



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE OBESIDAD BASADO EN LA AUTOEFICACIA, EN NIÑOS ESCOLARES DE DISTINTAS CATEGORÍAS DE PESO.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

EGUÍA MARTÍNEZ VIRIDIANA

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. GILDA GÓMEZ PÉREZ MITRE

COMITÉ TUTORIAL: DRA. CORINA MARGARITA CUEVAS
RENAUD

DR. JORGE ROGELIO PÉREZ ESPINOSA

MTRO. SOTERO MORENO CAMACHO

LIC. RAÚL JURADO CÁRDENAS



Facultad
de Psicología

México, D. F., 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.

Índice

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I. NUTRICIÓN	5
1.1 Antecedentes.....	5
1.2 Definición de nutrición.....	6
1.3 Alimentación	9
1.4 Nutrientes.....	11
1.4 Nutrición infantil y sus implicaciones	13
1.6 Tendencias alimentarias en la cultura mexicana.....	17
1.7 El método antropométrico para el diagnóstico del estado nutricional en niños(as) escolares	23
CAPITULO II.CATEGORIAS DEL ESTADO NUTRICIO EN NIÑOS(AS)	27
2.1 Desnutrición	27
2.1.1 Desnutrición infantil en México.	27
2.1.2 Definición de desnutrición infantil.	29
2.1.3 Causas de la desnutrición infantil.	30
2.1.3 Consecuencias de la desnutrición infantil.	31
2.2 Obesidad.....	32
2.2.1 Antecedentes históricos sociales de la obesidad.....	32
2.2.2 Definición de sobrepeso y obesidad.....	34
2.2.3 Epidemiología.....	37
2.2.4 Criterios diagnósticos del sobrepeso y la obesidad infantil.....	37
2.2.5 Causas del sobrepeso y la obesidad infantil.....	41
2.2.6 Consecuencias del sobrepeso y obesidad infantil.	50
2.2.7 Tratamientos para el sobrepeso y la obesidad infantil.....	53
CAPITULO III.AUTOEFICACIA COMO PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD	54
3.1 Psicología de la salud	54
3.2 Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad.....	56
3.3 Teoría cognitiva social de Albert Bandura y Autoeficacia.....	61
3.3.1 Definición de autoeficacia.....	62
3.3.2 Expectativas de autoeficacia y expectativas de resultado.....	63

3.3.3 Fuentes del desarrollo de autoeficacia	63
3.3.4 Dimensiones de la autoeficacia	64
3.3.5 Conformación de autoeficacia en niños(as).....	67
3.3.6 Autoeficacia y salud	71
3.4 Programas de prevención de obesidad infantil.....	72
3.5 Programas de prevención de la desnutrición infantil	76
3.6 Autoeficacia en programas de prevención de la obesidad	78
CAPITULO IV. MÉTODO.....	83
4.1 Pregunta de investigación	83
4.2 Objetivo general.....	83
4.3 Objetivos específicos	83
4.4 Definición de variables	84
4.5 Tipo y Diseño de investigación.....	85
4.6 Muestra.....	86
4.7 Instrumento	86
4.8 Procedimiento	87
CAPITULO V.RESULTADOS	89
5.1 Muestra.....	89
5.2 Edad	89
5.3 Grado escolar	90
5.4 Categoría de peso.....	91
5.5 Estadísticos inferenciales	94
5.6 Análisis del efecto del programa “Programa basado en la autoeficacia para el control de peso en niños escolares. Una estrategia en la prevención de la obesidad” por sexo.....	98
CAPITULO VI.DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	101
CAPITULO VII.SUGERENCIAS Y LIMITACIONES.....	107
REFERENCIAS	109
ANEXOS.....	119
Anexo I.INVENTARIO DE AUTOEFICACIA PERCIBIDA PARA EL CONTROL DE PESO. .	119
Anexo II.CARTAS DESCRIPTIVAS	126

Agradecimientos

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México por haberme otorgado el privilegio de estudiar en esta alma mater, por acogerme en la etapa de formación y darme las herramientas para mi futuro profesional.

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

A la Dra. Gilda Gómez Pérez Mitre por su orientación, por sus valiosos aportes y comentarios para la elaboración de este proyecto.

A la Dra. Corina Cuevas y al Dr. Jorge Rogelio Pérez por su cordialidad y atención para concluir este trabajo.

Al Lic. Raúl Jurado por compartir su tiempo de manera generosa y su buena disposición.

Al Mtro. Sotero Moreno por sus enseñanzas, su ejemplo, amabilidad y su apoyo incondicional.

Al Dr. Rodrigo León por su guía, paciencia, confianza y accesibilidad en realización de la tesis presente.

A la Dra. Silvia Platas, por sus atenciones, su amabilidad, por sus consejos y valiosos aportes.

Dedicatorias

El presente trabajo de tesis lo dedico especialmente a mis padres, a quienes agradezco de todo corazón por su apoyo incondicional; por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, por su ejemplo, su amor, esfuerzo y sacrificios. Por brindarme el mejor regalo que pudieron haberme dado: mi educación. También va dedicada a mi hermana, por su compañía, ejemplo y apoyo a lo largo de toda mi vida.

A la memoria de mi tía Rosalba, quien fue una segunda madre el tiempo que estuvo conmigo, por su cariño y apoyo, por su ejemplo de mujer y sus enseñanzas de vida. A mis primos Andrei y Mario, por crecer juntos y estar en mi vida.

