. Además es muy probable que el psicólogo tenga que integrar su trabajo con el de otros profesionales, o contar con la colaboración de personas cercanas al usuario (padres, amigos, compañeros de escuela o

trabajo, entre otros), que desempeñen ciertos cometidos psicológicos relevantes, de forma complementaria a los que le competen a él; también le compete delimitar de forma clara el ámbito de actuación, así como las técnicas y estrategias correspondientes a cada una de estas personas.

Fuillerat (2004) hace un análisis de la estrecha relación que puede existir entre la Psicología de la Salud y la Clínica de la Nutrición. La importancia de la alimentación y de la nutrición en el proceso de formación de la personalidad, o viceversa, si el proceso de formación de la personalidad, determina en la creación de los conocimientos, hábitos y actitudes alimentarios y nutricionales en los humanos, así como su influencia en el desarrollo de los procesos psíquicos fundamentales y por último, cual es la estrecha relación que puede existir entre la psicología y la nutrición en el desarrollo ontogenético durante la edad infanto-juvenil.

Analizó varios artículos donde se exponen los resultados obtenidos en diversos estudios como los desarrollados dentro de un Servicio de Nutrición Clínica, sobre reinducción de la lactancia materna en niños menores de cuatro meses con desnutrición proteica energética, así como otras etapas de las edades infanto-juvenil, obesos y otras enfermedades crónicas y genéticas relacionadas con la alimentación y la nutrición (diabetes, fenilcetonuria, hiperamonemia, homocistinuria y fibrosis quística), en los que se fundamentan la estrecha relación entre la Psicología y la Nutrición, a partir de tratamientos psicoterapéuticos y educativos, basados en la aplicación de la psicología Clínica en la prevención, promoción y tratamiento de las alteraciones nutricionales, y de otras enfermedades crónicas y genéticas relacionadas con la alimentación y la nutrición. Se establecen aspectos relacionados con la caracterización psicológica, social y de la personalidad en formación, de estos enfermos y su entorno socio-familiar.

Finalmente concluyó que los conocimientos, hábitos y actitudes alimentarios se forman desde las más tempranas etapas de la vida y están estrechamente relacionados con el desarrollo psicomotor en las primeras etapas de la vida y en el proceso de desarrollo y conformación de la futura personalidad. Existe una estrecha relación entre la psicología y la nutrición, y por ende, entre una mala nutrición, sea por defecto o por exceso, con las alteraciones y enfermedades psicológicas. El Psicólogo, como profesional de la salud,

puede desempeñar funciones determinantes, no solo en la Clínica de la Nutrición, sino también en el orden de la Prevención y de la Promoción de la Salud y de la alimentación y la Nutrición, como parte importante dentro de la estabilidad del proceso de salud-enfermedad, a partir del logro del estado de salud.

Otro estudio realizado con la psicología y la nutrición fue el que realizaron Vera; Mejía; Saucedo; Palacios, (1990) donde estudiaron 2 grupos de niños residentes en zonas urbanas marginadas de Hermosillo, Sonora, con edades de 4 y 6 años de edad, cursando el tercer grado de educación preescolar que tuvieran bajo y adecuado rendimiento escolar, con el fin de determinar sus características psicológicas, nutricionales, socioeconómicas y de relación familiar, asociados con el bajo rendimiento académico.

Los niños fueron sometidos a pruebas psicológicas estandarizadas y evaluados desde el punto de vista dietético, antropométrico, bioquímico-nutricional, social, económico y de relación de familia. Se encontró que el aprovechamiento escolar no depende exclusivamente de su ejecución en pruebas psicológicas (cociente intelectual ejecución motora y lingüística) sino que también de otros factores micro ambientales. De esta manera las características de los niños con bajo rendimiento fueron: ingestas sub-óptimas de energía, desnutrición leve o moderada, provenían de familias numerosas, vivían bajo condiciones de mayor hacinamiento y recibían un menor grado de estimulación familiar. Por lo que concluyeron que una nutrición inadecuada y un micro-ambiente social y familiar desfavorable (principalmente su grado de estimulación) constituyen factores muy importantes que se relacionan con el pobre rendimiento académico.

Como se puede ver la divulgación del conocimiento forma parte de una atención primaria que se enfoca en la prevención o mejorar del bienestar individual o social, pero no siempre se logra una intervención oportuna para evitar que aparezca la deficiencia en la salud. Por lo tanto, médicos y psicólogos pretenden saber el comportamiento de las enfermedades, determinar un diagnóstico y un tratamiento (Vázquez y López, 2001).

Lo anterior conlleva a que la intervención psicológica de la conducta alimentaria habitual no sea una tarea sencilla, especialmente en personas sanas, porque consiste en que estas tienen que percatarse en que su forma de comer puede suponer un riesgo para su salud

en el futuro, y que introducir algunos cambios en sus conductas habituales es una forma eficaz de prevenir ciertos trastornos orgánicos, aumentar la salud y el bienestar (Buceta, et. al., 2001).

Con lo anterior se hace énfasis de que la psicología aplicada al ámbito de la salud y nutrición está dedicada a el análisis de los comportamientos y los estilos de vida individuales que afecta a la salud de las personas, es decir, por qué se enferman, cómo responden cuando se enferman; además de estudiar estos tópicos promueve intervenciones con el fin de ayudar a las personas a estar saludables o para reponerse de las enfermedades, es por ello, que se preocupa de todos los aspectos de salud y enfermedad a lo largo del ciclo de vital. Esto se logra con técnicas para modificar comportamientos implicados en la aparición de enfermedades crónicas; así mismo utilizan sus habilidades para reducir el estrés, aumentar el grado de cumplimiento de las prescripciones médicas y ayudar a los pacientes, así como a miembros de su familia para convivir con sus enfermedades (Taylor, 2007; Marks et. al., 2008; Brannon y Feist, 2001).

Algunos de los temas propios de la psicología enfocada a la salud y nutrición son: la forma en que las emociones y las actitudes se relacionan con los procesos de salud y de enfermedad; factores conductuales de riesgo que se pueden identificar para ciertas enfermedades; identificación de acciones cognitivas y de comportamiento para afrontar eficazmente situaciones estresantes de la vida cotidiana; aprender a convivir con una enfermedad crónica o con un enfermo crónico; aprender a adaptarse a las exigencias inherentes de cada etapa de la vida; afrontar el envejecimiento biológico, etc. (Oblitas, 2009).

Sin embargo no hay que olvidar que este campo de la psicología también se nutre de aportes de muchas disciplinas; de hecho, la mayor parte de los psicólogos de la salud trabajan en equipos multidisciplinarios, con médicos, demógrafos, antropólogos y expertos en política social (Oblitas, op. cit.).

Pero hay que saber dónde empieza y dónde termina la psicología para no interferir en el área de otras disciplinas, es por eso Marks et. al. (2008), mencionan que la teoría en la

psicología de la salud consiste en tres grandes tipos que varían según su nivel de generalidad, estos son:

- Marco de referencia: se refieren a un sistema completo de pensamiento sobre un campo de investigación teniendo como característica la flexibilidad y su objetivo que su aplicación sea general.
- Teoría: proporciona descripciones explicativas teniendo como propósito cumplir los criterios específicos de predicción exacta y verificabilidad.
- Modelo: propone el nivel de influencia que puede ser causal, de asociación o correlacional, pero también sugiere que el respaldo social recibe la influencia de la superstición y de la ira.

Entre las aplicaciones de la Psicología de la salud destacan el tratamiento de enfermedades crónico-degenerativas o la rehabilitación; respecto a las enfermedades crónicas pueden tener muchas causas, nadie niega seriamente el hecho de que el comportamiento y el estilo de vida individual están fuertemente implicados en su desarrollo. Puesto que la mayor parte de las enfermedades crónicas proceden, al menos parcialmente, del comportamiento individual. Es por eso que la psicología es la ciencia que se encarga de estudiar el comportamiento, se ha visto implicada en los temas relacionados con la sanidad (Oblitas, 2006; Brannon y Feist, 2001).

De esta manera entenderemos a las enfermedades crónicas, las cuales son definidas por el Center for Disease Control (CDC), como enfermedades de etiología incierta, habitualmente multicausal, con largos períodos de incubación o latencia; largos períodos subclínicos, con prolongado curso clínico, con frecuencia episódico; sin tratamiento específico y sin resolución espontánea en el tiempo (Sánchez, Villarreal y Musitu, 2010).

1.2 Funciones que desempeña el psicólogo de la salud

Como se mencionó en el apartado anterior la Psicología es partícipe del ámbito de la salud porque los psicólogos se enfocan en la promoción y mantenimiento de la misma, la cual incluye aspectos como qué hacer para que los niños desarrollen buenos hábitos de

salud, promoción de la práctica regular de algún tipo de ejercicio o deporte, también estudian los aspectos psicológicos de la prevención y tratamiento de enfermedad.

Así mismo, se enfocan en la etiología (orígenes o causas) de las enfermedades, interesándose en los componentes conductuales y sociales que contribuyen a la salud, la enfermedad, disfuncionalidad y su correlación entre ellas (Taylor, 2007). Otros aspectos en los que interviene son prevención de enfermedades, evaluación, mejoramiento del sistema sanitario, promoción de estilos de vida saludables, tratamiento de enfermedades crónico degenerativas; de esta manera el trabajo del psicólogo consiste en fomentar comportamientos saludables, como hacer ejercicio físico, una nutrición adecuada, o adherencia terapéutica, además de que promueve la evitación de comportamientos de riesgo como el alcoholismo, drogadicción, tabaquismo y relaciones sexuales sin protección (Oblitas, 2006).

Debemos destacar que el psicólogo que trabaje en la modificación de conductas habituales habrá de tener en cuenta que se encuentra en el territorio ocupado por otros profesionales de la salud con lo que posiblemente tendrá que tener relaciones laborales. Por lo tanto, una de sus tareas consiste en asesorar o entrenar algunas de estas personas, así como participar en el diseño de programas de prevención. Sin embargo el psicólogo deberá delimitar sus propios cometidos de los del resto de los profesionales, ya que, aunque también estos aplican algunas estrategias psicológicas, podrá ser necesario entrenarlos adecuadamente para que puedan actuar de forma eficiente (Buceta, et. al., 2001; Taylor, 2007).

De tal forma, Rodríguez (2011), menciona que el psicólogo como terapeuta se encarga:

- 1.- Auspiciar: consiste en crear las condiciones necesarias para que una interacción entre ciertas personas se dé, sin formar parte directa de ella.
- 2.- Informar: consiste en referir acerca de las circunstancias, factores y aspectos que se relacionan con que una interacción tenga o no lugar.
- 3.- Regular: establecer los momentos y factores morfológicos de la conducta que deben implicarse en ciertas formas de comportamientos.

- 4.- Instigar: persuadir al usuario para comportarse de cierta manera.
- 5.-Entrenar: ejercitar al usuario en las conductas específicas a emitir.
- 6.- Instruir: referir el tipo de comportamiento específico que requiere una interacción particular.
- 7.- Participar: formar parte de una interacción.

La psicología del presente se orienta a mejorar la calidad de vida de las personas, a través de programas preventivos que favorezcan el autocontrol y la autorregulación física y psicológica, además de planificar acciones que intentan modificar la probabilidad de ocurrencia de procesos mórbidos. Es por eso que un psicólogo de la salud puede enseñar a las personas que desempeñan actividades que involucran alto grado de estrés, a manejarlo de forma productiva y efectiva con la finalidad de evitar un efecto adverso en la salud, así mismo puede trabajar con personas que se encuentran enfermas para ayudarles a ajustarse de forma más funcional a su padecimiento o para aprender a seguir el régimen del tratamiento.

Oblitas (2006), establece que la faceta de investigación es la actividad preponderante entre los profesionales de la psicología de la salud. La investigación en esta área se orienta a cuestiones que atañen el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad. Posteriormente, los conocimientos aportados por la investigación serán el sustento de las aplicaciones en la clínica y en otros marcos de aplicación.

Respecto al tratamiento, los psicólogos de la salud han desarrollado nuevas estrategias de afrontamiento al dolor (Melzack y Wall, 1982; Turk, Meichenbaum y Genest, 1983. Citados en Oblitas, 2006). También han desarrollado nuevas técnicas para tratar distintas enfermedades: por ejemplo, para el asma (Creer, 1982. Citados en Oblitas, op. cit.), trastornos gastrointestinales (Whitehead y Bosmajian, 1982. Citados en Oblitas, op. cit.), hipertensión (Shapiro y Goldstein, 1982. Citado en Oblitas, op. cit.), entre otros padecimientos. Igualmente, dichos profesionales se han interesado por la evaluación de la efectividad de diferentes estrategias de tratamiento (Prokop y Bradley, 1981. Citado en Oblitas, op. cit.).

Una línea de investigación importante, dentro de la psicología de la salud, ha sido aquella que ha estudiado los factores asociados al desarrollo de la enfermedad: los asuntos más estudiados han sido el modo en cómo los sujetos afrontan el estrés (Labrador, 1992; Labrador y Crespo, 1995. Citado en Oblitas, 2006) y cómo las relaciones interpersonales afectan a nuestra salud (por ejemplo, Wallston, cols., 1983; Wilcox, Kasl y Berkman, 1994. Citado en Oblitas, op. cit.).

Los psicólogos de la salud tampoco han descuidado las cuestiones relacionadas con el sistema de cuidados de la salud y la política de la salud. En este punto se incluyen trabajos tales como los efectos de la hospitalización (Raps, Peterson, Jonas y Seligman, 1982. Citado en Oblitas, op. cit.), el impacto del cuidado del personal de enfermería (Timko y Moos, 1989. Citado en Oblitas, op. cit.), etcétera. Los descubrimientos hechos en las distintas investigaciones posteriormente se aplican a la prevención y el tratamiento de la enfermedad. Así se han hecho programas para la prevención del tabaquismo (Hirschman y Leventhal, 1989. Citado en Oblitas, op. cit.), para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria (Schlesier-Stropp; 1984. Citado en Oblitas, op. cit), programas para el manejo del estrés (Meichenbaum y Jaremko, 1983. Citado en Oblitas, op. cit.), problemas cardiovasculares (Amigo, Buceta, Becoña y Bueno, 1991. Citado en Oblitas, op. cit.), asma bronquial (Vázquez y Buceta, 1995. Citado en Oblitas, op. cit.).

De esta manera, Osorio, (1997. Citado en Oblitas, 2009) nos dice que este nuevo profesional, que utiliza los principios de la ciencia psicológica para prevenir enfermedades físicas o tratarlas cuando ya se han presentado, tiene una serie de áreas de actividad, entre las cuales destacan las siguientes:

1. Prevención primaria, secundaria y terciaria.
2. Educación a otros profesionales de la salud: médicos, enfermeros, odontólogos, nutriólogos, terapeutas físicos, fonoaudiólogos, etcétera.
3. Participación en el Sistema Nacional de Salud.
4. Investigación científica, tanto básica como aplicada.
5. Evaluación, intervención y consultoría.

Se señala que también existen los psicólogos de la salud infantil quienes son los encargados de atender a la población de niños/as quienes al igual que los adultos necesitan de una atención especializada que se adapte las necesidades propias de su período. Dentro de los roles y funciones de los psicólogos de la salud infantil se encuentran los siguientes:

- a) Como un consultor especialista; es decir, este papel consiste en distribuir junto con el pediatra el manejo del caso.
- b) Elaborar y aplicar pruebas diagnóstico
- c) Trabajar con problemas incipientes seleccionados por personal médico.
- d) Destacar los elementos psicológicos en problemas
- e) En la investigación, donde el psicólogo se dedica a aplicar los diferentes principios de la psicología a múltiples enfermedades en distintos ámbitos y circunstancias diversas para, primero, producir datos o nuevas preguntas que puedan retroalimentar la teoría y, segundo, mejorar la calidad de vida del paciente tanto en los ámbitos institucionales (hospitales, clínicas, centros de desarrollo y rehabilitación, escuelas, centros deportivos, entre otros) como en su hogar (Osorio, 1997. Citado en Oblitas, 2009)

Con lo anterior podemos observar que la tarea que realiza el psicólogo en este campo es de gran ayuda en el trabajo multidisciplinario que se debe tener para que las personas puedan tener una mejor calidad de vida, puesto que el trabajo en conjunto trae consigo mejores resultados donde los beneficiados son todos los involucrados en el proceso.

1.3 La intervención psicoeducativa

La psicoeducación se define como una modalidad de intervención terapéutica mediante la cual se proporciona información específica acerca de la enfermedad, así como entrenamiento en técnicas para afrontar los problemas derivados de ella. De esta manera el proceso permite brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo. Asimismo, el profesional de la salud que imparte psicoeducación tiene por objeto orientar y ayudar a

identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología para enfocar adecuadamente, en forma conjunta, su resolución o tratamiento y favorecer, por ende una mejora en la Calidad de Vida. Es por eso que, la psicoeducación como herramienta terapéutica es viable de utilizar en diferentes tipos de abordajes como intervención individual, de pareja, familiar o grupal (Bulacio, et. al., 2004; Benassini, 2002).

Por lo tanto, Anderson, Reiss y Hogarty (1986) indican que este proceso tiene como objetivo mejorar la calidad de vida del paciente y sus familiares, creando ambientes menos estresantes, disminuyendo la probabilidad de recaídas y la carga para la familia; así mismo busca mejorar el funcionamiento cognitivo y la motivación del enfermo decrementando su vulnerabilidad y reduciendo la ansiedad en la familia por medio del apoyo, estructura e información acerca de la enfermedad (Citado en Benassini, 2002).

Es por eso, que los procesos educativos integran técnicas terapéuticas al promover actividades de tipo cognitivo y conductual, así mismo el enfoque psicoeducativo propicia procesos interpersonales, los cuales juegan un importante papel para la ubicación clara de las expectativas de la intervención, así como un espacio grupal para la expresión de emociones y sentimientos, además la posibilidad de generar un clima de empatía (Lara, et. al., 2009).

Asimismo mencionan que los componentes de la intervención psicoeducativa son 3 los cuales son:

- Componente educativo: es proveer la información para entender la situación que están viviendo, debe de contener causas y estrategias para salir de ella.
- Componente psicológico: este componente está representado por las actividades o ejercicios orientados a promover cambios en relación con su manera de pensar, con su conducta y creencias.
- Componente grupal: brinda la posibilidad de compartir y socializar los conocimientos y experiencias para la comprensión y puesta en marcha de cambios que permitan salir de la situación que viven.

También introduce metas orientándolas hacia la motivación como lo menciona Álvarez, et. al. (1999) es por eso que se debe:

- **Facilitar cierta tolerancia al error:** orientación hacia metas de aprendizajes, por ejemplo si haces estas tareas, seguramente aprenderás cosas nuevas y orientación hacia metas de rendimiento, ejemplo, a ver de lo que son capaces de hacer.
- **Utilizar el aprendizaje cooperativo frente al competitivo:** la interacción tiene lugar dentro de un contexto de aprendizaje competitivo, se producirán patrones de interacción que provocarán un sistema motivacional con característica intrínseca para ganar bajas expectativas para todos (excepto para los más aptos) e incentivo para aprender basado en un beneficio no mutuo sino personal. Mientras que el cooperativo provocará un sistema motivacional intrínseca a altas expectativas de éxito, alto incentivo para aprender basado en el mutuo beneficio, gran curiosidad por el conocimiento, continuo interés por el aprendizaje, fuerte compromiso para aprender, gran persistencia en la tarea.
- **Asignar tareas variadas:** las tareas han de ser variadas y deben estar relacionadas con la vida, la experiencia, incluir elementos novedosos, creativos, humorísticos, lúdicos, etc.
- **Adaptar el estilo motivacional del profesor al de su grupo:** la conducta del profesor es un elemento desvivo para modelar la motivación de sus alumnos.