Además dedico esta tesis con mucho cariño a Juan Antonio Parra, por estar en los momentos más difíciles y por compartir y celebrar mis logros, por su paciencia y su infinito amor.

Para toda mi familia, amigos, compañeros de clase y maestros, de quienes obtuve el soporte y los conocimientos para lograr esta etapa de desarrollo.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio* fue desarrollar y evaluar un programa basado en autoeficacia para el control de peso dirigido a niños de educación primaria, de distintas categorías de peso, como estrategia para la prevención de la obesidad. La muestra no probabilística estuvo conformada por N=338 niños(as) de 4°, 5° y 6° de primaria, n=154 niños (46%) y n=184 niñas (54%) de entre 8 y 13 años de edad (M=9.79 y DE= 0.96), pertenecientes a dos planteles de educación primaria; uno ubicado en el Distrito Federal y otro ubicado en el estado de Pachuca. El tipo de investigación fue exploratorio de campo con un diseño cuasi-experimental con mediciones pre / post y dependientes e independientes. El programa de prevención tuvo una duración de tres sesiones en las cuales se promovió la autoeficacia para el control de peso. El instrumento utilizado fue el Inventario de Autoeficacia percibida para el control de peso, adaptado para niños(as), con un Alfa de Cronbach= 0.96; formado por 4 factores que explican el 43% de la varianza: Factor 1. Autoeficacia para incrementar actividad física; Factor 2. Autoeficacia para disminuir consumo de alimentos con bajo aporte nutricional; Factor 3. Autoeficacia para incrementar hábitos saludables para el control de peso; Factor 4. Autoeficacia para eliminar la alimentación emocional. Los resultados no mostraron diferencias entre las muestras del D.F. y Pachuca. Entre los hallazgos más importantes se encontró en la muestra total un aumento estadísticamente significativo en el puntaje total de la variable autoeficacia, de igual manera aumentó cada uno de los cuatro factores que comprende el instrumento. Al comparar entre niñas y niños el nivel de autoeficacia no se encontraron diferencias significativas ni antes ni después del programa de prevención, sin embargo hubo un aumento en la variable autoeficacia para ambos sexos después de la aplicación de éste. Los resultados son alentadores al mostrar que el programa de prevención presenta resultados positivos para el aumento de la autoeficacia para el control de peso. Se discuten las limitaciones del estudio y se sugiere cómo superarlas.

Palabras clave: autoeficacia percibida, categorías de peso, desnutrición, normopeso, sobrepeso, obesidad.

*Esta investigación forma parte de una investigación mayor denominada "Autocuidado de la salud y autoeficacia en niños escolares. Una estrategia en la prevención de la obesidad" PAPIIT IN302913.

INTRODUCCIÓN

Los estados nutricionales fuera del normopeso son un problema grave de salud en todo el mundo. El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo (OMS, 2008). La mala alimentación, el sedentarismo, la falta de acceso a alimentos nutritivos, y la vida apresurada son factores determinantes. México tiene el primer lugar en obesidad infantil a nivel mundial; hay una prevalencia de 34.4% de sobrepeso y obesidad (19.8 y 14.6%, respectivamente) en niños de 5 a 11 años. Según datos de la ENSANUT 2012, estos porcentajes han incrementado a través de los años y se prevé que siga en aumento si no se toman las medidas necesarias. Además la desnutrición y bajo peso es una situación alarmante, según la OMS (2006) cerca del 53% de los recién nacidos de todo el mundo, mueren por alguna causa derivada de la desnutrición. En México, según la ENSANUT 2012, se estima que 2.8% de los niños menores de cinco años presentan bajo peso; aunque se han visto disminuciones en este porcentaje de 1988 a 2012, representa una meta erradicar por completo la desnutrición (Gutiérrez, Rivera, Shamah, Oropeza y Hernández, 2012). A este problema se le han atribuido como causas principales, la pobreza, poca educación en temas de nutrición y educación formal y la poca accesibilidad a alimentos (UNICEF, 2011).

La desnutrición, el sobrepeso y la obesidad conllevan a numerosas enfermedades no transmisibles (ENT), y sus costos económicos representan una emergencia sanitaria. La malnutrición, su prevalencia y sus efectos negativos sobre la salud de la

población, hacen evidente la necesidad de detener su avance y, la mejor forma de hacerlo es a través de la prevención.

El desarrollo de programas de prevención multidisciplinarios, toman en cuenta diversas variables socioculturales, psicológicas y ambientales con la finalidad de abordar de manera integral enfermedades como el sobrepeso y la obesidad. Una de las variables que ha sido investigada y utilizada para el control de peso es la autoeficacia (Lugli, 2011; Jauregui, et al., 2013; Platas, 2015). El concepto de autoeficacia y sus efectos, han sido estudiados en el tratamiento de diversas enfermedades, llegando a ocupar un lugar importante en la psicología. Bandura (1995), plantea que la autoeficacia es una clave importante para las conductas potenciadoras de la salud, lo que la hace un factor valioso para mantener el peso corporal.

Según Bandura (1995), es en la etapa de la niñez cuando se desarrolla la autoeficacia percibida. Es cuando se establecen hábitos y costumbres que determinaran en gran parte, el estilo de vida en la edad adulta. El establecimiento de hábitos alimentarios y desarrollar o no conductas saludables a temprana edad, puede fungir como prevención o factor de riesgo para la aparición del sobrepeso y la obesidad; es por ello la importancia de dirigir los programas preventivos a niños y niñas.

En la presente tesis se desarrolló y evaluó un programa para la prevención de la obesidad infantil, en niños de primaria, de distintas categorías de peso, en el cual se promovió la autoeficacia como estrategia para una correcta alimentación.

En el capítulo I, se defienden aspectos básicos sobre la nutrición, la alimentación en México y las formas de determinar las categorías de peso.

En el capítulo II, se determinan los parámetros de cada estado nutricional fuera del ideal o normopeso (desnutrición, sobrepeso y obesidad). Además se describen sus causas, consecuencias, prevalencia y tratamiento.

En el capítulo III, se describe la diferencia entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad; así como el uso de la autoeficacia como estrategia para el control de peso, aplicado a los programas de prevención contra la desnutrición y la obesidad.

En el capítulo IV, se describe la metodología utilizada para la presente investigación, que incluye los objetivos y el procedimiento utilizado en el programa “Autoeficacia para el control de peso en niños escolares. Una estrategia en la prevención de la obesidad”.

En el capítulo V y VI, se presentan los resultados así como la discusión y conclusiones obtenidos en el presente estudio. Finalmente en el capítulo VII, se mencionan las limitaciones y sugerencias.

CAPITULO I. NUTRICIÓN.

1.1 Antecedentes

La nutrición es un tema primordial para una buena salud, ya que el estado físico depende en gran medida de la nutrición; una correcta nutrición puede prevenir la aparición de enfermedades crónicas como la obesidad, la diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y varios tipos de cáncer. El proceso de nutrición y alimentación se presentan a lo largo de la vida y en todo ser vivo, solo que pueden diferir entre un individuo y otro, de una cultura a otra, dependiendo de la situación geográfica y la disponibilidad de alimentos. Además, las costumbres, la convivencia entre iguales, y la educación familiar influyen en la formación de los hábitos alimentarios a tempranas edades.

En particular, México se caracteriza por una amplia diversidad gastronómica, sin embargo, esto no es garantía de una alimentación equilibrada y saludable. Hace miles de años, en la época de las primeras culturas, nuestra dieta estaba basada en el maíz, frijol, y algunas verduras y frutas como el nopal, el aguacate y la calabaza (Escalante, 2009; citado en García, 2012). No obstante, con el paso de los años la alimentación de los mexicanos, ha cambiado con la influencia de otras culturas; primero con la aculturación en la época de la conquista española, que integró a la dieta de los mexicanos la base de la alimentación española: el trigo. Los hábitos alimentarios, la dieta y el estilo de vida del siglo XXI están teniendo efectos a nivel mundial; aunque aún en la cultura mexicana no podría concebirse la alimentación sin tortillas o pan, se han adoptado otras tendencias. A esta transformación se le conoce como: *transición*

nutricional, “que se caracteriza por cambios tanto cuantitativos como cualitativos de la dieta” (OMS, 2003, p.24).

En la transición nutricional existe un predominio de la dieta occidental caracterizada por un alto consumo de grasas, en especial las saturadas, carbohidratos, azúcares añadidos, productos procesados y proteínas de origen animal, así como una reducción en alimentos naturales como frutas, verduras y fibra (López y Carmona, 2005). La transición nutricional se ha presentado por diferentes factores como los económicos y sociales, la zona geográfica, las creencias, costumbres y las preferencias de cada persona. Lo alarmante de estas modificaciones es el aumento de las cifras a nivel mundial de enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas directamente con el tipo de alimentación, como la obesidad, diabetes, hipertensión, entre otras. Debido a estos cambios y riesgos que se corren con la alimentación actual, la nutrición es un área que se ha ido introduciendo como método de prevención de enfermedades y promoción de salud. A continuación se exponen algunas definiciones y elementos que la componen.

1.2 Definición de nutrición

Las definiciones que diversos autores proporcionan al concepto de nutrición, ofrecen un panorama más completo de su significado, además permiten comparar puntos de vista y concluir con una definición adecuada al presente trabajo de investigación. La OMS (2014) define nutrición como: “la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo”.

Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud” (párr. 1). Gibson (2005; citado en Bourges, 2008) afirma que la nutrición es: “el conjunto de los procesos involucrados en la obtención, asimilación y metabolismo de los nutrimentos”. Martínez y Villezca (2005) dicen que: “La nutrición alimenticia es el conjunto de procesos que comprenden la digestión de los alimentos, la absorción de sus componentes, su utilización por los tejidos y la eliminación de los desperdicios por parte de éstos” (p.197). Por otro lado Lozano (2009), la define como:

El proceso que incluye la disponibilidad, el consumo adecuado y el aprovechamiento biológico de los alimentos necesarios para el crecimiento, el desarrollo y el mantenimiento del organismo. De allí que el estado de nutrición de un individuo sea el resultado de la alimentación que ha recibido durante toda su vida. (p.7)

Otra definición más reciente es la de Gálvez (2011):