En el caso de la Psicología de la Salud la intervención se basa en la aplicación de distintos modelos entre ellos se encuentran: el de Creencias de la Salud (Rosentock), Autoeficacia aplicado a la Salud (Bandura), Acción razonada (Ajzen y Fishbein), modelo Transteorico del cambio de conducta (Prohaska), la aproximación de procesos a la acción saludable (Ralph Schwarzer) el de información-motivación-habilidades conductuales (Fisher y Fisher); de esta manera debemos hacer referencia que el presente trabajo baso su investigación en este último modelo (Flórez, 2007; Taylor, 2007).

1.4 Modelo de la Salud Información-Motivación-Habilidades conductuales

Cantón, et. al. (1995) Paz, et. al. (2009), Robles, Solano, Moreno, Frías, Rodríguez y Borroso (2012) mencionan que el Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (IBM por sus siglas en inglés) fue propuesto por Fisher, J. y Fisher, W. (1992), el cual plantea que el desarrollo de conductas preventivas ocurre cuando:

- **Se cuenta con información:** consiste en explicar cómo se genera, en qué consiste y los métodos específicos de tratamiento o prevención para el problema de salud.
- **Motivación:** es necesaria para cambiar los comportamientos de alto riesgo, ya que influirá e incorporar creencias, actitudes, autoeficiencia. Japón (s/f) menciona que para las teorías conductistas es aquello que mantenía o incrementaba una respuesta; para las teorías cognitivas los factores que más influyen en ella son los pensamientos, creencias y emociones. De esta manera la motivación es el proceso adaptativo que energiza y dirige el comportamiento hacia una meta de cierta actividad, a la que se instiga y mantiene. Las metas son representaciones cognitivas de un acontecimiento futuro. Los determinantes de la motivación internos son el crecimiento personal ya que el ser humano tiene una determinación para alcanzar su pleno potencial en los aspectos físicos y psicológicos; así mismo los procesos cognitivos proceden de la información que recibimos y la forma en que la procesamos, estos procesos contribuyen a motivarnos. Mientras que los determinantes externos es el aprendizaje debido a que muchas conductas son adquiridas, desarrolladas y mantenidas gracias a él, respecto a la interacción social la presencia de personas modifica la motivación (grupos, autoridad).
- **Habilidades Conductuales:** resulta necesario que la persona disponga de habilidades conductuales para realizar dicha conducta y ello depende de que esté informada y motivada, ya que permitirán mejorar actos específicos de prevención, y son el tercer determinante de la prevención.

Siendo así, la información y la motivación actuarán como activadores de las habilidades comportamentales, que resultarán en un cambio comportamental para reducir el riesgo, así como en un mantenimiento del cambio, ya que la información y la motivación pueden tener efectos directos en el comportamiento, especialmente cuando éste no requiere el desarrollo de un comportamiento que entrañe una gran habilidad (Cantón, et. al. 1995).

En conclusión el Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales propuesto por Fisher, J. y Fisher, W. (1992), se plantea que el desarrollo de conductas preventivas ocurre cuando se posee información relevante relacionada con el problema de

salud que se desea prevenir (componente de información), cuando se está fuertemente motivado para iniciar y mantener dichas conductas (componente motivacional que incorpora creencias, actitudes, norma subjetiva, autoeficacia e intenciones) y cuando se aprenden habilidades conductuales específicas que permiten involucrarse en las conductas preventivas (componente conductual).

En México esta metodología se ha aplicado principalmente en estudios para reducir las conductas sexuales de riesgo en la adolescencia como el de Robles, et. al (2012) el objetivo de este estudio fue evaluar los efectos de un programa de intervención diseñado con base en el modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (Fisher, J. y Fisher, W., 1992) en adolescentes sin experiencia sexual. Se utilizó un diseño experimental pretest-postest con un grupo de intervención y uno control. Participaron 544 estudiantes con una media de edad de 13.9 años, el 65.3% cursaban la secundaria y el 34.71% la preparatoria.

Las variables evaluadas fueron conocimientos sobre VIH/SIDA y otras ITS (componente de información); creencias, actitudes, norma subjetiva, autoeficacia para usar condón, autoeficacia para posponer un encuentro sexual no protegido, intención de tener sexo e intención de usar condón en próxima relación sexual (componente motivacional); comunicación sexual con padres y habilidad para usar correctamente el preservativo (componente conductual). Los resultados muestran un efecto positivo en autoeficacia para posponer un encuentro sexual, actitudes hacia el uso del condón, comunicación sexual con padres y habilidad para usar correctamente el preservativo. Diez meses después de la intervención el programa no tuvo un impacto sobre el inicio de las relaciones sexuales, manteniéndose la intención de uso del condón.

2.- SOBREPESO Y OBESIDAD

En la actualidad los términos de sobrepeso y obesidad se emplean como sinónimos, sin embargo no hay que confundirlos, el sobrepeso es un estado en el cual el peso rebasa un estándar basado en la talla, que se puede deber a un exceso de energía y con ello no solo satisface las necesidades de su cuerpo, sino que las excede, y lleva consigo esta energía sobrante en forma de grasa (Bermudo y Roche, 2001; Acosta, et. al., 2013; Basilio, et. al., 2004; Mahoney y Mahoney, 1999; Laguna, 2009).

Sin embargo el sobrepeso puede deberse o no a un aumento de grasa corporal, es por tanto posible ser obeso y tener el peso dentro de los límites normales según las tablas estándar, de la misma manera que se puede tener sobrepeso sin ser obeso; esto es porque el sobrepeso no es sinónimo de obesidad (Foz y Formiguera, 1998; Lujan y et. al., 2010; Bermudo y Roche, 2001).

Por lo tanto, la obesidad es una enfermedad crónica no trasmisible que se caracteriza por una acumulación excesiva de la grasa corporal (tejido adiposo) y se manifiesta por un exceso de peso y volumen corporal. Debido a un ingreso calórico superior al gasto energético diario del individuo, es decir, existe un aumento de las reservas energéticas del organismo en forma de grasa (Basilio, et. al., 2004; Lujan, et. al., 2010; Acosta, et. al., 2013; Olszewer, et. al., 2012; Mahoney y Mahoney 1999; Asociación de Medicina Interna en México, 2000; Calero, 2005; Méndez y Uribe, 2002).

De esta manera, Bermudo y Roche (2001), indican que tradicionalmente se ha definido a la obesidad como un cuadro de gordura excesiva, que puede ser general o localizada, siendo el aumento en la grasa corporal la principal característica que mejor define dicho cuadro.

Calero (2005) menciona que desde 1947 Vague señalaba dos tipos de patrones de distribución del tejido adiposo; dando como resultado una clasificación anatómica que distinguía: un primer tipo androide o tipo manzana; un segundo, tipo ginoide o tipo pera. Con base a esto tenemos que la obesidad androide es más propia de los varones, la grasa se acumula sobretodo en la cara región cervical, tronco, región supraumbilical y también

aumenta de modo notable la grasa abdominal profunda (obesidad visceral). Mientras que la obesidad ginoide, más propia de las mujeres, la grasa se acumula en la región infraumbilical del abdomen, caderas, región glútea, subcutáneo, muslos y sobretodo la parte baja del cuerpo (Moreno y Álvarez, 2004; González, 2009; Bermudo y Roche, 2001; Asociación de Medicina Interna en México, 2000; Méndez y Uribe, 2002).

Sin embargo González (2009), menciona un tercer tipo de obesidad que consiste en una distribución homogénea, en donde la grasa corporal se distribuye en forma más o menos uniforme por todo el cuerpo.

Para saber si estamos ante una obesidad de tipo androide o ginoide se utiliza la valoración de la distribución regional de la grasa, esto radica en utilizar el índice cintura cadera que consiste en medir el perímetro de la cintura (Foz y Formiguera, 1998; Bermudo y Roche, 2001).

Por otro lado, Bermudo y Roche (2001) y Calero (2005) mencionan que esa clasificación que fue sobrepasada por aquella en que se tenía en cuenta el tipo celular; por lo tanto, la obesidad también se puede clasificar en:

1. Hipertrófica: aumenta el tamaño de los adipocitos, se considera a esta responsable de la obesidad del adulto.
2. Hiperplásica: aumenta el número de adipocitos aunque estos eran de tamaño normal y solían aparecer en épocas de crecimiento, considerándola responsable de la obesidad infantil.
3. Mixta (Hipertrófica- Hiperplásica): aumenta el número y el tamaño de los adipocitos.

Es por eso que en el caso de los niños se suele hacer una clasificación en obesidad nutricional (por excesos de ingesta de alimentos) y obesidad endógena (por herencia o problemas endocrinológicos), lo que se hace es identificar el tipo de obesidad que tiene el niño/a realizando una radiografía de su muñeca para ver su maduración ósea, es decir, los niños con obesidad nutricional tienen una maduración ósea por encima de su edad real, ya que su cuerpo crece más rápido que el de los demás niños de su edad que se encuentran en

situación de normopeso (tienen un talla alta); sin embargo los que tienen obesidad endógena suelen tener tallas bajas inferiores al percentil 5 y una maduración ósea con retraso (González, 2009).

A la obesidad nutricional Poskitt (1992) la llama simple e indica que es meramente un reflejo de la ingesta dietética de que los niños obesos coman más que sus compañeros.

A pesar de esto, no existe unanimidad para la definición de obesidad infantil, sin embargo, la referencia más utilizada hasta ahora ha sido la recomendada por la Organización Mundial de Salud (OMS), desarrollada por el Centro Americano de Estadísticas de Salud (NCHS) y basada en las tablas de referencia de peso para talla. Se considera obesidad en el niño cuando su peso es superior al 20% del ideal y se tiene como criterio de sobrepeso cuando el infante se encuentra entre el percentil 85 a 95 y obesidad cuando el percentil es >95 . Sin embargo, la mejor definición de obesidad en niños debe hacerse en función de los percentiles del Índice de Masa Corporal (IMC). Este índice es muy cambiante durante el desarrollo: asciende rápidamente en la primera infancia, cae durante la edad preescolar para volver a ascender hasta la vida adulta en la que permanece estable. Por eso, no es posible utilizar puntos de corte como en la población adulta y se necesitan curvas de referencias poblacionales de IMC para niños (Méndez y Uribe, 2002).

Aunque no mide directamente la masa grasa, el IMC se correlaciona bien con mediciones más precisas de esta como las obtenidas mediante la hidrodensitometría, la pletismografía por desplazamiento de aire, el método de agua doblemente marcada y la absorciometría de rayos X de energía dual y con las comorbilidades relacionadas con el exceso ponderal (Vázquez, et. al., 2011).

Por lo tanto, entenderemos por Índice de Masa Corporal (IMC) el peso en kilogramos de un sujeto, dividido por el cuadrado de la altura en metros (Kg/m^2), es empleado para evaluar el sobre peso y la obesidad de un individuo (Acosta et. al., 2013; Calero, 2005).

Sin embargo el IMC, no distingue entre el peso asociado con el musculo y el peso asociado con la grasa, es decir, no considera la distribución de grasa en el cuerpo que también influye en los riesgos para la salud (Méndez y Uribe, 2002).

2.1.- Estadística de sobrepeso y obesidad infantil en México

Acosta; Gasca; Ramos; García; Solís; Evaristo; Soto (2013), mencionan que la etiología de la obesidad se relaciona con la occidentalización en los hábitos alimentarios y el sedentarismo. La obesidad infantil es epidémica en países como Grecia, Estados Unidos, México, Italia y Nueva Zelanda y está en aumento en otros; se estima que globalmente, 22 millones de niños menores de cinco años presentan sobrepeso.

No solo ha aumentado drásticamente el número de niños con sobrepeso, sino que los mayores aumentos relativos de prevalencia han ocurrido en aquellos con obesidad por lo que el número de obesos ha aumentado proporcionalmente más que el de los que presentan sobrepeso (O'donnell y Grippo, 2005).

Es por eso que en la actualidad, a la obesidad se le considera como una epidemia mundial debido a su prevalencia en todas las regiones del mundo y se le consideró durante mucho tiempo como un problema exclusivo de los países industrializados, sin embargo muchas personas que habitaban en zonas consideradas como subdesarrolladas han generado problemas de nutrición como desnutrición, sobrepeso y obesidad, aumentando a tasas alarmantes (Asociación de Medicina Interna en México, 2000; Acosta et. al., 2013; Méndez y Uribe, 2002).

México no queda fuera de este fenómeno, ya que durante los últimos 50 años el país ha sufrido cambios importantes en la dinámica demográfica, económica y social de la población. Lo anterior junto con el fenómeno progresivo de industrialización y urbanización han proporcionado un cambio en el perfil de enfermedades (Méndez y Uribe, 2002)

Por lo tanto, en México, la prevalencia de la obesidad parece haber aumentado de manera gradual durante los últimos 40 años; es por eso que se encuentra entre las cinco primeras causas de muerte en el país, convirtiéndose en un grave problema de salud pública (Calero, 2005; Asociación de Medicina Interna en México, 2000).

Referente a las encuestas nacionales de salud en México de los años 1999 y 2006 demuestran que tanto el sobrepeso como la obesidad en niños de entre 5 y 11 años

aumentaron casi un 40%. La última encuesta nacional reveló que en el país, 26% de los niños en edad escolar presentan sobrepeso y obesidad (Quizán y cols., 2008).

Respecto al 2012 la población en edad escolar (de 5 a 11 años de edad), para las niñas la cifra es de 32% (20.2 y 11.8%, respectivamente) y para los niños es casi 5 puntos porcentuales mayor 36.9% (19.5 y 17.4%, respectivamente). Estas prevalencias en niños en edad escolar representan alrededor de 5 664 870 niños con sobrepeso y obesidad en el ámbito nacional. En contraste, entre 2006 y 2012 se observa una ligera disminución en la prevalencia de sobrepeso y obesidad para los sexos combinados. En 2012 la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 34.4% (19.8 y 14.6%, respectivamente) en ambos sexos, 0.4 puntos porcentuales o 1.1% menos que en 2006. Sin embargo, se observan algunas variaciones por sexo y en relación con el sobrepeso y la obesidad menor en zonas urbanas (4.2 puntos porcentuales) que en zonas rurales (8 puntos porcentuales) (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012).

Acosta y cols. (2013), indican que los datos obtenidos en el 2012 por Encuesta Nacional de Salud y Nutrición al ser comparados con el resto del mundo, se encuentra entre las más elevadas del orbe, lo que se traduce como un problema de gran importancia en Salud Pública; que se asocia con diversas enfermedades, problemas físicos, consecuencias psicológicas y sociales.

2.2 Consecuencias de la obesidad infantil

Amigo y Errasti (2006), indican que en primer lugar, cuando se llega a la obesidad las personas tienen cada vez más dificultades para moverse y cada uno de los movimientos que realizan le supone un esfuerzo mayor que a otra persona que tenga un peso más normalizado; esto suele provocar que las personas obesas reduzcan, muchas veces sin ser conscientes de ello, todos sus niveles de actividad y de gasto de energía, es decir, restringen sus movimientos en el trabajo, tienden a buscar un ocio sedentario y para los desplazamientos eligen cualquier clase de vehículos que les alivie de la tarea de caminar. Esto implica un gasto calórico muy escaso, por lo que fácilmente cubrirán sus necesidades energéticas por poco que coman, demás que las exceden almacenándose en forma de grasa.

Las repercusiones de la obesidad en la edad infantil son importantes porque en este periodo el pequeño se prepara para su vida adulta y todo aquello que pueda interceder entorpeciendo su buen desarrollo para su correcto crecimiento tendrá en el futuro repercusiones para su estado de salud y su calidad de vida. Se ha relacionado a la obesidad en niños y adolescentes con un incremento en todas las causas de morbimortalidad en la edad adulta, la obesidad debe considerarse por sí misma una enfermedad no únicamente un factor de riesgo (Lujan, et. al., 2010; Basilio, et. al., 2004; Acosta et. al., 2013; Gonzáles, 2009).

Hammar menciona que el lactante o niño que llega a desarrollar obesidad suele permanecer obeso al llegar a la adolescencia y al llegar a la edad adulta. Al llegar a la edad adulta, el individuo con obesidad de larga duración presenta un mayor riesgo para el desarrollo de complicaciones médicas (citado en Poskitt, 1992; Collipp, 1997).

Las consecuencias que puede provocar la obesidad androide son:

Sobre el metabolismo de la glucosa: diabetes; sobre la tensión arterial: hipertensión arterial; sobre los lípidos: aumento del colesterol y de los triglicéridos; sobre las arterias: la arterioesclerosis y síndrome X; sobre el corazón: hipertrofia ventricular izquierda, insuficiencia cardiaca congestiva; alteraciones respiratorias: síndrome de Pickwick o síndrome de hipoventilación obesidad, síndrome de apnea del sueño, asma, intolerancia al ejercicio; sobre el aparato digestivo: hígado graso reflujo gastroesofágico, hernias inguinales; sobre la piel: infecciones por hongos en la zona de los pliegues y rozaduras en muslos; sobre el sistema endocrino: tiroides, suprarrenales, irregularidades menstruales, hirsutismo e infertilidad, disminución de testosterona adrostendiona, aumento de estrona e impotencia, hiperinsulinismo; sobre las articulaciones: artrosis sobretodo en rodillas; relación con el cáncer: colon rectal, prostático, de mama, endometrio, cérvix, ovario, y de vesícula biliar; consecuencias psicológicas: discriminación social, depresión, neurosis y psicosis (Bermudo y Roche, 2001; Quizán, et. al., 2008; Lujan, et. al., 2010; Asociación de Medicina Interna en México, 2000; Foz y Formiguera, 1998; Méndez y Uribe, 2002).

Mientras que la ginoide predispone a los cálculos biliares y problemas circulatorios sobre todo venosos en piernas también ocasiona los efectos de sobrepeso como son las

dificultades locomotoras, circulatorias y respiratorias (Asociación de Medicina Interna en México, 2000; Bermudo y Roche, 2001).

Otras complicaciones que se pueden manifestar son (Castillo, et. al., 2007; Foz y Formiguera, 1998):

Enfermedades vasculares	Cardiopatía isquémica
Enfermedades metabólicas	Diabetes mellitus tipo II, hiperlipemia, hiperuricemia, la gota, la hiperglicemia, la hipercolesterolemia y la hipertrigliceridemia
Enfermedades digestivas	Litiasis biliar, esteatosis hepática y hernia de hiato, dispepsia gástrica, acidez, flatulencias, digestiones pesadas, dispepsia biliar, úlcera gastroduodenal, estreñimiento, insuficiencia pancreática
Enfermedades respiratorias	Aumento de incidencia de catarros, bronquitis crónica, neumonía, alteraciones del volumen plasmático circulante y del coste energético que representa respirar
Enfermedades de la piel	Presenta estrías de distensión, forunculosis, hiperqueratosis plantar, acantosis <i>nigricans</i> , etc.
Problemas cardiovasculares	Entre ellos la opresión torácica, taquicardia de esfuerzo, angina de pecho, infarto de miocardio, varices, tromboflebitis, úlceras varicosas y las celulitis
Problemas osteoarticulares	Aplanamiento de la bóveda de la planta del pie, aplanamiento de los cuerpos vertebrales de la columna, con neuralgias y espondilitis deformante y atrofia muscular;
Problemas renales	Albuminuria

Tabla 1. Muestra algunas de las enfermedades que pueden surgir a partir de la obesidad

Además de las consecuencias para la salud, inmediatas y a largo plazo, la obesidad en niños y adolescentes tiene efectos psicosociales importantes. La aceptación en los grupos sociales es menor para los obesos, y las mujeres obesas tienen más obstáculos para conseguir empleo. Los niveles de autoestima son más bajos en las adolescentes obesas. De esta manera la obesidad es una seria dificultad en la vida social del niño, incluso mayor

que la de un adolescente, impide que la víctima se mezcle libremente con otros, disfrute de sus actividades y ocupaciones. La obesidad no tiene la importancia de otras enfermedades, y no siempre es tomada con seriedad, ni siquiera por los adultos. Los niños gordos están en peligro de convertirse en el blanco y hazmerreír de sus compañeros, así las vivencias de rechazo son más frecuentes e intensas en aquellas personas que han presentado sobrepeso desde la infancia y se asocian a reacciones emocionales y relaciones interpersonales más inestables (Collipp, 1997; Lujan, et. al., 2010; Serra y Aranceta, 2001).