La nutrición es el conjunto de procesos biológicos, fisiológicos y bioquímicos que se llevan a cabo dentro de un organismo viviente, con el fin de digerir, degradar y asimilar una serie de sustancias ingeridas, para la obtención de energía, la cual se transforma en movimiento, en energía química con la producción de nuevas moléculas, reparación de tejidos, es decir, el mantenimiento de salud y por ende, de la vida. (p. 12)

Como se ha constatado existen diversas definiciones para nutrición y en cada una de ellas se detectan términos clave como son: nutrimentos, proceso, metabolismo, alimentos y vida. La nutrición es posible gracias al metabolismo, que es el conjunto de todas las reacciones bioquímicas que efectúan las células para digerir y asimilar los nutrientes que se encuentran en los alimentos. Debido a este conjunto de procesos que se llevan a cabo en las células, estas pueden crecer, reproducirse y mantener su estructura. Ya que la nutrición es un proceso puramente biológico, se dice que es involuntaria, inconsciente y no educable. Una persona no puede intervenir voluntariamente para que su metabolismo decida o no degradar ciertos nutrimentos (Gálvez, 2011). En base a lo expuesto, se concluye que la nutrición es un conjunto de procesos que van desde la obtención de los nutrimentos a través de los alimentos, hasta la transformación y expulsión de los sobrantes de estos mediante el metabolismo, para conservar las funciones vitales del organismo viviente.

Cuando Lozano (2009) menciona en su definición de nutrición, que es el resultado de la alimentación que un individuo ha tenido durante toda su vida, se puede identificar la estrecha relación entre alimentación y nutrición; una depende de la otra y dan como resultado una buena o mala salud. Ambos procesos son llevados a cabo por todos los seres vivos desde que nacen hasta que mueren, si estos procesos no se llevan a cabo, el organismo no tendrá la energía necesaria para vivir. Ahora se distinguirán ambos procesos, que aunque están estrechamente relacionados, no son lo mismo.

1.3 Alimentación

Para diferenciar la nutrición de la alimentación, se presentan algunas de las definiciones de ésta última. Martínez y Villezca (2005) señalan que: “La alimentación humana se define como: un proceso voluntario, consciente y educable, aunque, una vez ingerido el alimento, este proceso se vuelve involuntario e inconsciente y, por lo tanto, no educable” (p.197). Majem (2006; citado en Gálvez, 2011) define la alimentación como: “un proceso voluntario a través del cual obtenemos los nutrientes que hacen posible cubrir los requerimientos de nuestro organismo” (p.11).

En ambas definiciones se exponen los tres puntos principales en los que se diferencia la alimentación de la nutrición: a) es educable, b) es un proceso voluntario y b) es consciente (Gálvez, 2011; Martínez y Villezca, 2005). Desde la primera infancia el ser humano se encuentra inmerso en una cultura y bajo las reglas de una familia, esto moldea su preferencia por ciertos alimentos, se educa para comer algunas cosas en gran cantidad y para no comer otras cosas prohibidas, como en algunos países comer carne de vaca o cerdo es prohibido. Además con la información adecuada se puede modificar la forma de alimentarse, tomar mejores decisiones sobre los alimentos a consumir y, demostrar así que la alimentación, es educable. Esta elección de los alimentos también es, hasta cierto punto, voluntaria y consciente; existe la libertad de elegir entre comer una ensalada o unos pastelillos sin que nadie exija que se elija uno u otro y hasta analizar las ventajas y desventajas de ambos. Las limitaciones que se pueden tener en estos últimos dos puntos, se refieren, por ejemplo, a la disponibilidad de alimentos, el poder adquisitivo y algún estado de salud específico.

Dieta

Otro término a diferenciar, es el de dieta. Cuando se consumen los alimentos, se hace a determinados horarios y en diferentes presentaciones y porciones, esto es lo que se conoce como dieta. Gálvez, (2011) la define como “el régimen de alimentos que componen la alimentación diaria, de acuerdo a unos hábitos y condiciones personales” (p.15). Muchas veces se piensa que la dieta es un régimen alimentario que se establece para bajar de peso, que se come poco y se pasa hambre; en realidad no se trata de esto, cada persona tiene una dieta, ya que ésta se refiere a todos los alimentos y bebidas que son ingeridos en el día. Existen diversos tipos de dieta y según Gálvez (2011), las dietas planeadas se clasifican según:

- a) la consistencia y textura del alimento: dieta líquida, blanda, semisólida
- b) el control de algún nutriente: hipoproteicas (bajo consumo de proteínas), hiperproteicas (alto consumo de proteínas), e hiposódicas (bajo contenido de sodio)
- c) la situación fisiológica de la persona: en el embarazo, lactancia, infancia, adolescencia, etc.
- d) el propósito: por alergias o intolerancias.

No se ahondará más en este tipo de dietas, pero si es relevante saber que existe otro tipo, la llamada *dieta equilibrada prudente* o *saludable*, todas estas denominaciones son sinónimas entre sí y hay que tener claro en qué consiste. Dieta equilibrada puede definirse como: “aquella que satisface todas las necesidades nutricionales de una persona, para sostén, reparación, procesos de la vida y crecimiento o desarrollo” (Mahan y Escott-Stump, 2009; citado en Gálvez, 2011, p.16).

En otras palabras, en una dieta saludable la energía que nos brindan los alimentos, debe ser la equivalente a la que se utiliza y de acuerdo a las características personales, como pueden ser edad, sexo, actividad física y condición fisiológica.