2.3 Factores de riesgo

La obesidad suele ser multifactorial y pocas veces es un solo factor el que condiciona su aparición o persistencia. Por lo tanto, se podría decir que se produce cuando coinciden en una persona una determinada predisposición genética que incluyen mecanismos de regulación fisiológica junto con los factores ambientales, psíquicos, económicos, hábitos personales y familiares, sociales, culturales etc. los cuales pueden ser facilitadores o desencadenantes. (Calero, 2005; Basilio, et. al., 2004; Bermudo y Roche, 2001; Asociación de Medicina Interna en México, 2000; Foz y formiguera, 1998; Calero, 2005; Laguna, 2009). A pesar de eso menciona Méndez y Uribe (2002) en la actualidad aún se desconoce con exactitud cómo y porque ocurre.

De esta manera, entendemos por factor de riesgo a una característica, condición, circunstancia, etc. del individuo o de su entorno que condiciona una mayor probabilidad de que ocurra un evento, por ejemplo una enfermedad (García, 2006; Bayés, et. al., 2003).

Los factores genéticos: son de tipo hereditario, si ambos padres son obesos el riesgo para la descendencia será de 69 a 80 %; cuando solo uno es obeso será 41 a 50 % y si ninguno de los 2 es obeso el riesgo para la descendencia será solo del 9 %. También el bajo peso al nacimiento y en los primeros años de vida y el incremento marcado del Índice de Masa Corporal (IMC) en los años subsiguientes aumenta el riesgo de obesidad en el niño frente al adulto. Además de que se van identificando nuevos genes que activan la producción de hormonas y neuropéptido que tienen acción sobre los mecanismos de regulación del apetito y del mantenimiento del peso corporal en el largo plazo, pero la UCP2, proteína desacopladora-2 o termoginina, parece ser la que más probabilidades tiene

de convertirse en el primer gen responsable de la obesidad humana (Lujan et. al., 2010; O'donnell y Grippo, 2005; Calero, 2005; Serra y Aranceta, 2001; González 2009).

Factores metabólicos y hormonales: se conoce la participación de diversas sustancias y hormonas en el control de la ingesta alimentaria y del gasto energético como lo son las hormonas tiroideas, esteroides, insulina, opiáceos, factor de necrosis tumoral, catecolaminas, etc. La resistencia a la insulina y la hiperinsulinemia, según estudios recientes, parece que produce un aumento de la adiposidad y, sobretudo, de la grasa visceral esto nos hace referencia de las enfermedades que se relacionan con la obesidad como lo son: Síndrome de Cushing, hipotiroidismo, síndrome de ovario poliquístico, lesión hipotalámica, hipogonadismos, Laurence-Moon-Bield, Prader-Willi, Cohen, Carpenter, Alström, Morgagni-Stewart-Morrell, Albright (seudohipoparatiroidismo), cromosoma X frágil Hiperfunción suprarrenal, polidactilia (Calero, 2005; Foz y Formiguera, 1998; Serra y Aranceta, 2001; González, 2009).

Basilio y cols. (2004) mencionan otras situaciones que tiene que ver con cambios hormonales, las cuales son:

- A) Embarazo: durante la gestación se produce una serie de cambios hormonales y psíquicos que en ocasiones se acompañan de un aumento de la ingesta; si a eso se añade al reposo preceptivo después del parto. El resultado final puede ser un excesivo aumento de peso, con un cambio en los hábitos alimentarios.
- B) Menarquia: durante esta etapa se produce importantes cambios hormonales, con un desarrollo físico y psíquico más acelerado que en etapas anteriores. Son frecuentes en esta etapa de la vida los cambios en el peso.

Factores asociados a fármacos: un efecto secundario de la toma de medicamentos o la interrupción del tratamiento puede generar obesidad un ejemplo de estos son los tratamientos derivados de hormonas sexuales, los corticoides que se utilizan para enfermedades como reumatismo, asma bronquial, enfermedades cutáneas, algunos tratamientos antidiabéticos orales (sulfonilureas), antidepresivo, glucocorticoides empleados como inmunosupresores hidracidas, nicotina, antiinflamatorios,

broncodilatadores, antituberculosos etc. (Calero, 2005; Basilio, et. al., 2004; Foz y Formiguera, 1998; González, 2009).

Factores psicológicos: inestabilidad emocional, impulsividad, vivencia de la imagen corporal, autoestima, cuadros de atracones, bulimia, depresión y trastornos de ansiedad, estrés. Lo anterior contribuye al incremento del apetito o el hábito de picar (Calero, 2005; Serra y Aranceta, 2001; Basilio, et. al. 2004; Foz y formiguera, 1998; González, 2009).

Factor Socioeconómico: se ha constatado en diversos estudios, una mayor prevalencia de obesidad en individuos con un bajo nivel socioeconómico además de un menor nivel educativo; probablemente intervienen varios factores como tipo de alimentación, actividad física, nivel cultural etc. (Calero, 2005; Lujan, et. al., 2010; Basilio, et. al., 2004; Foz y Formiguera, 1998; González, 2009).

Factores ambientales: Influencias ambientales desfavorables como lo son el sedentarismo que se refiere a la falta de actividad física, es decir, hacer uso excesivo del carro, abusar del confort, que se basan más en el desarrollo tecnológico; además que muchos de los trabajos actuales nos hacen permanecer largas horas sentados frente a la computadora, reduciendo la posibilidad de gastar energía y comer fuera de casa, hacerlo de prisa y a deshoras, tener un margen muy reducido para elegir alimentos, conlleva un aumento de dietas hipercalóricas, también llamadas dietas de cafetería y comidas rápidas, que constituyen a los factores fundamentales en el aumento de la prevalencia la obesidad (Foz y Formiguera, 1998; O'donnell y Grippo, 2005; Calero, 2005; Quizán, et. al., 2008; Lujan, et. al., 2010; González, 2009; Basilio y cols., 2004).

Los estudios clásicos del doctor Claude Bouchard en pareja de gemelos mostraron la contribución genética y ambiental en la determinación del peso corporal. El factor genético explicó solo el 25% de la varianza en cambio de grasa corporal o índice de masa corporal (IMC), mientras que el factor ambiental explicó el restante el 75%. Respecto a la contribución para la ingestión de la energía total, también se encontró menor influencia genética (varianza, 0 a 20%) y mayor influencia ambiental (varianza, 80 a 100%) en su determinación. De forma similar la varianza de la actividad física pone de manifiesto que la influencia genética resulta menor (30 a 42%) a la que ejerce el ambiente (70 a 68%). Estos

resultados refieren que el papel de la genética en la determinación de la adiposidad corporal, la ingestión de alimentos y la actividad física es menor a la comparada con la determinación por factores ambientales (citado do en Laguna, 2009).

Otro estudio es el realizado por Mercado y Vilchis (2013), mencionan que los factores más relevantes son los medios de comunicación y la falta de actividad física en la población, además que los hábitos alimenticios no son los correctos, ya que existe un alto consumo de comida chatarra. Este estudio es de tipo exploratorio, con un diseño transversal; el tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico, se trabajó con 400 sujetos de dos distintos escenarios: una escuela primaria y una iglesia católica. Se les aplicó un instrumento que constaba de 50 reactivos agrupados en cuatro áreas: 10 reactivos del Área de Obesidad y sobrepeso, 15 del área Consumo de Alimentos, 10 del área de medios de comunicación, 15 del área de educación física. Como resultados encontraron que las niñas son más sedentarias que los niños y estas diferencias se incrementan con la edad, además, los niños que tienen más hermanos tienen una alimentación más descuidada y menos nutritiva.

Factores Alimentarios: las principales diferencias entre las personas obesas y las que no lo son radican en sus patrones de alimentación debido a que los factores principales en el control de peso son los hábitos personales que afectan la cantidad y la frecuencia de comidas, es decir, es un aumento de cantidad de alimento ingerido. Parece ser que las personas que comen solo dos o tres veces al día son más obesas que las que realizan cinco comidas al día; pero, por otra parte, el hábito de picar es frecuente entre los obesos, esto se relaciona con la cantidad de alimentos que ingieren, además del tipo de alimento alto en azúcares, calorías y grasas. (Mahoney y Mahoney, 1999; Serra y Aranceta, 2001; Foz y Formiguera, 1998; Lujan, et. al., 2010; González, 2009; Acosta, et. al., 2013; Castillo, 2007).

En un estudio se realizó un análisis antropométrico de las dietas de 999 niños de 4 a 6 años de edad, de los cuales 516 (51,7%) fueron niñas y 483 (48,3%) fueron niños, en la población infantil de Reynosa, Tamaulipas México, se encontró una elevada ingesta de proteínas y carbohidratos simples y un déficit de menos del 50% de adecuación en la ingesta de micronutrientes como la vitamina A, ácido fólico, calcio, hierro y zinc. El

elevado porcentaje de ingesta calórica encontrado coincide con un alto porcentaje de obesidad registrada en los niños y niñas. Los resultados muestran que la obesidad infantil encontrada podría ser una consecuencia del desequilibrio alimentario unido a la ingesta de bebidas densas en energía (Castillo y cols., 2012).

Factores familiares: El nivel de funcionalismo familiar en un momento determinado, puede afectar a aquellas influencias familiares controlables por el hombre, de manera tal que éstas se reflejen positiva o negativamente en la salud esto tiene que ver con imitación de patrones de conducta, ya que si no existe una alimentación balanceada, actividades de ejercicio. Serán hábitos que no aprenderá si no existe un modelo a seguir. Otros modos de aprendizaje se dan a través de las preferencias o rechazos alimentarios en los niños, en donde estos últimos son ex-puestos repetidamente a una serie de alimentos que conocen a través del acto de comer enmarcado por encuentros entre padres e hijos (Mahoney y Mahoney, 1999; Poskitt, 1992; Macías, et. al., 2012; González, 2009; Collip, 1997).

Vera y cols. (2004), mencionan que hay estudios que han demostrado la importancia de las influencias paternas y la formación de hábitos saludables en el desarrollo de peso y obesidad de los hijos. La madre, como primera cuidadora, proporciona a los niños la estructura básica de relación con la comida debido a que es la encargada de ofrecer algunos alimentos y de evitar otros, distribuir las comidas durante el día y determinar las cantidades de comida. Se plantea además que los conocimientos, aptitudes y prácticas alimentarias de la madre determinan en gran medida el estado nutricional de la familia, especialmente en los sectores de bajos recursos económicos. Mientras que López y Macilla (2000), Argumentan que la familia juega un papel determinante en la génesis de los problemas alimenticios y la obesidad puede ser proporcionada por una dinámica familiar disfuncional, en donde el comer demasiado funciona como un medio para aminorar los conflictos y tensiones que se propician por dicha dinámica; (Citados en Días y Enríquez, 2007).

Otro punto importante es que algunos estudios indican es que 3 de cada 4 padres no son capaces de percibir el exceso de peso en sus hijos. En estos casos, a pesar de que los niños alcanzan un peso que ya se sale de la normalidad, sus padres los ven como niños con un peso adecuado. Estas dificultades para reconocer el sobrepeso de los hijos están además

moduladas por el sexo del niño, de forma que tanto los padres como las madres son más ciegos a la obesidad de sus hijos que la que presentan a sus hijas (Amigo y Errasti, 2006).

En otra investigación que tuvo como objetivo identificar factores asociados al exceso de peso de niños en edad preescolar del Jardín de niños Xallitic, en la ciudad de Xalapa, Veracruz; encontraron que uno de los factores que se asocia con esta problemática es el psicosocial debido a que la comida ha sido utilizada como premio o castigo, sedentarismo y exceso de consumo calórico en la dinámica familiar. Lo que predispone a los niños a desarrollar sobrepeso u obesidad (León y cols. 2012).

La información y educación para prevenir la obesidad es fundamental, la cual debe darse a padres e hijos como se observa en la investigación de Bernal y cols. (2012) ellos midieron el impacto de una intervención educativa para disminuir el sobrepeso con base en los estilos de vida en una población de escolares de 6 a 11 años de edad de una escuela primaria en el D.F; se trató de un estudio cuasi-experimental, longitudinal (se realizó un pre-test y un pos-test), correlacional y comparativo, se formaron dos grupos: uno experimental y otro control, ambos constituidos de 20 madres y 20 niños cada uno, haciendo un total de 40 niños con sobrepeso u obesidad más las 40 madres correspondientes, el instrumento que se les aplicó fue “Conocimientos sobre una nutrición adecuada y estilos de vida saludables”, el cual indaga conocimientos relacionados con aspectos nutricionales, estilos de vida saludable.

Para el grupo control, los licenciados en enfermería con asesoría de un especialista en nutrición fueron los encargados de dar una plática educativa sobre hábitos saludables en la alimentación, la cual tuvo una hora de duración y se les entregó trípticos a las madres y a los niños. Mientras que el grupo Experimental, tres licenciados en enfermería y obstetricia, se organizaron y ejecutaron dos intervenciones educativas semanales durante tres meses con temas como: causas y riesgos de la obesidad, hábitos alimenticios saludables, hábitos riesgosos de la alimentación inadecuada, consecuencias psicológicas, sociales y fisiológicas de la diabetes, grupos alimenticios y un taller de cocina donde se orientó acerca de la preparación de alimentos. Una vez concluida la intervención se aplicó un pos-test en el grupo experimental y en el grupo control.

Respeto a los resultados en el pre-test arrojó que el nivel de conocimientos de madres y niños sobre la nutrición era insuficiente; los estilos de vida saludables se hallaron en nivel óptimo para las madres y suficiente para los niños, sin detectarse diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y el grupo control. Posterior a la intervención, existieron diferencias significativas entre el grupo experimental de madres, aumentando los conocimientos y mejorando las actitudes, mientras que en los niños no hubo diferencias significativas. Concluyeron que se requiere complementar la actividad física con hábitos alimenticios adecuados, reconociendo la necesidad de un trabajo multidisciplinario y la participación activa de la sociedad.

Por todo ello, prevenir el exceso de peso y la obesidad en la edad pediátrica y el periodo de la adolescencia, e identificar a los niños que tienen factores de riesgo de obesidad se convierten en una prioridad sanitaria (Serra y Aranceta, 2001).

3. LA INFLUENCIA FAMILIAR EN LOS HÁBITOS ALIMENTICIOS

Un hábito se puede concebir como una manera de ser estable y duradera; como una disposición, forma de comportarse o de actuar que es adquirida mediante el aprendizaje y también como la facilidad adquirida por una constante práctica. Con esta definición encontramos que la alimentación puede seguir normas que se establecen con lo biológico, social y cultural, estas dos últimas pueden generar hábitos adecuados, así como incorrectos (De la Torre, et. al., 2008).

De esta manera Quintin (1990) menciona que la alimentación normal debe ser suficiente en el valor calórico; completa y armónica en sus elementos nutritivos, adecuada a la edad, sexo, trabajo, estado de salud o de enfermedad, a la producción y abasto de alimentos, condiciones económicas y a las costumbres generales del medio en el que se aplica; se come bien para lograr objetivos concretos como los siguientes:

- a) Para crecer más o para aumentar de peso.
- b) Para ser fuerte.
- c) Para tener mayores defensas contra las enfermedades.
- d) Para tener mejores músculos.
- e) Para no dar mal ejemplo a los hijos.
- f) Para no ser descortés con la esposa o con los anfitriones.
- g) Porque así comen los amigos o los miembros de un grupo.
- h) Cuando se desea conocer nuevos productos o cambiar y mejorar los que han usado por mucho tiempo.

Con lo anterior podemos observar que la alimentación es un acto completamente aprendido en el ser humano, es decir, los hábitos que aprendemos respecto a lo que

comemos se adquieren en las comidas colectivas por imitación, simpatía y temor a las críticas de los compañeros (Moreno, 2006; Quintin, 1990).

Un ejemplo de cómo se enseñan hábitos no adecuados es el que no refieren Madrid y Cañizares (1998), los padres no quieren que vean la televisión varias horas al día, además prefieren que lean, pero luego ellos no leen y pasan las horas delante del televisor, así mismo se les dice a los hijos que coman fruta, verdura, legumbres y sobre todo que no tomen refrescos o golosinas, pero nos sentamos delante del televisor a comer chocolates o dulces; con esto difícilmente conseguiremos crearles a nuestros hijos buenos hábitos alimenticios.

Por lo tanto, la conducta familiar influye sobre los hábitos alimentarios, de nivel de actividad física, patrones de inactividad, uso de la televisión y de las otras TICs, también se encuentra relacionado para su formación con el nivel socioeconómico, educacional, creencias, valores y actitudes; todo lo anterior tendrá un impacto en la salud de los hijos (Moreno y Charro, 2006).

Es por eso que durante la infancia temprana, la familia casi siempre tiene la mayor influencia en el desarrollo de preferencias y hábitos alimenticios; conforme los niños crecen, sus compañeros y maestros empiezan a darles nuevas ideas sobre los alimentos, el comer y la nutrición; por tanto son determinantes en sus estilos de vida y salud (Byrd-Bredbenner, et. al., 2010; Moreno y Charro, 2006).

Por esa razón hay que tomar a la alimentación de los hijos muy en serio, esto no es otra cosa que dedicar tiempo a enseñarles cómo elegir alimentación adecuada; debido a que los hábitos alimenticios adquiridos en la infancia son los que van a persistir en ellos a lo largo de toda la vida; además serán la base para que durante la infancia no sea obeso y si se tiene gran tendencia a ganar peso para que le sea más llevadero el tratamiento; por eso es muy importante que sean los adecuados. He ahí la razón de que la etapa preescolar es la mejor para que los niños comiencen un patrón saludable de vida y alimentación, con enfoque en la actividad física regular y alimentos nutritivos. Aunque los gustos por los alimentos cambian, la actitud general del niño hacia el alimento y su significado están basados en

gran parte en sus experiencias durante los años preescolares (Byrd-Bredbenner, et. al., 2010; Beal, 1997; Madrid y Cañizares, 1998).

Además comer en familia se relaciona con una alimentación de mayor calidad nutricional que comer fuera de casa, tanto en niños como en adultos, debido a que favorece un menor consumo de energía, grasa, bebidas azucaradas, mayor consumo de frutas y vegetales; por el contrario, comer fuera de casa, sobre todo en restaurantes de comida rápida, lleva un consumo mayor de energía, grasa saturada, grasa trans, colesterol, sal, bebidas azucaradas y menor consumo de fibras, frutas, verduras y micronutrientes. Es por eso que las comidas en el hogar, el número de ellas, su relación horaria, las relaciones familiares que se establecen en éstas, la participación en la compra de alimentos y su preparación culinaria, son elementos importantes para la conducta alimentaria del niño (Moreno y Charro, 2006).