Entre otras características de esta dieta se considera que debe ser: a) completa, lo será en la medida en que se completen los nutrimentos necesarios en un día; b) variada, que se refiere a que contenga de todos los grupos alimentarios (Verduras y frutas. Cereales y tubérculos. Leguminosas y alimentos de origen animal); c) suficiente, que la energía obtenida sea la necesaria para las actividades diarias, el crecimiento y desarrollo de la persona; d) equilibrada, la porción de los alimentos debe ser la recomendada; e) adecuada, debe ser acorde a la edad, sexo y actividad física e f) inocua, no debe hacer daño a la salud (Sánchez, 2008). Cumplir con este conjunto de propiedades de la dieta equilibrada propiciará una mejor salud.

1.4 Nutrientes

Es de aclarar que con nutrimentos se refiere a: “las sustancias que provienen del medio y que cumplen funciones metabólicas (como fuentes de energía, materiales estructurales o catalizadores)” (Bourges, 2008, p.600). Son sustancias que contienen los alimentos y brindan lo necesario para el crecimiento, reparación y mantenimiento de las funciones del cuerpo. Existen varias clasificaciones de los nutrimentos, aquí se utilizará la clasificación que los divide en dos grupos para facilitar su entendimiento:

a) *Macronutrientes*: son el principal aporte energético del organismo. Según Korbman (2007), entre ellos se encuentran:

- **Proteínas.** Las proteínas son principalmente estructurales. Son importantes en el crecimiento del niño ya que son el principal componente de la piel, cabello, uñas y músculos (tendones, ligamentos y cartílagos); son un componente esencial de todos los tejidos.
- **Carbohidratos.** Los carbohidratos son una buena fuente de energía para realizar las actividades del día. Si se abusa de ellos, pueden causar sobrepeso, por ello se debe cuidar no sobrepasar las cantidades necesarias en la dieta diaria. Los carbohidratos se agrupan en carbohidratos o azúcares simples y carbohidratos complejos; los primeros son descompuestos rápidamente por el organismo y convertidos en energía, se encuentran en alimentos como fruta y leche; y los segundos se descomponen con mayor dificultad y se encuentran en guisantes, cereales, legumbres y alimentos ricos en almidón.
- **Grasas o lípidos.** Proporcionan y almacenan gran cantidad de energía, siendo así la fuente de energía de reserva. Son un componente elemental de los tejidos. Algunas de sus funciones son: creación de membranas y hormonas como la testosterona, progesterona y estrógeno; permiten la absorción de las vitaminas A, D, E y K y protegen de la falta de insulina. Se recomienda que no conformen más del 30% de la dieta diaria por el riesgo que existe de tener sobrepeso si se exceden las porciones necesarias.

b) Micronutrientes: Los micronutrientes son sustancias nutritivas necesarias en cantidades pequeñas para que el organismo tenga un buen funcionamiento. Entre ellos están (Korbman, 2007; Secretaría de Salud, 2008):

- **Vitaminas.** Ayudan a liberar, utilizar y almacenar la energía que nos proporcionan los macronutrientes. Entre ellas están la vitamina A que ayuda a tener una buena vista y a prevenir enfermedades respiratorias, gastrointestinales e infecciosas; la vitamina C ayuda a no tener enfermedades respiratorias y a la absorción del hierro y la vitamina E que funciona como antioxidante.
- **Minerales.** Los minerales son nutrientes necesarios para un correcto funcionamiento metabólico. Muchos de ellos aún no están bien estudiados, solo se conoce que la mayoría son necesarios en pequeñas cantidades, hay que cuidar no excederse. Entre los principales se encuentra el hierro que es indispensable para oxigenación de todo el cuerpo; el sodio y potasio que se encargan del equilibrio de la entrada y salida de los fluidos de las células, y el calcio que es el principal componente de huesos y dientes.

Como se puede observar, los alimentos contienen nutrientes que se deben mantener bajo control con la guía de una dieta equilibrada, cada uno de ellos es rico en algún nutriente por ello es necesario tener una dieta variada para mantener el equilibrio metabólico y contribuir a una buena salud. Pero la alimentación y el consumo de determinados nutrientes, no dependen solo de las decisiones y menos al hablar de nutrición infantil, a continuación se explica en qué consiste ésta última.

1.4 Nutrición infantil y sus implicaciones

La nutrición infantil es un asunto primordial en temas de salud pública debido al creciente número de casos de obesidad y sobrepeso infantil, relacionadas con diversas enfermedades crónicas (Salud Madrid, 2007).

Una característica de los niños(as), en edad escolar, es un “crecimiento estable de unos cinco a siete centímetros por año y un aumento de peso de dos a cinco kg. por año” (Dalmau, 2012, p.215). Aunque este crecimiento es evidentemente menor al de un lactante, siguen los cambios; varía su crecimiento y con ello el apetito se modifica; puede haber días en los que el gasto calórico y el apetito de un niño sean mayores, y otro día simplemente no tengan apetito. Se recomienda estar al pendiente del aumento de talla y peso, sin que los padres se desesperen por los cambios de apetito de sus hijos, para ello pueden apoyarse de un pediatra.