A pesar de eso Madrid y Cañizares, (1998) mencionan que los padres en general se preocupan mucho si los hijos comen poco, pero se preocupan poco si comen mucho, sin embargo los padres deben preocuparse en ambos casos, además de encargarse de que coman correctamente, para lo cual es imprescindible crearles buenos hábitos alimenticios, porque si a un niño le creamos buenos hábitos alimenticios en el futuro tendremos a un adulto sano; si por el contrario creamos unos hábitos alimenticios malos en el futuro tendremos a una persona con muchas probabilidades de padecer hipertensión, diabetes, estreñimiento, etc.

Sin embargo, los niños tienden a tener apetitos erráticos, cuando el crecimiento disminuye de velocidad o se estanca el apetito disminuye en forma significativa, es decir, durante la infancia, el crecimiento se presenta en brotes; el apetito y la ingesta de alimentos aumenta con antelación de un brote de crecimiento, lo que causa que el niño aumente un poco de peso que se usará para el futuro brote de estatura. Debido a esto, es probable que el apetito de un niño en edad preescolar sea bastante variable. Es probable que los cuidadores no comprendan que es de esperar la disminución en el apetito y que los niños con peso normal cuentan con mecanismos de alimentación que regulan el consumo para cubrir las necesidades. (Byrd-Bredbenner, et. al., 2010; Brown, et. al., 2007).

Con lo anterior Beal (1997), menciona que la insistencia para que el niño se acabe lo que se le da o que coma más de lo que quiere puede distorsionar el desarrollo natural del equilibrio apetito-saciedad y puede ser un factor para la obesidad. La impaciencia de los padres al auto-alimentarse el niño puede ocasionar que continuamente se le alimente con cuchara e interrumpir la secuencia de progreso en el desarrollo al no dejar que se adquiera una habilidad en el momento apropiado.

Por lo tanto, los padres son responsables de aportar comidas y bocadillos apropiados, nutritivos, atractivos y regulares. Los niños son responsables de decidir cuándo comer, ya que la selección de alimentos ha de quedar como una responsabilidad personal y como un símbolo de independencia y de conocimientos. Si se respeta la división de la responsabilidad, un niño normal y saludable comerá cantidades adecuadas con mínimas quejas (Byrd-Bredbenner, et. al, 2010; Quintin, 1990).

Es probable que la dirección de los niños hacia los alimentos saludables sea más exitosa si los padres comprenden los comportamientos alimenticios de ellos y los exponen a la educación nutricional; enseñar a los niños de todas las edades implica la familiarización con nuevos alimentos, además que tienen que ser diversos para ayudarlos a desarrollar la disposición a aceptar nuevos alimentos. De esta manera las recompensas nutricionales de una dieta variada valen el esfuerzo. Para lograr lo anterior, los niños están más dispuestos a probarlos cuando se ven atractivos y sirven en una situación social con los adultos calmados, que los apoyan, los aprueban y que comen esos alimentos (Byrd-Bredbenner, et. al., 2010).

Así mismo, indica que en la aceptación de la comida variada es posible utilizar la regla de un bocado: es razonable que ellos coman al menos un bocado o prueben los alimentos que se les presenta. La oportunidad para tomar decisiones sobre sus alimentos les alienta a intentar comidas nuevas. Por ejemplo, los padres eligen varias opciones de colaciones y permiten que sus hijos elijan el que quiera. La participación de estos últimos en la preparación de un nuevo alimento y el servirles una pequeña cantidad de este al principio de una comida, cuando está más hambriento, ayuda a aumentar su aceptación del mismo.

A veces lograr lo anterior es complicado porque los niños comen alimentos que les resultan familiares lo que constituye un hecho que resalta la importancia del entorno en el desarrollo de preferencias alimenticias. Los niños tienden a rechazar nuevos alimentos, pero tal vez aprendan a aceptarlos con exposiciones repetidas a los mismos. Otro factor que influye es que crezcan en un entorno en el que todos los miembros de la familia coman varios alimentos lo que ocasionará que sean más susceptibles de consumir alimentos de distintas clases (Brown, et. al., 2007).

Sin embargo, cuando los padres suelen recurrir a sobornos, imposiciones, insistencia o engaños para hacer que los niños coman, tal vez logren la meta inmediata si sobornan a sus hijos para comer un alimento nuevo (condicionándolo p. ej. *come tres bocados de zanahoria y podrás comer postre*), pero a menudo tiene resultados negativos a largo plazo; ya que se ha comprobado que cuando los niños deben saltar un obstáculo arbitrario (p. ej. Tres bocados de zanahoria) para recibir una recompensa (postre), se eleva la preferencia por la recompensa mientras que disminuye la preferencia por el obstáculo. En las comidas ulteriores cuando se elimine la recompensa los niños comen menos el alimento obstáculo (Byrd-Bredbenner, et. al. 2010).

De esta forma, la etapa preescolar será un buen momento para educar a los niños sobre la comida, selección de alimentos y preparación al hacerlos participar en actividades sencillas relacionadas con las comidas; por ejemplo, las salidas al mercado sirven para introducir a los niños en una amplia gama de frutas y verduras frescas. Es necesario que las familias de los niños preescolares continúen el fomento de la alimentación en familia; debido a que la participación de los hijos en las tareas domésticas, en juegos, en la realización de los alimentos etc. Es muy importante. Los niños que no son implicados en dichas tareas desarrollan menos actividad física. Debe tenerse en cuenta que la mayoría del tiempo dedicado a la actividad por los preescolares es ligera y no estructurada y la casa es uno de los puntos importantes (Moreno y Charro, 2006; Brown, et. al., 2007).

Además, al ser capaz de escoger si acepta o rechaza los alimentos, el niño aprende que tiene control sobre lo que no lo tenía previamente, y que la comida es un tiempo feliz, social, en el que se comparta el disfrute de los alimentos saludables, las comidas que son placenteras y satisfactorias crean una actitud positiva. Cuando los padres se ponen ansiosos,

se irritan o se enojan por la demora, por la suciedad o por lo que se tira al auto-alimentarse, o porque la renuencia a comer termina en forcejeos, berrinches o regaños, las comidas se vuelven una parte desagradable del día. Por lo tanto, las tensiones entre los padres y los niños, en especial durante la hora de la comida a menudo contribuyen a problemas alimentarios (Byrd-Bredbenner, et. al. 2010; Beal, 1997).

Sin embargo el niño aprende rápidamente que el alimento es una de las pocas armas que puede usar contra sus padres. El comportamiento durante las comidas en ocasiones puede tratar de probar qué límites permisibles han establecido los padres una razón por la que el niño desea los mismos alimentos todo el tiempo se debe a que los alimentos familiares le resultan satisfactorios. Otro posible motivo es que trata de ejercer control sobre este aspecto de su vida. La alimentación y selección de alimentos del niño se vuelve con facilidad un campo de batalla entre padres e hijos; se debe evitar esta situación. (Brown, et .al., 2007; Beal, 1997).

Los padres de niños en edad escolar no permitirán que sus hijos coman y beban de manera indiscriminada entre las comidas y los almuerzos. Esta conducta a menudo “mata” el apetito a la hora de la comida. Se evitará también, forzar a los niños en permanecer en la mesa hasta que coman cierta cantidad de comida determinada por los padres (Brown, et. al., 2007).

Es importante el desayuno, ya que los niños que lo hacen tienen mejor rendimiento y menor absentismo escolar, además de una menor prevalencia de hiperactividad. Los que no desayunan tienen por el contrario un riesgo incrementado de ingesta grasa, azúcares, bebidas blandas, con ello ganancia de peso y obesidad que también ocurre en adultos. Esta situación, cada vez más evidente en niños es muy manifiesta en adolescentes. Es por eso que el desayuno y los bocadillos son importantes debido a que tienen un mejor consumo diario de vitaminas y minerales así mismo tienen un mejor desempeño en la escuela y periodos más largos de atención que los que omiten el desayuno; sin embargo muchos de los niños consumen bocadillos altos en calorías y grasas, en lugar de bocadillos saludables (Moreno y Charro, 2006; Byrd-Bredbenner, et. al., 2010).

Además de la conducta alimentaria también son importantes los patrones de actividad física que los padres transmiten a los hijos, por lo que en las familias menos activas los hijos están a más riesgo de desarrollar patrones de vida inactivos. Es más, los patrones de vida sedentarios se añaden más que los activos. La influencia de los padres, aunque es mayor en los primeros años de vida se mantienen aún durante la adolescencia con una mayor asociación entre madres y sus hijas, padres y sus hijos, probablemente en relación con las particularidades de comunicación e identidad de ambos sexos. (Moreno y Charro, 2006).

Como los niños pasan mucho tiempo de sus primeros años de vida en la escuela, ésta es un gran sitio para aprender sobre hábitos alimentarios positivos y saludables. Esta educación les ayuda a comprender por qué el consumo de una dieta nutritiva los hará sentir con más energía, a verse mejor y a trabajar en forma más eficiente. Las comidas regulares diarias en familia, ya sea en el desayuno, la comida o la cena, ayuda a los niños a aplicar lo que aprenden durante la educación nutricional y a construir buenos hábitos alimenticios (Byrd-Bredbenner, y cols. 2010).

3.1 Otros factores que influyen en los hábitos de alimentación familiar

Para el desarrollo de los hábitos familiares en la alimentación también intervienen el *factor social* debido que el estilo de vida de un grupo influye de forma directa en el modo de comer, en lo que se come, en la relación que se establece con la comida y en el significado que la comida tiene. Actualmente vivimos en una sociedad en la que dedicamos la mayor parte de nuestro tiempo a trabajar; lo que significa disponer de poco tiempo para todo lo demás, esto nos obliga a comer fuera de casa, muchas veces a deshora, perder ese concepto de comida en familia, comer se convierte de esta forma en algo mecánico y utilitario (Calvo, et. al., 2011).

Además se han producido cambios en la estructura, organización y función del contexto familiar en los últimos años, como son el trabajo de la madre fuera del hogar, los horarios prolongados de trabajo, el porcentaje creciente de familias con un solo hijo, de familias monoparentales, la falta de tiempo de dedicación de los padres a los hijos, las dificultades horarias para compartir la mesa, las actividades de ocio, la lejanía, la imposibilidad de que familiares directos (abuelos) sustituyan a los padres en estas tareas,

por el contrario la sustitución de estos por personas ajenas a la familia, en muchos casos con diferentes valores, hábitos y creencias que transmiten a los niños tiene un efecto en la vida (Moreno y Charro, 2006).

También mencionan que lo anterior aumenta la probabilidad del consumo de alimentos manufacturados, muchos ya casi preparados o precocinados para su inmediato consumo mediante el uso de microondas u otras técnicas rápidas, que las puede utilizar cualquier miembro de la familia. Por tanto, la nueva estructura familiar y la tecnología alimentaria favorecen un mayor consumo en el hogar de estos alimentos y un aumento de la frecuencia de comidas fuera del hogar en restaurantes tradicionales de comida rápida, cafetería etc., es decir, cada vez más comida de conveniencia y menos comida tradicional, con el riesgo potencial de una menor calidad nutricional. Por tanto, los conocimientos y la actividad culinaria tradicional están dejando de ser una prioridad en la vida de la familia, debido a que para muchas familias el no pasar hambre es prioridad, es decir, primero está la cantidad sobre la calidad nutricional.

Otra situación es que los niños asisten a guarderías a edades muy tempranas por lo que los comedores escolares y de guardería juegan un papel importante, no solo en la ingesta de macro y micro nutrientes respecto a los requerimientos nutricionales recomendados para su edad y sexo, sino en la adquisición de hábitos o actitudes alimentarias por influencia de sus propios amigos y de las familias de los mismos que ofrecen alimentos al niño, en muchas ocasiones lejos de los patrones alimentarios recomendados (dulces, helados, golosinas diversas, etc.). Además se suma la disponibilidad del dinero por parte de los menores, que les permite comprar una parte importante de los alimentos que consumen sin control familiar (Mataix, 2009).

Respecto a las creencias que sean generadas encontramos que los padres obesos tienden a considerar a sus hijos obesos sobre todo a los varones y en los primeros años de vida, como no obesos, los ven como fuertes, sólidos, corpulentos, con buen esqueleto o alrededor del peso correcto, especialmente si son activos física y socialmente; además, cuando perciben a sus hijos con sobrepeso u obesidad no muestran en muchos casos una preocupación por tal situación. Por tanto, la obesidad en la familia constituye una barrera limitante para la identificación correcta del peso de sus hijos y para establecer las

estrategias adecuadas de prevención del sobrepeso y la obesidad, tanto de promoción de una alimentación saludable como de patrones de vida activa. Además apegarse a tres comidas al día no ofrece ventajas nutricionales, es solo una costumbre social, ya que se ha demostrado que se tiene más éxito al ofrecerles cinco comidas pequeñas que limitarlas a tres al día (Byrd-Bredbenner, et. al., 2010; Moreno y Charro, 2006; Madrid y Cañizares, 1998).

La cuestión *cultural* será el factor que regirá la forma en la que se prepara ese alimento, cómo lo comemos, en qué ámbito, a qué hora y todos los aspectos históricos desde su descubrimiento, métodos de conservación, etc. Es por eso que cuando la gente emigra de un país a otro o de un área a otra conocerá nuevos alimentos y nuevas costumbres alimenticias. Aunque sus costumbres originales hubieran sido nutricionalmente adecuadas. Su nuevo ambiente puede modificar sus hábitos alimentarios (Roth 2009; Moreno, 2006).

Con esto podemos poner como ejemplo la comida mexicana como la conocemos hoy en día es una composición del México prehispánico y el colonial, es decir, una combinación peculiar entre los recursos existentes con los que llegaron siendo lo más representativo lo frijoles, arroz, chile, jitomate y el maíz. La carne suele cocinarse con vegetales; se usa maíz o harina para hacer tortillas, que sirven como pan; la combinación de frijoles y maíz completa el consumo de proteínas; las tortillas de maíz rellenas de queso (llamadas quesadillas) proporcionan un poco de calcio. Sin embargo se debe motivar el uso de leche, la adición de vegetales verdes y amarillos, además de alimentos ricos en vitamina C (Roth, 2009).

También la religión ha ocasionado un impacto en las costumbres alimentarias de las diferentes culturas, incitando en ocasiones a tendencias totalmente contrapuestas, por ejemplo, la existente entre los hinduistas, que por respeto a la morada del alma inmortal no consumen ningún tipo de carne animal, de donde se piensan puede reencarnar un semejante. Referente al mundo occidental cristiano las restricciones dietéticas de la religión católica romana se han vuelto menos ortodoxas, pero aún no se permite la carne durante el miércoles de ceniza ni el viernes santo; además el Papa le pide a los adeptos abstenerse durante los viernes de cuaresma (Roth 2009; Moreno, 2006).

Respecto a los *Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC)*, es decir, la informática, Internet y las telecomunicaciones se han convertido en la primera actividad de los niños, después de dormir, de esta manera se han convertido en otro factor que influye en la adquisición de hábitos, debido a que se presenta un aumento del número de horas que los niños están solos con la televisión y las TICs ejerciendo un papel de cuidadores, lo que los expone a las compañías transnacionales que tienen un gran impacto en los hábitos de alimentación y en la economía, al vender a la población productos ajenos a sus necesidades reales de nutrición (Esquivel, 1998; Byrd-Bredbenner, et. al., 2010; Moreno y Charro, 2006).

Cada vez se populariza y se privilegia más el uso aparatos de televisión, consolas de videojuegos, computadoras y celular en este mundo globalizado; esto conlleva a la disminución de la actividad física con un incremento en actividades de ocio sedentarias lo que tiene un impacto en su desarrollo (Mataix, 2009; Cure, 2012).

Como se puede ver los avances tecnológicos también traen consigo al *sedentarismo* un hábito que también se aprende, es por eso que la actividad física desde los primeros años de vida favorece al establecimiento de patrones y hábitos activos que se perpetúan a lo largo del ciclo vital (Cure, 2012; Moreno y Charro, 2006).

Por tanto, contribuirá con un desequilibrio entre el consumo y el gasto energético, es decir, consumimos más energía que la que gastamos en las actividades físicas del día, esto se debe al uso excesivo de recursos que ofrecen comodidad y reducen al mínimo la actividad física, por ejemplo, los elevadores, los aparatos de control remoto, el auto, y actividades pasivas en el hogar además del consumo de una alimentación con densidad energética (Katz, 2008; Moreno y Charro, 2006).

Además que, se ha demostrado que la mayor prevalencia de obesidad se da entre los grupos de individuos con profesiones sedentarias (Calvo y cols., 2011).

La *economía* también contribuye a los hábitos alimenticios familiares, porque al pertenecer a cierta clase social podrán consumir los mismos alimentos que otros de la misma clase. Se ha evidenciado que las madres de grupos socioeconómicos inferiores tienden a ser más flexibles con sus niños, es más probable que complazcan las preferencias

de alimentos, dejan que sus hijos coman alimentos o golosinas a cualquier hora del día, con mayor frecuencia usan los alimentos como recompensa y los retiran como castigo, además que se preocupan menos porque comen poco. Por lo contrario, las madres en los niveles más altos son más rígidas y exigentes, tienen un patrón más establecido de alimentación durante el día y con menor frecuencia usan la comida como recompensa o castigo (Mataix, 2009; Roth, 2009; Beal, 1997).

Por lo tanto, los niños con mayor riesgo de consumir cantidades inadecuada de nutrientes son aquellos con malos hábitos nutricionales, que son vegetarianos estrictos o que provienen de familias con recursos limitados incluyendo las que tienen padres desempleados son asociados a consumos de dietas altas en calorías y en grasa en relación a nivel de actividad física, en individuos con bajo nivel socioeconómico, unido a un menor nivel educativo; así cuanto más bajo sea el nivel educacional y socioeconómico familiar, cuanto mayor sea la permisividad, tolerancia de los padres y cuanto más horas vea el niño de tv más probabilidad de comer a la cartelera televisiva (Byrd-Bredbenner, et. al., 2010; Cure, 2012; Martín, 2000; Mataix, 2009).

De esta manera la elección y compra de alimentos se relaciona con el gasto económico que genera, en consecuencia muchos niños tienen un patrón dietético obligado por razones socioeconómicas y educacionales, que difícilmente se puede ajustar a las recomendaciones nutricionales establecidas por los gobiernos y sociedades científicas; por lo que generan desigualdad de oportunidad en la selección de compra, consumo de alimentos saludables, circunstancias de desigualdad para la salud y sólo favoreciendo una mayor prevalencia de obesidad (Moreno y Charro, 2006).

Como podemos observar el momento en el que se come es tan importante como lo que se come, es por eso que el alimento no es sólo una fuente de nutrientes, sino que representa la suma de la cultura y las tradiciones individuales. El alimento es un medio de comunicación y un símbolo de condición económica y social. Tiene un significado cada vez mayor para el individuo con el paso de los años, ya que es un vínculo de la niñez con y la familia (Beal, 1997; Byrd-Bredbenner, et. al., 2010).

Para lograr la buena nutrición no es indispensable cambiar todos los hábitos de alimentación, ni en los niños ni en los adultos hay que corregir los que sean defectuosos, conservar los compatibles con una alimentación correcta y crear nuevos hábitos que sean necesarios para llegar a la nutrición óptima, de las personas y de los diversos grupos humanos (Quintín, 1990).

Así mismo se ha demostrado que las conferencias con el fin de crear nuevos hábitos de alimentación logran menos que la discusión y los acuerdos en grupo, porque se pueden discutir los problemas que afectan a la comunidad en sesión plenaria, como en una sociedad con derecho al uso de la palabra para todos los miembros del grupo, pero sin olvidarnos de la alimentación en razones científicas y de convivencia social; de esta manera la orientación sobre prácticas correctas de alimentación en alumnos, hay que estudiar las influencias positivas y las negativas de los hogares, aprovechar el momento en que los alumnos necesitan la enseñanza para el beneficio personal y social.

Porque justamente la familia contribuye en el diseño de su dieta y en la conducta alimentaria de los niños, lo que puede ser beneficioso, pero también puede suponerse un riesgo para la salud nutricional del niño. Se hace necesario el establecer tempranamente en los niños hábitos dietéticos que agreguen una ingesta rica y variedad de alimentos con distintos nutrientes, texturas, colores y sabores, que le permitan una adecuada nutrición y crecimiento, además adquirir progresivamente preferencias alimentarias y una capacidad de selección adecuada (Mataix, 2009).

De esta forma, Esquivel (1998) indica que una buena nutrición tendrá diferentes funciones en la vida del ser humano, es decir, en el aspecto biológico, la nutrición adecuada promueve el desarrollo y el crecimiento óptimo del organismo, así como el funcionamiento armónico de todos los sistemas y aparatos, es decir, mantiene la homeostasia. Por otro lado, en la esfera psicológica la nutrición fomenta un adecuado equilibrio de las funciones psicológicas simples, por ejemplo la propagación de los impulsos eléctricos, como las complejas, es el caso del aprendizaje, de la memoria, la motivación y la percepción, además, comer es un acto placentero y un estímulo emocional. Finalmente el ámbito social, la nutrición se relaciona con diversos aspectos como son:

- a) Económicos, ya que una buena nutrición de individuos y comunidades incrementa la productividad y propicia el desarrollo de las naciones.
- b) Culturales y educativos, pues una población bien alimentada tiene mayor potencial para realizarse en estos dos campos y, además, tiende a manifestar mejores hábitos higiénicos y nutriólogicos para su alimentación.

No hay que olvidar que los padres también son la influencia en la conducta física de sus hijos por ser ejemplo y estímulo. Porque si ellos comparten actividades con todos los miembros de la familia facilitan el equipamiento y desplazamiento a las áreas de juego y deporte, serán factores que refuerzan los patrones de vida activos de los hijos. Por el contrario, si muestran desinterés y le dan la prioridad a otras actividades sedentarias en el tiempo extraescolar la exigencia de éxito en la práctica deportiva o las dificultades para desplazarlos a los lugares de actividad física son situaciones frecuentes que limitan las oportunidades de vida activa de los hijos (Moreno y Charro, 2006).

4.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tomando en cuenta que los hábitos se establecen dentro del hogar, lo ideal es que se adquirieran desde la primera infancia, se asume que la falta de ellos ocasiona desfases en la salud; de esta manera se observa la importancia de que los padres adquirieran herramientas que faciliten la ejecución de acciones, para construir conocimientos y promuevan habilidades que les permitan tener hábitos alimenticios saludables en su familia (Valles, 2010).

Debido a que en la actualidad la obesidad se encuentra entre las cinco primeras causas de muerte en el país, representa un grave problema de salud pública para México (Asociación de Medicina Interna en México, 2000; Calero 2005); es por eso que el **objetivo** de la **investigación** fue: *describir y analizar los procesos de adquisición de hábitos alimenticios a través de una intervención psicoeducativa enfocada a la prevención de la obesidad infantil dirigida a padres de familia de un preescolar.*

Por lo tanto, los objetivos específicos de la investigación consistieron en:

- Recaudar información sobre hábitos alimenticios en términos de registro de frecuencia en padres de familia de un preescolar.
- Determinar si la intervención psicoeducativa generó adquisición de conocimientos de hábitos alimenticios.
- Determinar si existe correlación entre la motivación (objetivos a corto plazo) y el aprendizaje.

Respecto a la **intervención psicoeducativa** el **objetivo** fue *que los padres de familia adquirieran herramientas para integrar hábitos alimenticios dentro del hogar.*

A partir del objetivo general de la intervención, los **objetivos específicos** fueron los siguientes.

- Se identificó los hábitos de alimentación de riesgo en la familia de los padres del preescolar.

- Los padres adquirirán información sobre el sobrepeso y obesidad además de los hábitos alimenticios y sus consecuencias.
- Los padres de familia obtendrán información acerca de las técnicas de modificación conductual (Para adquisición de conductas: reforzamiento: positivo y negativo, modelamiento, moldeamiento. Para mantener o aumentar la conducta: economía de fichas y contratos conductuales. Para reducir o eliminar conductas: castigo: positivo y negativo, reforzamiento diferencial: de tasas bajas, conductas incompatibles).
- Los padres de familia desarrollarán la habilidad para la realización de un tríptico donde plasmarán las herramientas que adquirieron para la prevención de la obesidad.

4.1-Metodología

La presente investigación tuvo un diseño de **caso único** que hace referencia al estudio del individuo (N=1) o una entidad formada por varios individuos (N>1); siendo esta última en la que se centró dicha investigación.

Respecto a sus usos Morley (2007) citado en Roussos (2007) define 4 usos fundamentales para los cuales se prestan los casos únicos en Psicología:

- 1.-Pedagógicos generales, ya que este tipo de diseño son sumamente didácticos al permitir una fácil ejemplificación de conceptos.
- 2.-Para entrenamientos de profesionales a través de los cuales se generan estándares y modelos de acción clínica.
- 3.-Peculiaridades clínicas, que generan nuevas ideas y tendencias de pensamiento.
- 4.-Para la realización de tareas de investigación.

Por lo tanto, el presente trabajo tuvo como fin realizar una investigación, y así mismo de llevar a cabo una intervención. De esta manera tuvo un **diseño A-B** donde la fase A implicó la línea base con la intención de ver la frecuencia natural de la conducta objeto de estudio; En la fase B, se introdujo la variable de tratamiento.

Respecto a las características de los participantes dependió de los criterios de los investigadores y de la misma investigación; de esta manera los participantes eran un conjunto de casos que reunieron un mismo perfil con características similares.

De esta manera se trabajó con 4 madres de familia pertenecientes al Jardín de Niños “Luis Nishizawa”, ubicado en el Estado de México. Por lo tanto, el 50% (2 madres de familia) cuentan con la educación secundaria, el 25% (1 madre de familia) con educación media superior, mientras que el otro 25% (1 madre de familia) tiene carrera técnica; respecto a las edades eran de 25, 34, 22 y 37 años, la manera de seleccionarlas fue mediante un cuestionario que recaba frecuencias de hábitos alimenticios, estas frecuencias eran medidas en nivel alto, nivel medio, nivel bajo y nivel nulo, las cuatro madres obtuvieron un nivel medio en dicho cuestionario.

Las **variables** que se utilizaron fueron las siguientes:

Variables generales		
Nombre de la Variable	Definición Operacional	Forma de medición
Independiente: Intervención psicoeducativa	Brindar información que permitirá a las personas la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar o prevenir la obesidad infantil de modo más adaptativo. Categoría: Información: referir acerca de las circunstancias, factores, aspectos, tratamientos etc.	Mediante un folleto y para ello se desarrollaron rúbricas para su codificación en una escala ordinal debido a que existen relaciones de orden. Los criterios son: El 5 representa excelente (comprensión total del problema), el 4 refiere a bueno (comprensión del problema), el 3 que es regular (comprensión parcial del problema), el 2 es inadecuado (poca comprensión del problema), el 1 es malo demuestra (no comprensión del problema) y el 0 hace mención a que no presento (anexo 4).

<p>Dependiente: Hábitos de alimentación</p>	<p>La forma constante de preparar la comida, los tipos de alimentos que consumen comúnmente, el número y el horario de comidas que usualmente realizan durante el día, las personas con quien acostumbran comer, además de los lugares donde comen con más frecuencia y el consumo de más energía de la gastan en el día. Por lo tanto nuestra variable tiene las siguientes categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparación de comida • Tipo de alimento • Número, hora y lugar de comidas • Compañía durante la comida • Consumo de más energía de la que se gasta en el día 	<p>Cuestionario de opción múltiple recaba información en términos de registro de frecuencia por consiguiente no se manejó la intención de otorgarle índices psicométricos. (anexo 1)</p>
--	--	---

Variables de la correlación

Estas variables se establecieron para determinar si existe correlación entre la motivación (objetivos a corto plazo) y el aprendizaje, es decir si el aprendizaje depende de la motivación

Nombre de la Variable	Definición Operacional	Forma de medición
<p>Independiente: Motivación (objetivos a corto plazo)</p>	<p>Los objetivos a corto plazo son representaciones cognitivas de un acontecimiento futuro que se generan a través de la información que se recibe y la forma en que se procesa, esto forma parte de la motivación. Los objetivos a corto plazo deben tener diversidad (no deben de ser los mismos en cada sesión) además de que se relacione con el tema de la sesión y el general de la intervención.</p> <p>categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Provocar: que la persona pueda incitarse a cambiar algún comportamiento, creencia o pensamiento. 	<p>Bitácora se desarrollaron rúbricas para la codificación de los objetivos a corto plazo en una escala ordinal debido a que existen relaciones de orden. Por lo tanto los criterios son: 4 que equivale excelente (cumple con todos los criterios) que representaría una motivación alta, mientras que el 3 es bueno (contiene algunos criterios) aquí la motivación es media, el 2 es regular (siempre pone lo mismo) la motivación es baja, por último la el 1 representará</p>

	Dirigir: que la persona pueda enfocarse a cambiar un comportamiento, creencia o pensamiento por otro.	motivación nula ya que no cumple con los criterios (anexo 2).
Dependiente: Aprendizaje	Elementos plasmados en folleto (definición de hábitos alimenticios, hábitos alimenticios inadecuados y sus consecuencias, alternativas para cambiar dichos hábitos fundamentados en las técnicas conductuales). Se evidencia aprendizaje si cumple con lo antes mencionado. categorías: <ul style="list-style-type: none"> • Compresión: entender el contenido visto • Asimilación: relacionar el contenido con su vida 	Mediante un folleto y para ello se desarrollaron rúbricas para su codificación en una escala ordinal debido a que existen relaciones de orden. Los criterios son: El 5 representa excelente (compresión total del problema), el 4 refiere a bueno (compresión del problema), el 3 que es regular (compresión parcial del problema), el 2 es inadecuado (poca compresión del problema), el 1 es malo demuestra (no compresión del problema) y el 0 hace mención a que no presente (anexo 4).

Tabla 2. Explica operacionalmente las variables y su forma de medición

Instrumentos:

Para efectos exclusivos de este trabajo, se elaboró un cuestionario de opción múltiple que recaba información sobre la preparación de comida, el tipo de alimento, número, hora y lugar de comidas, compañía durante la comida y actividades físicas y recreativas (anexo 1); en cada pregunta la puntuación máxima es de 3 que corresponde al nivel alto, el nivel medio es de 2, bajo es 1 y el nulo es 0; por lo tanto la puntuación máxima es de 51, mientras que la mínima sería de 0. De esta manera la ubicación del resultado en el nivel que le corresponde fue de acuerdo a su puntuación y para esto se emplearon los siguientes intervalos:

- De 35 a 51 Alto
- De 18 a 34 Medio
- De 1 a 17 Bajo

- 0 equivale a Nulo

Dicho cuestionario tuvo la finalidad de recabar información en términos de registro de frecuencia y no fue para la medición de algún constructo, por consiguiente no se manejó la intención de otorgarle índices psicométricos.

El segundo instrumento fue una bitácora en forma de cuadro con 5 apartados (hoy vimos... aprendí que... mi conclusión es... que cambiaré a partir de hoy y Qué hice para lograr mi meta anterior), el cual se calificó de acuerdo a la rubricas presentadas (anexo2).

4.2. Procedimiento

Por consiguiente, para cumplir con los objetivos antes planteados se propuso la intervención psicoeducativa debido a que permite una fácil ejemplificación de los temas y además permitió comprenderlos a través de actividades lúdicas; (en el anexo 3 se encuentran las cartas descriptivas de la intervención).

A continuación se describe el contenido de la intervención:

1.- Aplicación del cuestionario de opción múltiple (sesión 1)

Objetivo: Se identificó los hábitos de alimentación de riesgo en la familia de los padres del preescolar.

- Se aplicó el cuestionario de opción múltiple que recaba información sobre la preparación de comida, el tipo de alimento, número, hora y lugar de comidas, compañía durante la comida y actividades físicas y recreativas.

2.- Información de los hábitos alimenticios y consecuencias (sesión 2 y 3)

Objetivo: Los padres adquirieron información acerca del sobrepeso y la obesidad además de los hábitos alimenticios y sus consecuencias.

- En la sesión 2 se comenzó con una explicación de lo que consistiría la intervención, cuántas sesiones duraría y porque ellos fueron seleccionados. Posteriormente se

expuso la situación actual del sobrepeso y la obesidad y sus consecuencias, al finalizar se prosiguió a la realización de una dinámica de presentación llamada telaraña donde tenían que decir cuál es su nombre y su platillo favorito, así mismo se establecieron las reglas de convivencia de las sesiones y se les comentó que se pondría un cuadro con su nombre y se pegaría una estrellita por su asistencia en cada sesión para que al finalizar se les diera una constancia de asistencia a los que cumplieran con todas las sesiones, para cerrar la sesión se realizó la bitácora.

- En la sesión 3 los padres de familia tuvieron que armar los conceptos de hábitos y hábitos alimenticios que se les presentaron en forma de rompecabezas, la siguiente actividad fue una tómbola donde se les presentó ejemplos y tuvieron que organizarlos en hábitos o hábitos alimenticios, después realizaron una lista con todos los hábitos alimenticios que creyeron tener en su familia, luego se les dio una exposición donde se vieron las consecuencias de los hábitos inadecuados de alimentación, posteriormente ellos clasificaron su lista previamente hecha en hábitos adecuados y hábitos inadecuados, para finalizar se realizó la bitácora.

3.- Técnicas de modificación conductual (sesión 4 y 5)

Objetivo: Los padres de familia obtendrán información acerca de las técnicas de modificación conductual.

- En la sesión 4 los padres escenificaron una situación donde tenían que empezar a cambiar un hábito en su familia; al término de la actividad los coordinadores actuaron utilizando una técnica de modificación conductual. Se les preguntó su opinión de lo que acaban de ver, al finalizar su opinión se les comentó que hay otras alternativas para cambiar hábitos como lo son las técnicas de modificación conductual, con esto se dio paso para la exposición donde se les comentó las técnicas, además de que se les puso ejemplos visuales como vídeos, esta sesión se finalizó con la realización de la bitácora.
- Sesión 5, se les proyectó vídeos relacionados con las técnicas de modificación conductual y vídeos donde se les mostraron casos donde se podían aplicar, después

se expuso las técnicas, además se relacionaron con los videos antes vistos, por último contestaron la bitácora.

4.- Evaluación final, elaboración de un folleto (sesión 6)

Objetivo: Los padres de familia desarrollarán la habilidad para la realización de un tríptico donde plasmarán las herramientas que adquirieron para la prevención de la obesidad.

- Los padres realizaron un folleto que incluyó el concepto de hábitos alimenticios y la consecuencia de los hábitos alimenticios inadecuados, pusieron ejemplos y las técnicas de modificación (el folleto fue calificado de acuerdo a las rúbricas presentadas en el anexo 4).
- Se llevó a cabo el cierre del taller donde se les entregó una constancia de asistencia.

5. RESULTADOS

El análisis del cuestionario de las 4 madres de familia será descriptivo debido a que se pretende organizar, simplificar y resumir los datos recabados de los hábitos alimenticios en frecuencias, por lo tanto los **resultados generales del cuestionario** son los siguientes:

Preparación de alimentos

Referente a la forma que **más utilizan** se encontró que el 50% suelen preparar constantemente los alimentos de forma frita, mientras que el otro 50% lo hacen de forma hervida. Por tanto, cocinar de forma frita representa un riesgo como hábito de alimentación ya que aumenta la posibilidad de desarrollar sobrepeso y obesidad. Respecto a la forma de cocinar que **menos utilizan** el 75% de las mamás no acostumbran asar los alimentos, mientras que el 25% no frecuentan la manera de cocinar al vapor, siendo estas dos son las más recomendables junto con la forma hervida.

Preparación de alimentos el que más utilizan			
Clasificación	Categoría	Frecuencia Absoluta (<i>f</i>)	Porcentaje (%)
El que Más utilizan	hervidos	2	50%
	Fritos	2	50%
Total		4	100%
Preparación de alimentos el que menos utilizan			
Clasificación	Categoría	Frecuencia Absoluta (<i>f</i>)	Porcentaje (%)
El que Menos utilizan	Cocidos al vapor	1	25%
	Asados	3	75%
Total		4	100%

Tabla 3. Descripción de frecuencias y porcentajes de la preparación de alimentos.

Tipos de alimentos

En esta categoría se encontró que el 50% acostumbran **consumir** carnes (puerco, res, embutidos), esto se puede relacionar con la categoría anterior donde el 50% fríen los alimentos debido a que este tipo de carnes suelen prepararse de esa forma, así mismo se asocian con un alto contenido de grasas por lo que no son muy recomendables. Respecto a las verduras, frutas cereales y legumbres encontramos que un 25% las consumen, mientras que el otro 25% comen pollo, pescado y lácteos.

Mientras que los alimentos que **menos consumen** se encontró que el 50% no consume pollo, pescado y lácteos, mientras que un 25% no come verduras, frutas, cereales y legumbres siendo estos grupos los más recomendados para consumir. Referente al refresco, pan de dulce, chocolates y golosinas un 25% es el que menos consume representando un buen hábito alimenticio. Referente al **consumo de golosinas y comida chatarra entre comidas** se encontró el 50% lo hace algunas veces mientras que un 25% si lo hace y el otro 25% no.

Tipos de alimentos El que a menudo suelen consumir			
Clasificación	Categoría	Frecuencia Absoluta (f)	Porcentaje (%)
El que a menudo suelen consumir	Carne de res, puerco, embutidos	2	50%
	Pollo, pescado y lácteos	1	25%
	Verduras frutas, cereales y legumbres	1	25%
Total		4	100%
Tipos de alimentos el que menos consumen			
Clasificación	Categoría	Frecuencia Absoluta (f)	Porcentaje (%)
El que menos consumen	Pollo, pescado y lácteos	2	50%
	Verduras frutas, cereales y legumbres	1	25%
	Refresco, pan de dulce, chocolate dulces	1	25%
Total		4	100%
Comer golosinas entre comidas			
Clasificación	Categoría	Frecuencia Absoluta (f)	Porcentaje (%)
Consumo de golosinas y comida chatarra entre comidas	Si	1	25%
	No	1	25%
	Alguna veces	2	50%
	Total	4	100%

Tabla 4. Descripción de frecuencias y porcentajes de los tipos de alimentos.

Número y tiempo de comidas

Se encontró que las **comidas que realizan durante el día** un 50% hace 3 comidas al día (mañana, tarde, noche) mientras que el otro 50% solo efectúa 2 comidas (mañana y noche), sin embargo lo ideal es que realicen 5 comidas al día (Mañana, media mañana, tarde, media tarde, noche). Respecto al tiempo que tardan en comer el 75% lo hace en un promedio de 30 minutos si en dolo el más adecuado, mientras que el 25% los hace en 50 minutos.