En el periodo escolar que va de los seis a los diez o doce años, llevar una dieta equilibrada y saludable es clave para un buen desarrollo psicomotriz, un correcto crecimiento, un óptimo nivel de aprendizaje y para la prevención de algunas enfermedades crónicas. La alimentación que se lleva día a día tendrá repercusiones en el futuro; muchas de las enfermedades tienen su origen en la dieta de la infancia, es por esto la importancia de la nutrición infantil. Se ha visto que el tipo de dieta tiene repercusiones en la salud a corto y largo plazo, en el estado físico y mental de cada persona (Salud Madrid, 2007).

Cuando se definió dieta equilibrada, se enlistaron diversas características que ésta debe tener (completa, variada, suficiente, equilibrada, adecuada e inocua) y que no se consiguen por si solas. Cada persona es responsable de lo que come; con los niños(as) es un poco distinto, ya que no depende totalmente de ellos la elección de sus alimentos, los padres se encargan de su alimentación y, su historia de vida en cuanto a la alimentación, influirá a su vez en la dieta que le aportaran a sus hijos, futuros

adultos. Si bien los padres de los niños(as) escolares suelen ser los encargados de cuidar su dieta, esto no evita el que los niños(as) también tengan las suficientes oportunidades para conseguir alimentos poco adecuados para su nutrición. Cada vez la alimentación de los escolares está más abierta a un abanico de opciones y la elección de estos alimentos dependerá muchas veces de los hábitos alimentarios aprendidos hasta ese momento y de la capacidad de toma de decisiones del infante. Los niños(as) imitan las conductas de los padres y ellos se encargarán de dar un buen ejemplo de alimentación, que la alimentación saludable no sea sinónimo de malos sabores y comida aburrida y fomentar el gusto por los alimentos saludables (García, 2012).

No sólo constituyen su dieta los padres y las preferencias de cada niño, también influyen en sus decisiones los medios de comunicación, como la televisión, el tiempo que pasan sentados frente a ella, los programas y anuncios que observan. Hay alimentos que están de moda, los medios de comunicación se encargan de promover su consumo, sin importar que se trate de alimentos altos en grasas y proteínas, y que aumentan el riesgo a padecer sobrepeso, obesidad u otros “trastornos nutricionales como la anemia, caries dental y problemas de aprendizaje escolar” (Salud Madrid, 2007, p.5). Otro factor influyente, son los compañeros o pares, quienes promueven el consumo de ciertos alimentos; la presión social puede llegar a ser muy fuerte, incluso se puede condicionar la pertenencia a ciertos grupos con gustos delimitados, lo que puede orillar a un niño a consumir alimentos con algún estatus social.

El consumo de alimentos también dependerá de los requerimientos nutricionales en los niños(as), que obedecen a las necesidades energéticas por la actividad física

que realizan. Una propuesta de la distribución de los macronutrientes es: un 10-15% de proteínas, <35% grasas y 50-60% de carbohidratos (Ibid, 2007). Este reparto de los requerimientos nutricionales, se recomienda sea a lo largo del día en cinco comidas, tres grandes y dos colaciones, cubriendo los diferentes grupos alimenticios: frutas y verduras, cereales y productos de origen animal. En la Tabla 1, se muestra un ejemplo de los alimentos a consumir en un día para cubrir estas proporciones. Esta tabla muestra ejemplos de los alimentos que podemos dar a la población escolar infantil y adolescente para una dieta saludable. Es un modelo del ideal de los alimentos a consumir en un día.

Tabla 1. Tamaño orientativo de las raciones por grupos de alimentos para la población infantil y adolescente.

Grupo 1: Cereales, arroz, pasta y pan

- 1 rebanada de pan
- 30 g de cereales
- Media taza de arroz o pasta

Grupo 2: Verduras y hortalizas

- Una taza de verduras de hoja crudas
- Media taza de verduras y/u hortalizas crudas o cocinadas

Grupo 3: Frutas

- Una manzana, plátano o naranja de tamaño medio
- Media taza de fruta envasada o en conserva
- 3/4 de taza de zumo de fruta
- 1/4 de taza de frutas desecadas

Grupo 4: Lácteos

- Una taza de leche o yogur
- 45 g de queso natural

Grupo 5: Carnes

- 60-90 g de carne magra, pollo o pescado (media taza de legumbres cocinadas, un huevo o 1/3 de taza de frutos secos es similar a 30 g de carne)

Nota. Una taza equivale 240 g. ó 240 ml. Las cantidades que figuran en la tabla equivalen a una ración.

Fuente: Alonso, et al., (2007) p.118.

1.6 Tendencias alimentarias en la cultura mexicana

“Las dietas no sólo comprenden la ingesta de alimentos, sino que expresan relaciones sociales y hacen patentes actos profundamente cargados de simbolismo cultural” (García, 2012, p.15). Se han realizado numerosas investigaciones sobre la alimentación de los mexicanos. García (2012), llevó a cabo una investigación documental en la cual conjuntó nueve estudios relacionados con tendencias alimentarias de diversas muestras de mexicanos. En estos estudios se tomaron en cuenta diversas variables, como son el nivel socioeconómico, hábitos de alimentación y ejercicio, entrevistas, monografías y la ingesta diaria (en gramos y litros). En seguida se describen algunos de los resultados de esta investigación.