Comidas que realizan durante el día		
Categoría	Frecuencia Absoluta (f)	Porcentaje (%)
3 mañana, tarde y noche	2	50%
2 mañana y noche	2	50%
Total	4	100%
Tiempo que tardan en comer		
Categoría	Frecuencia Absoluta (f)	Porcentaje (%)
50 minutos	1	25%
30 minutos	3	75%
Total	4	100%

Tabla 5. Descripción de frecuencias y porcentajes de comidas que realizan al día y tiempo que tardan en comer.

Lugar y compañía durante la comida

Se encontró que **comer fuera de casa** en restaurantes, puestos de tacos, hamburguesas, tortas, etc. un 50% los hace de 1 a 2 veces por mes, mientras que el otro 50% lo hace de 1 a 2 veces al año. Referente a las personas con quien acostumbra comer su hijo un 75% lo hace con papá, mamá y hermanos, mientras que el 25% con papá y mamá.

Comer fuera de casa		
Categoría	Frecuencia Absoluta (f)	Porcentaje (%)
1 a 2 veces por año	2	50%
1 a 2 veces al mes	2	50%
Total	4	100%
Personas con quien acostumbra comer su hijo		
Categoría	Frecuencia Absoluta (f)	Porcentaje (%)
Papá y mamá y hermanos	3	75%
Papá y mamá	1	25%
Total	4	100%

Tabla 6. Descripción de frecuencias y porcentajes de lugar donde comen y personas con quien acostumbran comer su hijo.

Consumo de más energía de la que se gasta en el día

Se encontró que ningún miembro de la familia o la familia en conjunto realizan algún deporte, ejercicio o actividad donde se quemen las calorías, siendo una posibilidad el que consuman más energía de la que gastan en el día y esta se almacene en forma de grasa.

Ejercicio en la familia		
Categoría	Frecuencia Absoluta (f)	Porcentaje (%)
No realizan	4	100%
Total	4	

Tabla 7. Descripción de frecuencias y porcentajes deporte, ejercicio o actividad donde se quemen las calorías en los miembros de la familia.

Resultados generales de la intervención

El análisis de datos que se realizó en la fase de intervención se encontró lo siguiente:

Respecto a los **objetivos a corto plazo** que se planteaban en cada sesión se encontró que un **25%** se localizaban en la categoría de **excelentes**, es decir, tenían diversidad, no eran los mismos en casa sesión siendo congruentes con el tema que se estaba viendo y el de la intervención; mientras que un 50% se encontraba en la categoría de **regular**, es decir, no tenían diversidad, sus objetivos eran los mismos en cada sesión, por último el otro 25% solo tenían relación con el tema de la sesión por lo que estaba en la categoría de **bueno**.

Objetivos		
Categoría	Frecuencia Absoluta (<i>f</i>)	Porcentaje (%)
Excelente (Diversidad)	1	25%
Bueno (Relación con el tema de la sesión)	1	25%
Regular (No tenían diversidad)	2	50%
Inadecuado (No se relaciona con el tema)	0	0%
Total	4	100%

Tabla 8. Frecuencia y porcentaje de las categorías de los objetivos a corto plazo planteados en la sesiones

Al resultado del folleto encontramos que un 75% se encuentra en un **nivel regular** donde se evidencia comprensión parcial del problema debido a que solo incluye algunos elementos requeridos en la actividad. Mientras que un 25% se encuentra en un **nivel inadecuado**, es decir, las evidencias indican poca comprensión de los temas vistos (los folletos se pueden encontrar en el anexo 5).

Folletos		
Categoría	Frecuencia Absoluta (<i>f</i>)	Porcentaje (%)
Excelente	0	0%
Bueno	0	%
Regular	3	75%
Inadecuado	1	25%
Malo	0	0%
No presente	0	0%
Total	4	100%

Tabla 9. Frecuencias y porcentajes de las categorías de la evaluación del folleto.

Posteriormente se realizó un análisis inferencial utilizando una prueba no paramétrica que fue el Coeficiente de Rangos de Spearman debido a que es una medida de asociación lineal apropiada para estudiar la correlación entre variables en escala ordinal, por lo tanto, una **relación positiva** indica que los valores altos de una variable se asocian con los valores altos de la otra variable, y los valores bajos con los valores bajos; **una relación negativa** indica que los valores altos de una variable se asocian con los valores bajos de la otra variable, y los valores bajos con los valores altos (De La Fuente, 2011).

Las variables que se tomaron en cuenta para llevar a cabo la correlación están en una escala ordinal, de esta manera se pretende saber si la motivación (objetivos a corto plazo) influye en el aprendizaje de herramientas para la prevención de la obesidad; por lo tanto, nuestras hipótesis son:

H0: No existe correlación ente la motivación (objetivos a corto plazo) y el aprendizaje de herramientas para la prevención de la obesidad.

H1: Si existe correlación ente la motivación (objetivos a corto plazo) y el aprendizaje de herramientas para la prevención de la obesidad.

A continuación, se presenta el procedimiento del Coeficiente de Rangos de Separan, en primer lugar se obtendrán las diferencias al cuadrado de las dos variables y posteriormente se obtendrá la significancia estadística.

Tabla de diferencias del Coeficiente de Rangos de Spearman				
Mamá	puntaje que obtuvieron en sus objetivos	puntaje que obtuvieron folleto	Diferencia	Diferenci a al cuadrado
1	3	2	1	1
2	2	3	-1	1
3	4	3	1	1
4	2	3	-1	1
Total				4

Tabla 10. Diferencias de rangos para efectuar el análisis del Coeficiente de Rangos de Spearman.

Análisis estadístico:

La fórmula que se presenta a continuación se recupera de una guía de la Universidad de Alcalá (2004), así mismo nos basaremos en la tabla de valores críticos del coeficiente de correlación de Spearman (r_s) para tomar la decisión de aceptar o rechazar la hipótesis nula.

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum_{i=1}^{i=n} d_i^2}{n^3 - n}$$

$$r_s = 1 - \frac{6(4)}{4^3 - 4} = 1 - \frac{24}{60} = 1 - 0.4 = \mathbf{0.6}$$

Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la de investigación la cual indica que si existe correlación ente la motivación (objetivos a corto plazo) y el aprendizaje de herramientas para la prevención de la obesidad.

Sin embargo esta correlación es positiva y débil debido a que en la tabla de valores críticos del coeficiente de correlación de Spearman en una aceptación de 0.50 para $n=4$ indica que el coeficiente debe de ser de 0.600, esto se pudo deber a que el 75% se encontró en un nivel regular en el folleto, esto se refiere a que se evidencia comprensión parcial del problema, incluye algunos elementos requeridos en la actividad. Mientras que en los objetivos a corto plazo el 50% obtuvo un regular lo que indica que no tiene diversidad, es decir, que sus objetivos eran los mismos en cada sesión. De esta manera si los participantes hubieran tenido un excelente en los folletos y un excelente en los objetivos acorto plazo la correlación sería fuerte.

Descripción particular de cada madre de familia que participo en el presente trabajo:

Madre de familia 1: 25 años de edad; escolaridad: secundaria. En el cuestionario obtuvo una puntuación de 34 que coloca sus hábitos alimenticios en un rango medio, siendo esto un signo de alarma, ya que cuenta con hábitos inadecuados de alimentación

que probabilizan el desarrollo de obesidad en su familia y en su hija de 4 años de edad. Además se puede observar en su cuestionario que la forma en que más acostumbra cocinar es frita y en la que menos acostumbra es cocer los alimentos a vapor, las carnes que más consume son la de res, puerco y los embutidos (salchicha, chorizo, jamón, entre otros), mientras que en su dieta se incluye poco la carne de pollo, pescado y lácteos, acostumbra realizar solo 2 comidas (por la mañana y por la tarde) y cada una dura aproximadamente 30 min siendo este tiempo el más recomendable para hacerlo, sin embargo acostumbra comer dulces entre comidas y comer fuera de casa (restaurantes, puestos de tacos, hamburguesas, tortas, etc.) de 1 a dos veces por mes, su familia y ella suelen comer juntos pero no hacen ninguna actividad física en conjunto.

Ella asistió a 3 sesiones (equivalente al 60% de asistencia) por cuestiones desconocidas, a lo largo de estas sesiones se mostró participativa y los objetivos que se planteó fueron repetitivos es decir fueron los mismos en todas las sesiones y tenían relación con el tema (“tratar de comer menos cosas fritas y comida charra”) viéndose esto reflejado en su producto final (tríptico) en el cual se evidencia comprensión parcial del problema, ya que identifica y define los hábitos alimenticios y sus consecuencias, sin embargo no identifica las técnicas de modificación conductual y no pone ejemplos, por lo cual, en esta última actividad obtuvo una puntuación de 3.

Con lo anterior podemos comprender el motivo por el cual ella y su familia se encuentran en un nivel medio, es decir ellos poseen hábitos inadecuados de alimentación debido a que prefieren comer cosas fritas en lugar de hervidas, siendo esta última la forma más adecuada para la preparación de alimentos y la primera evidencia un alto consumo de grasas que se complementa con el consumo de carnes como la de res, puerco y embutidos (salchicha, chorizo, jamón, entre otros), todo lo anterior mezclado con que solo realizan 2 comidas al día siendo esto poco recomendado, ya que lo ideal es realizar 5, por otro, lado suelen salir a comer de 1 a 2 veces al mes a restaurantes, puestos de tacos, hamburguesas, tortas, etc. Y comer golosinas antes de la comida, todo lo anterior sumado a la falta de ejercicio que ayuda a que los alimentos que consumen se conviertan en energía que se almacena en forma de grasa y por lo tanto posea mayor probabilidad de desarrollar obesidad.

Madre de familia 2: 34 años de edad; escolaridad: Preparatoria. En el cuestionario obtuvo una puntuación de 29 que coloca sus hábitos alimenticios en un rango medio, siendo esto un signo de alarma, ya que cuenta con hábitos inadecuados de alimentación que probabilizan el desarrollo de obesidad en su familia y en su hija de 6 años de edad. Además podemos observar que en su cuestionario la forma en que más acostumbra cocinar es frita y en la que menos lo hace es azar los alimentos, las carnes que más consume son la de res, puerco y los embutidos (salchicha, chorizo, jamón, entre otros), mientras que en su dieta se incluye poco la carne de pollo, pescado y lácteos, ella acostumbra realizar 3 comidas al día (por la mañana, la tarde y noche) y cada una dura aproximadamente 50 min; siendo este tiempo poco recomendable, ya que puede influir para que se consuman más alimentos, sin embargo acostumbra a no comer dulces entre comidas y a comer fuera de casa (restaurantes, puestos de tacos, hamburguesas, tortas, etc.) de 1 a dos veces por año, su familia y ella suelen comer juntos pero no hacen ninguna actividad física en conjunto.

Ella asistió a todas las sesiones (equivalente al 100% de asistencia), a lo largo de estas sesiones se mostró bastante participativa, ya que en cada una hacía diversas preguntas y nos compartía lo que vivía en su casa y como trataba de resolverlo, además de que nos pidió información sobre donde podía recibir atención psicológica para ella y su familia, además también nos comentó su interés por seguir aprendiendo sobre como alimentarse sanamente y prevenir la obesidad en su hija y su familia (remitiéndola a la Clínica Universitaria de Salud Integral , CUSI)

Por otro lado, los objetivos que se planteó durante las sesiones tuvieron completa relación con el tema a pesar de que no fueron los mismos en ninguna sesión, viéndose esto reflejado en su producto final (tríptico) en el cual se evidencia comprensión parcial del problema, ya que identifica y define los hábitos alimenticios y sus consecuencias, sin embargo no identifica las técnicas de modificación conductual y no pone ejemplos, por lo cual en esta última actividad obtuvo una puntuación de 3.

Con lo anterior podemos comprender el motivo por el cual ella y su familia se encuentran en un nivel medio, es decir ellos poseen hábitos inadecuados de alimentación debido a que prefieren comer cosas fritas en lugar de hervidas o azadas, siendo estas últimas las formas más adecuadas para la preparación de alimentos, la primera evidencia

un alto consumo de grasas que se complementa con el consumo de carnes como la de res, puerco y embutidos (salchicha, chorizo, jamón, entre otros), todo lo anterior mezclado con que solo realizan 3 comidas al día siendo esto poco recomendado ya que lo ideal es realizar 5, además de que estas comidas duran aproximadamente 50 min, tiempo poco recomendado para la realización de las mismas lo mejor es que se realicen en 30 min ya que el hacerlo en más tiempo ayuda a que se consuman más alimentos de los que se debería, por otro lado suelen salir a comer de 1 a 2 veces al año a restaurantes, puestos de tacos, hamburguesas, tortas, etc., todo lo anterior sumado a la falta de ejercicio que ayuda a que los alimentos que consumen no sean aprovechados como deberían es decir esto ayuda a que la energía consumida se almacene en forma de grasa y por tanto tengan mayor probabilidad de desarrollar obesidad.

Madre de familia 3: 22 años de edad. Escolaridad: secundaria. En el cuestionario obtuvo una puntuación de 28 que coloca sus hábitos alimenticios en un rango medio, siendo esto un signo de alarma, ya que cuenta con hábitos inadecuados de alimentación que probabilizan el desarrollo de obesidad en su familia y en su hija de 4 años de edad. Así mismo podemos observar en su cuestionario que la forma en que más acostumbra cocinar es hirviendo sus alimentos y en la que menos lo hace es cocinarlos fritos, las carnes que más consume son la de pollo, pescado y lácteos, mientras que en su dieta se incluye poco la carne de res, puerco y los embutidos (salchicha, chorizo, jamón, entre otros), ella acostumbra realizar solo 2 comidas (por la mañana y por la tarde) y cada una dura aproximadamente 30 min siendo este tiempo el más recomendable para hacerlo, sin embargo en algunas ocasiones refiere comer dulces entre comidas y comer fuera de casa (restaurantes, puestos de tacos, hamburguesas, tortas, etc.) de 1 a dos veces por mes, su familia y ella suelen comer juntos pero no hacen ninguna actividad física en conjunto.

Ella asistió a 4 sesiones (equivalente al 80% de asistencia) por cuestiones desconocidas, a lo largo de estas sesiones se mostró participativa y los objetivos que se plateó fueron repetitivos es decir, fueron los mismos en todas las sesiones, pero tenían relación con el tema (“cambiar mi forma de darle de comer a mi hija y comer más sano”) viéndose esto reflejado en su producto final (tríptico) en el cual se evidencia comprensión parcial del problema, ya que identifica y define los hábitos alimenticios y sus

consecuencias sin embargo no identifica las técnicas de modificación conductual, por lo cual en esta última actividad obtuvo una puntuación de 3.

Con lo anterior podemos observar que ella y su familia se encuentran en un nivel medio, es decir, ellos poseen hábitos inadecuados de alimentación a pesar de que prefieren comer cosas hervidas y evitar el cocinar cosas fritas, siendo esta última las formas más inadecuadas de cocinar debido al alto consumo de grasas, como podemos ver ella incluye en su alimentación como base la carne de pollo, los pescados y los lácteos, mientras que en su dieta se incluye poco la carne de res, puerco y los embutidos (salchicha, chorizo, jamón, entre otros), siendo esto lo más adecuado, ya que al evitar consumir las carnes rojas ayuda que el consumo de grasa animal se reduzca en su dieta, sin embargo ella y su familia solo realizan 2 comidas al día siendo esto poco recomendado, ya que lo ideal es realizar 5, también nos refiere consumir en algunas ocasiones dulces antes de la comida y salir a comer de 1 a 2 veces al año a restaurantes, puestos de tacos, hamburguesas, tortas, etc., todo lo anterior sumado a la falta de ejercicio que ayuda a que los alimentos que consumen no sean aprovechados como deberían, es decir, esto ayuda a que la energía consumida se almacene en forma de grasa y por tanto, tengan mayor probabilidad de desarrollar obesidad.

Madre de familia 4: 37 años de edad. Escolaridad: carrera técnica. En el cuestionario obtuvo una puntuación de 25 que coloca a sus hábitos alimenticios en un rango medio, siendo esto un signo de alarma, ya que cuenta con hábitos inadecuados de alimentación que probabilizan el desarrollo de obesidad en su familia y por tanto en su hija de 6 años de edad. Podemos observar en su cuestionario que la forma en que más acostumbra cocinar es hirviendo sus alimentos y en la que menos lo hace es cocinarlos fritos, las carnes que más consume son la de res, puerco y los embutidos (salchicha, chorizo, jamón, entre otros), mientras que en su dieta se incluye poco la carne de pollo, pescado y lácteos, ella acostumbra realizar 3 comidas al día (por la mañana, tarde y noche) y cada una dura aproximadamente 30 min siendo este tiempo el más recomendable para hacerlo, sin embargo en algunas ocasiones refiere comer dulces entre comidas y comer fuera de casa (restaurantes, puestos de tacos, hamburguesas, tortas, etc.) de 1 a dos veces

por año, su familia y ella suelen comer juntos pero no hacen ninguna actividad física en conjunto.

Ella asistió a 3 sesiones (equivalente al 60% de asistencia) por cuestiones desconocidas, a lo largo de estas sesiones se mostró participativa y los objetivos que se planteó tuvieron diversidad, ya que tenían relación con el tema pero en cada sesión se trazó un objetivo distinto, viéndose esto reflejado en su producto final (tríptico) en el cual indica poca comprensión del problema, ya que no incluye los elementos requeridos en la actividad (definición de hábitos alimenticios y sus consecuencias, no pone las técnicas de modificación conductual y no ejemplifica) por lo cual en esta última actividad obtuvo una puntuación de 2.

Con lo anterior podemos observar que ella y su familia se encuentran en un nivel medio, es decir ellos poseen hábitos inadecuados de alimentación a pesar de que prefieren comer cosas hervidas y evitar el cocinar cosas fritas, siendo esta última las formas más inadecuadas de cocinar debido al alto consumo de grasas, como podemos ver ella incluye en su alimentación como base la carne de res, puerco y los embutidos (salchicha, chorizo, jamón, entre otros), mientras que en su dieta se incluye poco la carne de pollo, los pescados y los lácteos, siendo estos últimos los alimentos más recomendados para el consumo por su contenido, todo lo anterior sumado a que ella y su familia solo realizan 3 comidas al día siendo esto poco recomendado, ya que lo ideal es realizar 5, también nos refiere consumir en algunas ocasiones dulces antes de la comida y salir a comer de 1 a 2 veces al año a restaurantes, puestos de tacos, hamburguesas, tortas, etc., todo lo anterior sumado a la falta de ejercicio que ayuda a que los alimentos que consumen no sean aprovechados como deberían es decir esto ayuda a que la energía consumida se almacene en forma de grasa y por tanto, tengan mayor probabilidad de desarrollar obesidad.

6. CONCLUSIONES

Los resultados de este trabajo se consideran relevantes, debido a que enfatizan la necesidad de que los padres adquieran herramientas que faciliten la ejecución de acciones, para construir conocimiento y promover habilidades que les permitan tener hábitos alimenticios saludables en su familia.

Porque la familia contribuye en el diseño de la dieta de cada uno de sus integrantes, lo que puede ser un beneficio para sus miembros más pequeños, pero también puede suponer un riesgo para la salud nutricional cuando la conducta alimentaria no es la adecuada; así mismo la preferencia que tengan por el ejercicio, deporte o vida sedentaria se verá reflejada en los patrones de vida activos de los hijos. Por tanto, los padres de familia son la influencia en la conducta sus hijos por ser ejemplo y estímulo (Mataix, 2009; Moreno y Charro, 2006).