Una de las primeras variables mencionadas es el nivel socioeconómico. Para analizar esta variable se tomaron los datos del Estudio Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares de México que elabora cada dos años el Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (INEGI, 2008). De acuerdo a la segmentación de los seis niveles socioeconómicos: A y B: clase alta; C+: clase media alta; C: clase media; D+: clase media baja; D: clase baja y E: clase más baja y los datos recolectados por el INEGI, el estado socioeconómico en el país se observa en la Tabla 2. Estos resultados se relacionaron con la alimentación, y se encontró que mientras menor es la clase social, menor oportunidad hay de comer ciertos alimentos.

Tabla 2. Nivel socioeconómico.

Nivel Socioeconómico	A y B	C+	C	D+	D	E
Población	7.2	14	17.9	35.8	18.3	6.7
Ingresos mensuales	\$98,500 ó más	De \$40,600 a \$98,499	De \$13,500 a \$40,599	De \$7,800 a \$13,499	De \$3,130 a \$7,879	\$3,129 ó menos

Nota. Describe los ingresos mensuales de acuerdo al nivel socioeconómico. Fuente: García (2012, p.33.)

Tabla 3. Consumo de alimentos y bebidas.

Niveles socioeconómicos	Total	A y B	C+	C	D+	D	E
Alimentos y bebidas consumidas dentro del hogar	20.7%	10.5%	15.9%	20.9%	28.2%	34.1%	37.3%
Alimentos y bebidas consumidas fuera del hogar	6.2%	6.1%	6.4%	6.7%	5.9%	5.6%	7.5%

Nota. Muestra el porcentaje de consumo de alimentos dentro y fuera de casa dependiendo del nivel socioeconómico. Fuente: Romo, H., (2010); en ídem, p. 67.

La Tabla 3 muestra que los pertenecientes a la clase más baja (D y E), que presentan el ingreso mensual menor, son quienes toman más alimentos dentro de casa, esto se puede relacionar con la falta de recursos económicos para comprar alimentos y consumirlos fuera del hogar; mientras que los de clase alta, son quienes indican un menor porcentaje del consumo de alimentos en el hogar. Algo interesante en estos resultados, es que a pesar de que la clase alta presenta un menor consumo de alimentos en casa, tampoco presenta un significativo porcentaje mayor de alimentos y bebidas fuera del hogar.

Cabe aclarar que estas cifras, según García (2012), pueden verse afectadas por el tamaño de las muestras de cada clase social y el alcance del estudio, ya que éste fue a nivel local. En contraste a estos estadísticos, en la Consulta Mitofsky (citado en García, 2012) -empresa líder en México dedicada a la investigación de la opinión pública - se encontró que el 45% de los mayores de 18 años come al menos una vez al día fuera de su hogar y el 52.2% no come fuera de su casa. Estos datos fueron tomados específicamente en población urbana, donde se presenta con mayor frecuencia el número de casos en que se come fuera de casa en comparación a las zonas rurales donde el porcentaje es menor al 28%. Si consideramos estos datos, se estima que en general hay un mayor consumo de alimentos y bebidas dentro del hogar, lo que puede dar a entender que es más fácil tener una regulación de los alimentos que se eligen. Pero no asegura que se tomen mejores elecciones, una prueba de ello es que a pesar de estas cifras, los casos de sobrepeso y obesidad han aumentado año con año. En el estudio de De la Riva (2006; citado en García, 2012) se señalan los factores que influyen en la elección de los alimentos que se consumen en los hogares, estos son (p.109):

- Influencia de la familia, sobre todo las madres y esposas.
- La información en etiquetas y empaques.
- Los especialistas: médicos, homeópatas, pediatras y nutriólogos (sobre todo en las escuelas), han cobrado cada día una mayor importancia.
- Con menor influencia, la publicidad de los puntos de venta, sobre todo en los productos nuevos.
- Otras personas (compañeros de trabajo, vecinos, amigos).

- Viajes (en niveles altos).
- Por último, los medios de comunicación (tv, radio y revistas).

Tener en mente estos factores ayudará a comprender la clase de alimentos que consumimos a diario. En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT] (Olaiz, et al., 2006), se encontró que los diez alimentos de mayor consumo entre los niños(as) escolares de siete a doce años en zona urbana, fueron el agua, bebidas o aguas de sabor con azúcar, café con azúcar, jugo con azúcar, leche, naranja o mandarina, plátano, refresco regular, tortillas de maíz, leche Liconsa y yogurt, además también tuvo un lugar sobresaliente las tortas y los sándwiches. Estos datos no son muy dispares a los encontrados en la ENSANUT (Gutiérrez, Rivera, Shamah, Oropeza y Hernández, 2012). En la Tabla 4, se muestra el porcentaje de consumo diario de los diez alimentos más populares en niños(as) preescolares, en zona urbana.

Tabla 4. Los 10 alimentos más consumidos en la dieta de niños(as) preescolares

Zona	Alimento	Porcentaje %	Presencia
Urbana	1 Bebidas azucaradas industrializadas	93.6	MUY ALTA
	2 Tortillas de maíz	81.5	MUY ALTA
	3 Atole de maíz con agua	81.0	MUY ALTA
	4 Chile seco (salsas y guisados)	75.2	ALTA
	5 Huevo cocido	71.2	ALTA
	6 Lenteja, garbanzo, habas o alubias	69.1	ALTA
	7 Pescados y mariscos	68.7	ALTA
	8 Limón	68.0	ALTA
	9 Sopas instantáneas	61.4	ALTA
	10 Embutidos	59.3	ALTA

Nota. Adaptado de Gutiérrez, et al., (2012).