En el cuestionario se encontró los siguientes patrones de conducta alimentaria: donde un 50% acostumbran consumir carnes (puerco, res, embutidos), además este tipo de carnes suele relacionarse con la forma de preparación frita donde el 50% es la que más utiliza; referente al consumo fuera del hogar, es decir, comer en restaurantes, puestos de tacos, hamburguesas, tortas, etc. un 50% los hace de 1 a 2 veces por mes, estos hábitos se asocian con un alto contenido de grasas, por lo que no son muy recomendables.

Estas conductas pueden ser un reflejo de lo cultural, ya que pude registrar la forma en la que se prepara ese alimento, cómo lo comemos, en qué ámbito, a qué hora y todos los aspectos históricos desde su descubrimiento, métodos de conservación, etc. sin embargo, la sociedad está sufriendo cambios por su modernización lo que provoca que las prioridades sean otras, un ejemplo de esto es dedicarle la mayor parte de nuestro tiempo a trabajar; lo que significa disponer de poco tiempo para todo lo demás, esto nos obliga a comer fuera de casa, muchas veces a deshora; comer se convierte de esta forma en algo mecánico y utilitario, esto aumenta la probabilidad del consumo de alimentos manufacturados, muchos ya casi preparados o precocinados para su inmediato consumo; es nos lleva a que actividad culinaria tradicional está cambiando porque para muchas familias el no pasar hambre es

prioridad, es decir, primero está la cantidad sobre la calidad nutricional (Roth 2009; Moreno, 2006, Calvo, et. al., 2011).

Así mismo, se encontró que 50% solo efectúa 2 comidas (mañana y noche) y el otro 50% hace 3 comidas al día (mañana, tarde, noche), pero lo ideal es que realicen 5 comidas al día (Mañana, media mañana, tarde, media tarde, noche); esto se puede deber a sus diferentes actividades diarias, sin embargo no se descarta la posibilidad de que sea una consecuencia al consumo de golosinas entre comidas, lo que podría ocasionar que queden satisfechos antes de realizar sus comidas, se encontró que el 75% suele tener este hábito.

También cabe señalar que realizar tres comidas diarias es solo una costumbre social, porque no ofrece ventajas nutricionales, ya que se ha demostrado que se tiene más éxito al ofrecerles cinco comidas pequeñas que limitarlas a tres al día (Byrd-Bredbenner, et. al., 2010; Moreno y Charro, 2006; Madrid y Cañizares, 1998).

Se evidencia que el 100% come en familia (mamá, papá y hermanos) y en las 4 familias ningún miembro realiza ejercicio, deporte o alguna actividad donde se quemen las calorías, siendo una posibilidad que consuman más energía que la que gastan en el día y esta se almacene en forma de grasa. De esta manera, todo lo anterior representó un riesgo porque son comportamientos que se van transmitiendo a los hijos y aumenta la probabilidad de que los niños generen obesidad y cualquier miembro de la familia también lo haga.

Esto se puede acreditar a que cada vez se populariza y se privilegia más el uso aparatos de televisión, consolas de videojuegos, computadoras, y celular en este mundo globalizado; esto conlleva a la disminución de la actividad física con un incremento en actividades de ocio sedentarias lo que tiene un impacto en su desarrollo (Mataix, 2009; Cure, 2012).

Con lo anterior podemos ver que el comportamiento (hábitos), creencias y actitudes que se generan ante la forma de preparar la comida, los tipos de alimentos que se consumen, el número y el horario de comidas que se realizan, las personas con quien se acostumbra comer, además de los lugares donde se come y el consumo de más energía de la que se gasta en el día; tendrá un impacto en nuestra salud, porque ya no solo se trata de solo

conservar la salud sino a desarrollar comportamientos y actitudes adecuados que nos ayuden a tener una mejor calidad de vida.

Debido a lo antes mencionado, el papel del psicólogo es fundamental en la prevención de la obesidad infantil, debido a que puede informar acerca de las circunstancias, factores y aspectos que se relacionan con que una interacción tenga o no lugar. Además de regular la conducta que debe implicarse en ciertas formas de comportamientos, de persuadir al usuario para comportarse de cierta manera y brindar herramientas para emitir conductas específicas (Rodríguez, 2011).

Así mismo, es el encargado de integrar técnicas terapéuticas al promover actividades de tipo cognitivo y conductual para modificar pensamientos, conductas y creencias; también es responsable de generar un espacio grupal para la expresión de emociones y sentimientos además que da la posibilidad generar un clima de empatía. Lo anterior va en caminado a que las personas puedan generar una mejor calidad de vida para ellas (Lara, et. al., 2009).

Es por eso que la psicoeducación permitió que las madres desarrollaran y fortalecieran sus capacidades para prevenir y afrontar la obesidad infantil de un manera más adaptativa de acuerdo a sus necesidades, debido a que saben identificar, definir los hábitos alimenticios, además de conocer sus consecuencias, esto les da la posibilidad de ver su conducta alimentaria familiar y generar estrategias para modificar hábitos inadecuados de alimentación y promover a sus hijos una alimentación más adecuada.

Además aprendieron que para lograr una buena nutrición no es indispensable cambiar todos los hábitos de alimentación, ni en los niños ni en los adultos, sino hay que corregir los inadecuados, conservar los compatibles con una alimentación correcta y crear nuevos hábitos que sean necesarios para llegar a la nutrición óptima de las personas y de los diversos grupos humanos (Quintín, 1990).

Lo anterior no hubiera sido posible sin el Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales propuesto por Fisher y Fisher (1992); debido a que sin la información adecuada, las madres no podrían generar estrategias apropiadas a sus necesidades, consecuentemente la información es la guía fundamental para tomar

decisiones. La motivación en este trabajo fue tomada como el planteamiento de objetivos a corto plazo fue fundamental, porque, las impulsó a aprender, promover y generar estrategias entorno a una buena alimentación. De esta manera desarrollaron y fortalecieron sus habilidades Conductuales (hábitos alimenticios) para prevenir y afrontar la obesidad infantil.

Por lo tanto, es muy importante que en México se realicen investigaciones sobre la prevención de la obesidad infantil y que sean abordados de una manera multidisciplinaria, además de que se tome en cuenta a la psicoeducación como una herramienta para brindar competencias para generar hábitos adecuados de alimentación, debido a que somos el primer lugar en obesidad infantil en el mundo y esto ya se ha convertido en un problema de salud pública, porque es una de las primeras causas de mortalidad en México.

Así mismo, hacemos énfasis en que futuras investigaciones sean más largas para para obtener más mediciones y sobretodo que se asignen más sesiones a las técnicas de modificación conductual, ya que se pudo observar que la información les resulta un poco más difícil de comprender, debido a que no están familiarizados con el tema.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, E. M.; Gasca, P. E.; Ramos, R. E.; García, R. R.; Solís, P. F.; Evaristo, P. G.; Soto, C. A. (2013) Factores, causas y perspectivas de la obesidad infantil en México. Estudiantes de medicina de la universidad industrial de Santander, 26 (1) recuperado de: dialnet.unirioja.es/download/articulo/4545678.pdf.
- Álvarez, P. L.; Gonzáles, J. A.; Núñez, P.J.; Soler, V.E. (1999). Intervención Psicoeducativa: Estrategias para elaborar adaptaciones de acceso. Madrid: Pirámide.
- Amigo, I.; Errasti, J. (2006). ¡Quiero chunches! Los hábitos que causan la obesidad infantil. España: Desclée de Brouwer.
- Amigo, I.; Fernández, C.; Pérez, M. (1998). Manual de Psicología de la Salud. Madrid. España: Ediciones Pirámide.
- Asociación de Medicina Interna en México. (2000). Obesidad. México: Mc Graw-hill. Interamericana.
- Basilio, M. E.; Moreno, M. S.; Álvarez, H. J. (2004). La obesidad en el tercer milenio. Buenos Aires: Madrid: Médica Panamericana.
- Bayés de luna, A.; Sendón, L. J.; Fause, A.; Alegría, E. E. (2003) cardiología clínica. Barcelona, España: Masson.
- Beal, A. V. (1997). Nutrición en el ciclo de vida. México: Noriega.
- Benassini, F. O. (2002). Trastornos de atención origen, diagnóstico, tratamiento y enfoque psicoeducativo. México: Trillas.
- Bernal, B. M.; Ponce. G. G.; Sotomayor. S. S.; Carmona, M. B. (2012) Impacto de una intervención educativa en escolares y madres de familia para la disminución de sobrepeso. Enfermería neurológica: Medigraphic Vol. 11, No. 2. Recuperado de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/medigraphic.cgi>.
- Brannon, L.; Feist, J. (2001). Psicología de la salud. España: ParaNinfo.

- Brown, E. J.; Isaacs, S. J.; Krinke, B. U.; Murtaugh, A. M.; Sharbaugh, C.; Stang, J.; Wooldridge, H. N.; León, J. G. (2007). *Nutrición en las diferentes etapas de la vida*. México: Mc Graw-Hill. Interamericana.
- Buceta, J.; Bueno, A.; Mas, B. (2001). *Intervención psicológica y salud: control del estrés y conductas de riesgo*. Madrid. España: Dykinson.
- Bulacio, J. M.; Vieyra, M. C.; Álvarez, D. C.; Benatuil D. (2004) *El uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires Facultad de Psicología. Recuperado de: <http://www.aacademica.com/000-029/16.pdf>
- Byrd-Bredbenner, C.; Moe, G.; Beshgetoor, D.; Berning, J. (2010). *Wardlaw Perspectivas en nutrición*. México: Mc Graw Hill.
- Calero, Y. F. (2005). *Abordaje de la obesidad en y desde educación*. Andalucía. España: Formación Alcalá.
- Calvo, B. S.; Escudero, A. E.; Gómez, C. C.; Riobó, S. P. (2011). *Patologías nutricionales en el Siglo XXI: un problema de salud pública*. España: Uned.
- Cantón, C. E.; Sánchez, G. M.; Mayor M. L. (1995). *Estrategias psicológicas y práctica física en la prevención de la infección por VIH*. *Anales de psicología*. 11, (2). Recuperado de: http://www.um.es/analesps/v11/v11_2/06-11_2.pdf
- Castillo, Orea; Rodríguez. (2007). *Cómo prevenir la obesidad infantil: para evitar la diabetes y las enfermedades cardiacas*. México: Diana.
- Castillo, R. O.; Velázquez, G.; Uresti, R.M.; Mier, M.; Vázquez; Ramírez de León, J.A. (2012). *Estudio de los hábitos alimentarios de niños de 4-6 años de Reynosa, Tamaulipas (México)*. *CyTA - Journal of Food* Vol. 10, No. 1. Recuperado de: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/19476337.2010.524941>.
- Collipp, J. P. (1997). *El niño obeso*. Barcelona: Editorial pediátrica.
- Cure, Y. (2012). *Obe-city: Ensayo novelado sobre nutrición y obesidad*. Colombia, Bogota: ediciones de la U.

- De La Fuente, F. S. (2011). Tablas contingencia. España: Universidad de Madrid.
Recuperado de:
<http://www.fuenterrebollo.com/Economicas/ECONOMETRIA/CUALITATIVAS/CONTINGENCIA/tablas-contingencia.pdf>
- De la Torre, T. S.; Oliver, C.; sevillano, G. M. (2008). Estrategias didácticas en el aula: Buscando la calidad y la innovación. España, Madrid: UNED.
- Días, E. D.; Enríquez, S. D. (2007). Obesidad Infantil, Ansiedad y Familia. Hospital infantil del estado de sonora: Medigraphic, 24(1). Recuperado de:
<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=18402>.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2012). Salud y nutrición, resultados nacionales 2012. Instituto nacional de salud pública y secretaría de salud. Recuperado de:
<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>.
- Esquivel, H. R. (1998). Nutrición y salud. México. Manual Moderno.
- Flórez, A. L. (2007). Psicología social de la salud: promoción y prevención. México: Manual moderno.
- Foz, M.; Formiguera, X. (1998). Obesidad. Madrid. España: Grafos.
- Franz, B. M.; Roche, C. E. (2001). Obesidad: algo más que un problema de peso. Universidad Miguel Hernández. Orihuela. España.
- Fuillerat A. (2004). Psicología y nutrición en el desarrollo ontogenético en la edad infanto-juvenil Nutrición. Hospitalaria, 19, (4). Recuperado de:
<http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v19n4/original2.pdf>.
- García, S. J. (2006). Análisis en los estudios epidemiológicos VI Indicadores de riesgo. Nure Investigación, N° 21. Recuperado de:
http://www.fuden.es/ficheros_administrador/f_metodologica/nure_21_fmetodolog.pdf.
- González, C. M. (2009). Obesidad infantil. Nutrición inteligente para tus hijos. Jaén: Formación Alcalá.

- Japón, R. B. (s/f). Introducción al estudio de la psicología de la motivación. Recuperado de: <http://news.psykia.com/sites/default/files/uned/Resumen%203%20PS%20MOTIVACION.pdf>
- Katz, L. D. (2008). Nutrición en la práctica clínica. Barcelona, España: Wolters kluwer.
- Laguna, C. A. (2009). Obesidad y control de peso. México. Trillas.
- Lara, M.A.; Luna, M.S.; Acevedo M. (2009). Ayudando a mujeres con depresión: Intervención Psicoeducativa
- León C. D.; Oliva Z. L.; Rivera V. E.; Calderón V. M. (2012). Factores de riesgo para el exceso de peso infantil. Medicina, Salud y Sociedad, Vol. 2 No. 2 recuperado de: <http://cienciasdelasaluduv.com/revistas/index.php/mss/article/view/64>.
- Lujan S. A.; Lillyan P. G.; Ronald A. O.; Itati A. G. (2010). Obesidad infantil, la lucha contra un ambiente obesogenico. Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina, (197). Recuperado de: http://med.unne.edu.ar/revista/revista197/5_197.pdf.
- Macías, M. A.; Gordillo, S. L.; Camacho, R. E. (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. Chil Nutr Vol. 39, N°3 recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182012000300006.
- Madrid, C. J.; Cañizares, M. S. (1998). El libro de la obesidad y su tratamiento. España, Madrid: Ediciones ARÁN.
- Mahoney, M. J.; Mahoney, K. (1999). Control permanente de peso: una solución total al problema de las dietas. México: Trillas.
- Marks, D.; Murray, M.; Brian, C. (2008). Psicología de la Salud: Teórica, investigación y práctica. México: Manual Moderno.
- Martín, S. C.; Díaz, G. J.; Matilla, V. T.; Martínez, M. P.; Acevedo, R. M.; Argüello, L. M.; Armero, F. M.; Calvo, V. L.; Cereceda, F. C.; Lorenzo, B. H.; Pinedo, B. M.; Rico,

- H. M.; Sanz, M. M.; De Torres, A. M.; Xandri, G. J. (2000). Nutrición y dietética. España, Madrid: Grupo Paradigma.
- Mataix, V. J.; Serra, M. L.; Sánchez, M. L.; Salas, S. J.; Martínez, H. J.; Rodríguez, N. G.; López, F. M.; Astiasarán, A. I.; Pérez, L. F.; Maldonado, L. J. (2009). Nutrición y alimentación humana. II. Situaciones fisiológicas y patológicas. España. Madrid: Ergon
- Méndez, S. N.; Uribe, M. (2002). Obesidad: epidemiología, fisiología y manifestaciones clínicas. Sonora. México: Manual Moderno.
- Moreno, E.; Charro, S. (2006). Nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Buenos Aires, Madrid: Médica Panamericana.
- Moreno, R.R. (2006). Introducción a la alimentación humana: nutrición, tecnología, cultura, higiene. Córdoba: Servicio de publicaciones, universidad de Córdoba.
- O'donnell, A.; Grippo, B. (2005). Obesidad en la niñez y la adolescencia. Argentina: Científica Interamericana.
- Oblitas, L. (2006). Psicología de la Salud. México: Plaza y Valdés.
- Oblitas, L. (2006). Psicología Hospitalaria. México: Manual Moderno.
- Oblitas, L. (2009). Psicología de la Salud y Calidad de Vida. México: Cengage Learning.
- Pablo M.; Vilchis, G. (2013) La obesidad infantil en México. Alternativas en Psicología. Universidad Iberoamericana México, (28). Recuperado de: <http://alternativas.me/index.php/numeros/28t/32-5-la-obesidad-infantil-en-mexico>.
- Paz, B. M.; Herencia, L. A.; Uribe R. A. (2009). Versiones fuerte y débil del modelo de información- motivación- habilidades conductuales en la predicción del uso del preservativo. Revista Latinoamericana de Psicología. 41 (3). Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v41n3/v41n3a13.pdf>
- Poskitt, M.E. (1992). Nutrición pediátrica práctica. España: Acribia.

- Quintín, O. J. (1990). Nutrición normal para toda la familia. México: MENDEZ.
- Quizán P. T.; Álvarez H. G.; Espinoza L. A. (2008). Obesidad infantil: el poder de la alimentación y la actividad física. Universidad de Sonora, (22). Recuperado de: <http://www.revistauniversidad.uson.mx/revistas/22-22articulo%203.pdf>.
- Roales, J. (2004). Psicología de la Salud. Madrid. España: Pirámide.
- Robles, M. S.; Solano, C. R.; Díaz, L. R.; Moreno, R. D.; Frías, A. B.; Rodríguez C. M.; Borroso, V.R. (2012). Efectos de un programa de prevención de problemas de salud sexual sobre variables psicosociales y conductuales en adolescentes sin experiencia sexual. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 15, (3). Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/rep/article/view/33648>
- Rodríguez, C. M. (2011). Análisis contingencial. México: Universidad Nacional Autónoma de México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Roth, A. R. (2009). Nutrición y dietoterapia. México: Mc Graw Hill.
- Roussos, A. J. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica: un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. Revista Argentina de Clínica Psicológica, vol. 16, (3). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281921790006.pdf>.
- Sánchez, J.; Villarreal, M.; Musitu, G. (2010). Psicología y desórdenes alimenticios. Un modelo de campo psicosocia. México: universidad autónoma de nuevo león. Recuperado de: <http://www.uv.es/lisis/sosa/libro-desor-alimnt.pdf>.
- Serra, M. L.; Aranceta, B. J. (2001). Obesidad infantil y juvenil. España: Masson.
- Taylor, S. (2007). Psicología de la Salud. México: McGraw-Hill.
- Universidad de Alcalá. (2004). Métodos de análisis de datos en ecología. Alcalá: Departamento de ecología. Recuperado de: <https://www.uco.es/servicios/informatica/windows/filemgr/download/ecolog/Methodos%20analisis%20datos.pdf>

- Valles Q. I. (2010) Herramientas de la Mente. Escuela Normal del Estado [mensaje en un Blog]. Recuperado en Diciembre del 2014 de: <http://enespreescolar.blogspot.mx/2010/05/herramientas-de-la-mente.html>
- Vázquez, C. I.; De Cos, A.; Calvo, C.; Nomdedeu, C. (2011). *Obesidad: Manual teórico-práctico*. España: Díaz de santos.
- Vázquez, V.; López, A. J. (2001). psicología y la obesidad. *Endocrinología y Nutrición*, 9, (2). Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2001/er012i.pdf>.
- Vera, Á.; Mejía, L.; Saucedo, S.; Palacios, M. (1990) caracterización psicológica, nutricional, socioeconómica y de relación familiar, de niños mexicanos con bajo rendimiento escolar. *Centro de Investigación en alimentación y desarrollo, Hermosillo sonora México*, 15, (4). Recuperado de: <http://www.ciad.mx/archivos/desarrollo/publicaciones/PUBLICACIONES/Produccion%20Academica/Articulos/1990/11.pdf>.
- Zubirán, S.; Arroyo, P.; A´vila, H. (1990). *La nutrición y la salud de las madres y los niños mexicanos. II. Pediatría*. México: Secretaria de salud y fondo de cultura económica.

ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario de hábitos de alimentación.



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Elaborado por los Psicólogos: Borja Carranza Nancy Ruth y Cano Aguilar Jorge Omar

El presente cuestionario tiene como objetivo recabar información sobre hábitos alimenticios en la familia; por lo que se le pide, por favor responda con sinceridad. Los datos recabados serán confidenciales y solo se utilizarán con fines académicos. De antemano **Muchas Gracias** por su comprensión y el tiempo que se ha tomado para contestar.

Nombre de padre, madre o tutor _____ Edad _____

Escolaridad del papá _____ Escolaridad de la mamá _____

Nombre del hijo _____ grupo _____ edad _____

En relación con su familia subraye el inciso que corresponda con su vida familiar

1.- ¿Cuántas comidas realizan al día?

A)1 B)2 C)3 D) 4 E) 5

2.- ¿Cada cuándo comen?

A) Cada que me da hambre

B) Mañana y noche

C) Mañana, tarde y noche

D) Mañana, media mañana, tarde, media tarde, noche

E) Tarde y noche

3.- ¿Cuánto tiempo tardan en comer?

A) 10 minutos o menos

B) 30 minutos

C) 50 minutos

D) Más de 1 hora

4.- ¿Acostumbran ingerir algún tipo de alimento antes de la hora establecida para comer (consumir golosinas, galletas o frituras entre comidas)?

A) Si B) No C) Algunas veces

¿Por qué?

5.- Ordene del 1 al 4 la forma que suelen preparar los alimentos (siendo 1 el que más utilizan para preparar los alimentos, 2 el que a menudo utilizan, 3 el que menos utilizan y 4 el que utilizan raras veces).

___A) Hervidos

___B) Asados

___C) Fritos, dorados

___D) Cocidos al vapor

6.-Ordene los tipos de alimentos que consumen a diario (siendo 1 el que más consumen, 2 el que a menudo suelen consumir, 3 el que menos consumen y 4 el que rara veces consumen).

___ A) Carne de res, puerco, embutidos (salchicha, chorizo, jamón)

___B) Pollo, pescado, huevo Leche, queso, yogurt

___C) Verduras y frutas Pan, arroz y pastas

___D) Refresco, pan de dulce, chocolate, dulces.

7.- ¿Cada cuándo acostumbran comer alimentos de preparación instantánea (sopas de fácil preparación, productos enlatados como verduras, carnes etc.)?

A) 1 o más veces por semana

B) De 1 a 2 veces al mes

C) No las consumimos

D) 1 o 2 veces al año

8.- ¿Cada cuándo acostumbran comer fuera de casa (restaurantes, puestos de tacos, hamburguesas, tortas, etc.)?

A) 1 o 2 veces al año

B) No consumimos alimentos fuera de casa

C) De 1 a 2 veces al mes

D) 1 o más veces por semana

9.- ¿Con quién acostumbra comer su hijo?

A) Mamá o papá

B) Hermanos (sin presencia de papás)

C) Papá, mamá y hermanos

D) Solo (sin supervisión de nadie)

10.- ¿Cuál de las siguientes opciones elegiría cuándo su hijo no quiere comer su alimento?

A) Le digo que si come le daré postre

B) Le subo el tono de voz y le digo que no se levanta hasta que como una porción adecuada

C) Le recojo su plato y le doy lo que quiere comer

D) Le explico el por qué se lo tiene que comer

11.- ¿Cuál de las siguientes opciones elegiría cuándo su hijo menciona que ya se llenó pero no se terminó todo?

A) Hago que se lo termine

B) Lo dejo que se levante de la mesa sin terminárselo

C) Le digo que si se lo termina todo le daré postre

D) Le digo que coma unos bocados más aún que no se lo termine

12.- ¿Qué acostumbra a hacer para que su hijo coma en la escuela?

A) Le doy dinero para que compre algo

B) Le preparo algo para que coma (tortas, sándwiches, hot dog, etc.)

C) Le pongo algo de comer (frutas, verduras, jugo natural, agua natural)

D) La escuela cuenta con comedor para los alumnos

13.- Ordene las golosinas que consume su hijo (siendo 1 el que más consume, 2 el que a menudo suele consumir, 3 el que menos consume y 4 el que rara veces consume).

____ A) Frituras (chetos, chicarrones, papas etc)

____ B) Helados, bebidas como pau pau, frutsi o semejantes

____ C) Gomitas, paletas chocolates etc.

____ D) No consume golosinas

14.- ¿Cuánto tiempo pasa su hijo al día enfrente del televisor o utilizando otra tecnología (tableta electrónica, computadora, celular, consolas de videojuego)?

A) 30 minutos B) 1 hora C) De 2 a 3 horas D) 5 o más horas

15.- ¿Cuánto tiempo le dedica su hijo a un deporte o a ejercitarse?

A) 30 minutos B) 1 hora C) más de 1 hora D) No realiza ningún deporte o ejercicio

16.- ¿Realizan algún deporte en familia o ejercicios físicos?

A) Si B) No

¿Por qué?

17.- ¿Acostumbran realizar alguna otra actividad en familia?

A) Si B) No

¿Cuál? ¿Por qué?

Criterios del diagnóstico

El cuestionario constituye el diagnóstico para evidenciar hábitos alimenticios de riesgo en la familia. Por lo tanto la siguiente tabla contiene los valores de los incisos de las preguntas.

Número de pregunta	Alto= 3	Medio=2	Bajo=1	Nulo=0
1	A, B	C	D	E
2	B	A	C, E	D
3	A	D	C	B
4	A	C		B
5	C	B	D	A
6	D	A	B	C
7	A	B	D	C
8	D	C	A	B
9	D	B	A	C
10	C	A	B	D
11	A	C	D	B
12	A	B	D	C
13	A, B, C			D
14	D	C	B	A
15	D	C	B	A
16	B			A
17	B			A

Rangos

DE 35 a 51 Alto

De 18 a 34 Medio

De 1 a 17 Bajo

0 representa Nulo

Anexo 2: Bitácora

Nombre _____ Fecha _____

Hoy vimos ...	Aprendí que ...	Mi conclusión es ...	que cambiaré a partir de hoy (meta a corto plazo)
			<hr/> <p>Qué hice para lograr mi meta anterior</p>

Rúbrica para objetivos:

Escala	Descripción	Codificación
Excelente motivación alta	Los objetivos a corto plazo tendrán diversidad , es decir, no deben de ser los mismos en cada sesión y se debe de relacionar con el tema que se esté viendo y con el de la intervención (que voy hacer y en que le beneficiará).	4
Bueno motivación media	Los objetivos a corto plazo tendrán relación con el tema que se está viendo, además serán diferentes en cada sesión sin embargo no toman en cuenta el tema de la intervención, es decir, solo podrán que van hacer y no en que le beneficiará.	3
Regular motivación baja	Los objetivos a corto plazo serán los mismos siempre, es decir, no tendrán diversidad.	2
Inadecuado motivación nula	Los objetivos planteados no tenía relación con los temas vistos ni con el tema general	1

Anexo 3: Carta descriptiva de la Intervención psicoeducativa

Sesión	Objetivo	Actividad	Material	Descripción	Evaluación	Duración
1	Se identificará a los padres con hábitos de alimentación de riesgo en su familia.	1. Diagnóstico	Cuestionario de opción múltiple	Cuestionario de opción múltiple que recaba información sobre la preparación de comida, el tipo de alimento, número, hora y lugar de comidas, compañía durante la comida y actividades físicas y recreativas.	Se evaluó con el diagnóstico	Cada persona que lo contestó tardó un promedio de 20 a 30 minutos
2	Los padres adquirirán información sobre el sobrepeso y obesidad además de los hábitos alimenticios y sus consecuencias.	1.-Plática introductoria 2.-Telaraña 3.-Acuerdo de reglas interna del taller y lista de asistencia 4.-Bitácora	Proyecto (cañón) Estambre Pizarrón y plumones Hoja de bitácora	1.-Consistió en una exposición donde se abarcó la situación actual del sobrepeso y la obesidad y sus consecuencias. 2.-Consistió en una formación circular donde las mamás se fueron presentando y diciendo cual es comida favorita. Mientras lo hacían tomaron un extremo del estambre y lo pasaron a una compañera que no estaba muy cercana. 3.-Se establecieron las reglas dentro del taller que fueron propuestas por las mamás y los coordinadores del taller; además se les indicó que se pondría un cuadro con su nombre y se pegaría una estrellita por su asistencia en cada sesión y al finalizar se les daría una constancia	Se evaluó con los objetivos de la bitácora	La sesión duró 1 hora con 30 minutos

				<p>de asistencia a los que cumplan con todas las sesiones.</p> <p>4.-Las mamás llenaron la bitácora que incluye hoy vimos... aprendí que..., mi conclusión es... y que cambiaré a partir de hoy (meta a corto plazo).</p>		
3	<p>Los padres adquirirán información sobre el sobrepeso y obesidad además de los hábitos alimenticios y sus consecuencias.</p>	<p>1.Rompecabeza de conceptos 2.-Tómbola 3.- Lista 4.- Plática 5.-Clasificación y Bitácora</p>	<p>Hojas en blanco Rompecabezas y Tómbola (elaborados por los coordinadores) Proyector (cañón) Hoja de bitácora</p>	<p>1.- Se dividió a las mamás en 2 equipos y se les dio 2 rompecabezas que corresponde al concepto (hábito y hábito alimenticio) y su significado, el primer equipo que terminó se le dio una fruta por persona. 2.- Cada equipo sacó 10 papelitos (uno por persona), estos contenían un hábito o hábito alimenticio y lo clasificaron de acuerdo a los conceptos que vieron anteriormente, el equipo que lo hizo con menos tiempo evitó bailar la pelusa. 3.- Con la información vista realizaron una lista de todos los hábitos alimenticios que tienen en su familia. 4.-Consistió en una exposición donde se vieron las consecuencias de hábitos inadecuados de</p>	<p>Se evaluó con los objetivos de la bitácora</p>	<p>La sesión duró 1 hora con 30 minutos</p>

				<p>alimentación.</p> <p>5.-Con la información proporcionada las mamás en su lista clasificaron los hábitos de alimentación en inadecuados que tienen en su familia. Realizaron su bitácora y en su meta acorto plazo pusieron que van a empezar a cambiar esos hábitos inadecuados empezando con el más sencillo de acuerdo a su criterio.</p>		
4	Los padres de familia obtendrán información acerca de las técnicas de modificación conductual	<p>1.- Actuación</p> <p>2.- Plática</p> <p>3.- Bitácora</p>	<p>Proyector (cañón)</p> <p>Hoja de bitácora</p>	<p>1.- Entre todas las mamás se pusieron de acuerdo para seleccionar a los participantes que pasaron a actuar una situación donde tuvieron que cambiar un hábito en su familia; al término de esta los coordinadores actuaron utilizando una técnica de modificación conductual. Se les preguntó su opinión de lo que vieron, al finalizar su participación se les comentó que hay otras alternativas para cambiar hábitos como lo son las técnicas de modificación conductual.</p> <p>2.-Consistió en una exposición donde se les comentó las técnicas, además que se les dio ejemplos en forma de vídeos.</p>	Se evaluó con los objetivos de la bitácora	La sesión duró 1 hora con 30 minutos

				3.- Realizaron la bitácora y planteamiento de su meta.		
5	Los padres de familia obtendrán información acerca de las técnicas de modificación conductual	1.-Videos 2.-Plática 3.-Bitácora	Proyector (cañón), Hoja de bitácora	1.- Se les proyectó vídeos relacionados a las técnicas de modificación conductual y vídeos de casos que se les pueda aplicar las técnicas 2.- Consistió en una exposición donde se les comentó las técnicas, además se relacionó con los videos antes proyectados. 3.- Realizaron la bitácora y planteamiento de su meta.	Se evaluó con los objetivos de la bitácora	La sesión duró 1 hora con 30 minutos
6	Los padres de familia desarrollaran la habilidad para la realización de un tríptico donde plasmarán las herramientas que adquirieron para la prevención de la obesidad.	1.-Folleto 2.-Cierre del taller	Hojas blancas, Colores, plumones, lápices, plumas, sacapuntas, goma, Revistas, tijeras y pegamento	1.- Los padres realizaron un folleto donde incluía el concepto de hábitos alimenticios y la consecuencia de los hábitos alimenticios inadecuados, además pusieron ejemplos y las técnicas de modificación conductual. 2.- Se llevó el cierre del taller	Se evaluó con el folleto	La sesión duró 1 hora con 30 minutos

Anexo 4: Rúbrica del Folleto

Escala	Descripción	Codificación
Excelente	Se evidencia comprensión total del problema. Incluye todos los elementos requeridos en la actividad (debe de poner la definición de hábitos alimenticios, colocar por lo menos 2 hábitos alimenticios inadecuados y sus consecuencias, además 2 o más alternativas para cambiar dichos hábitos fundamentados en las técnicas conductuales).	5
Bueno	Se evidencia comprensión del problema. Incluye un alto porcentaje de los elementos requeridos en la actividad (pone la definición de hábitos alimenticios y sus consecuencias, también coloca una alternativa de cambio fundamentados en las técnicas conductuales, pero solo pone un ejemplo).	4
Regular	Se evidencia comprensión parcial del problema. Incluye algunos elementos requeridos en la actividad (pone definición de hábitos alimenticios y sus consecuencias y las técnicas conductuales, pero carece completamente de ejemplos)	3
Inadecuado	Las evidencias indican poca comprensión del problema. No incluye los elementos requeridos en la actividad (pone definición de hábitos alimenticios y sus consecuencias, no pone las técnicas de modificación conductual y no ejemplifica)	2
malo	No cumple ninguno de los criterios antes mencionados	1
no presente	No presente	0

Anexos 5: Folletos.

Madre de Familia 1

3


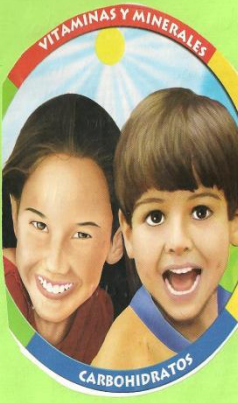
Tratar de no hacer constantes esas salidas a comer en la calle y preparar comida en casa que no nos de plogera cocinar. Ya que lo comido echo en casa es mas saludable y no dejar que nuestros hijos coman tanto Chicharra. Yo que eso no putre para nada y solo te engorda. enseñarles a comer correctamente.

Creo que estos Platias me concentran un poco para tratar de cambiar mis hábitos para preparar los alimentos para mis hijos y para que en un futuro no sean niños obesos.

Como Combatir La obesidad Infantil

VITAMINAS Y MINERALES

CARBOHIDRATOS

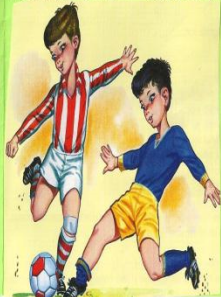




Los malos hábitos alimenticios son la manera que tienen de preparar o comer los alimentos en tu casa o donde comes, horarios, las veces que comes los alimentos ala semana o al mes y no hacer ejercicio si acostumbrias a comer frutas o verduras pescado o carne semilla cereal pan etc.

Los malos hábitos pueden causar obesidad por lo que es recomendable comer correctamente y sin excesos comer variado y hacer 5 comidas al día. desayuno, comida, colación, cena y hacer ejercicio tomar suficiente agua evitar el sedentarismo. Para cambiar ciertos hábitos como la diabetes.

Comer mucho en la calle, tacos, torritos, Panzasos, etc.

Comer comida chatarra como pizza, hamburguesas, Papas fritas, Apreticos e Dulces, etc.

Madre de Familia 2

CAMBIAR TOS HABITOS ALIMENTICIOS.

- Cocinar en casa con poca grasa o utilizar el aceite de olivo.

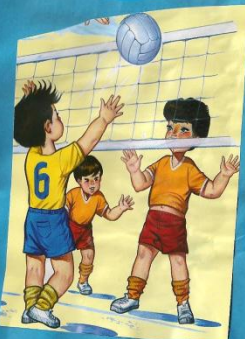

- Tener actividad deportiva por lo me nos de 30 min. diarios como: Fútbol, beisbol, basketbol etc).

Comer mas Frutas y verduras.

Comentario:
El prevenir no es lamentar, dar una vida saludable a los hijos es verlos crecer sanos y amarlos de corazón.

COMO COMBATIR LA OBESIDAD INFANTIL

PARA LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD

DEFINICIÓN DE HABITO ALIMENTICIO.



Es aquello que se adquiere con el hábito en casa lo que es lo que se mitan y los forjara para una vida futura.

HABITOS ALIMENTICIOS INADECUADOS.

- Comer en horas tardadas.
- Ayunar
- Comer frituras para ver una película.
- No hacer actividad deportiva
- Comer demasiada carne rejas.
- Dar premios a los niños como dulces.

CONSECUENCIAS DE LOS HABITOS ALIMENTICIOS INADECUADOS.

Comer grasas en exceso como son: la pizza, hamburguesas y mucho aceite hace que uno suba de peso y por lo tanto, tendamos a llegar a padecer Obesidad lo cual nos llevara a un pordo de vida.

Madre de familia 3

Formas de cambiar los 2 hábitos. **Aumentar. técnica. de motivación. conductas**

1. Comer con menos grasas.
2. Tratar de no comer en la calle.
1. Comer más frutas.
2. Comer más verduras.

COMENTARIO

Estas Pláticas Sobre La Obesidad ME Sirvieron mucho a ME Visión dar me cuenta de la importancia que es sobre comer sano. gracias. Por dedicarnos un poco de su tiempo ya que todas estas Pláticas no sirven a nosotros. por que es mas importante saber esto.

HABITO ALIMENTICIO Sobre LA OBESIDAD

DEFINICION DE HABITO ALIMENTICIO

Es la importancia de tratar de comer sano. no comer tanta grasa. hacer ejercicio. comer a nuestros horas x las cinco comidas diarias en porciones pequeñas.

CONSECUENCIAS DE LOS MALOS HABITOS ALIMENTICIOS, Sobre Peso Obesidad.

Las consecuencias a que si comemos mucho de todo osea en exceso. Puede causar muchas enfermedades como es el azúcar, Diabetes, X otras, enfermedades mas en especial la Obesidad.

Ejemplos de HABITOS, malogrado hábitos Alimenticio

1. Comidas. Coma comidas
2. Comer mucha grasa.

Adecuados

1. Verduras
2. Frutas.

Madre de familia 4

Formas de cambiar los 2 hábitos anteriores

Proponer salidas con la familia a parques o cine para caminar y salir de la cocina y de esta manera convivir más con los hijos y pareja.

Premiar con aplausos y halagos a los niños cuando hayan terminado de comer.

Hacer que los niños participen en la preparación de los alimentos.

Nuestra salud es muy importante la tenemos que cuidar

HÁBITOS ALIMENTICIOS

Definición de Hábito Alimenticio

Es la manera correcta de preparar y consumir los alimentos.

Consecuencias de los malogrados hábitos alimenticios

La mala alimentación y el sedentarismo provocan enfermedades como la diabetes hipertensión y en caso extremos la pérdida de extremidades.

Ejemplo de hábitos inadecuados

Alimentarse en forma exagerada y sin restrainte. La falta de ejercicio.