Aunque las edades de los niños(as) de estos estadísticos son diferentes, la alimentación no cambia mucho, se obtuvo como principales alimentos las bebidas azucaradas y la tortilla de maíz. Estos resultados podemos integrarlos con los de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares [ENIGH] (Tabla 5), realizada por el INEGI (INEGI, 2012), en el cual se contabilizó el gasto trimestral en los alimentos más consumidos. Los alimentos que representan un mayor gasto son los cereales, carnes, leche y sus derivados, seguidos de verduras, legumbres, leguminosas y semillas, frutas y huevo, además también hubo un gasto significativo en pescados y mariscos. Todos estos alimentos son comunes con los encontrados en la ENSANUT 2006 y 2012 (Gutiérrez, et al., 2012; Olaiz, et al., 2006).

Tabla 5. Gasto trimestral por hogar en alimentos, bebidas y tabaco, según año de levantamiento

Precios constantes de 2012

Rubros de gasto	Año de levantamiento							
	2006		2008		2010		2012	
	Promedio	Porcentaje	Promedio	Porcentaje	Promedio	Porcentaje	Promedio	Porcentaje
Alimentos, bebidas y tabaco	8 695	100.0	8 674	100.0	8 417	100.0	8 688	100.0
Consumidos dentro del hogar	6 589	75.8	6 977	80.4	6 648	79.0	6 739	77.6
Cereales	1 168	17.7	1 356	19.4	1 246	18.7	1 292	19.2
Carnes	1 465	22.2	1 515	21.7	1 475	22.2	1 522	22.6
Pescados y mariscos	169	2.6	169	2.4	173	2.6	152	2.3
Leche y sus derivados	824	12.5	876	12.6	815	12.3	769	11.4
Huevo	191	2.9	258	3.7	226	3.4	280	4.2
Aceites y grasas	90	1.4	155	2.2	113	1.7	116	1.7
Tubérculos	97	1.5	99	1.4	105	1.6	96	1.4
Verduras, legumbres, leguminosas y semillas	785	11.9	816	11.7	799	12.0	746	11.1
Frutas	295	4.5	295	4.2	282	4.2	298	4.4
Azúcar y mieles	89	1.4	67	1.0	86	1.3	72	1.1
Café, té y chocolate	61	0.9	65	0.9	71	1.1	76	1.1
Especias y aderezos	60	0.9	65	0.9	66	1.0	65	1.0
Otros alimentos diversos	596	9.0	582	8.3	569	8.6	600	8.9
Bebidas alcohólicas y no alcohólicas	701	10.6	660	9.5	622	9.4	654	9.7
Consumidos fuera del hogar	2 035	23.4	1 636	18.9	1 710	20.3	1 872	21.5
Tabaco	70	0.8	62	0.7	59	0.7	78	0.9

Nota. Cifras expandidas conforme a las proyecciones de población CONAPO actualizadas en abril 2013.
Fuente: INEGI (2012).

Como se muestra en las tablas, en la alimentación del mexicano no están en primer lugar las frutas y verduras, por el contrario las bebidas azucaradas son consumidas en grandes cantidades que representan la principal fuente de calorías y un riesgo para la salud. Además productos de origen animal, como son las carnes, pescado, mariscos, el huevo y la leche son alimentos altamente consumidos en los hogares mexicanos a pesar, de que estos son los alimentos pertenecen al grupo alimenticio que deberíamos comer en menor cantidad. Debe recordarse que todo lo que se come se transforma en sustancias químicas que nuestro cuerpo utiliza y si comemos más de lo necesario podemos acumular los sobrantes y llegar a tener sobrepeso u obesidad, entre otras enfermedades crónicas y viceversa si no se consume lo suficiente podemos tener bajo peso, baja talla, desnutrición, entre otras deficiencias metabólicas y enfermedades.

La alimentación de la mayoría de las personas no es justamente la recomendada, las normas de una dieta saludable son pasadas por alto o tomadas a consideración según la conveniencia. En diferentes estudios, como el realizado por el Observatorio de la Alimentación (2003-2004; citado en Bertran y Arrollo, 2006), se ha encontrado que hay una notable diferencia entre lo que se dice y lo que se hace en cuanto a la alimentación. Esto depende de las concepciones culturales sobre la comida, las percepciones y conocimientos individuales sobre alimentación, el nivel socioeconómico, el tiempo del que disponen y también de la pereza de cada persona.

Una muestra de la influencia que tienen las percepciones y el nivel socioeconómico, son los resultados de la primera parte de una investigación sobre los significados culturales de los alimentos en diferentes estratos de la ciudad de México

(Bertran y Arrollo, 2006), donde se encontró que los conceptos de alimentación saludable son distintos dependiendo del nivel socioeconómico. Para los de nivel medio a alto, alimento saludable significa que sea “fresco, natural, que no engorden y que sean nutritivos. En contraste, en los estratos bajos se considera que lo saludable tiene que ver con lo higiénico. En palabras de una trabajadora doméstica: Los alimentos procesados son nutritivos porque vienen cerrados, tapados” (Bertran y Arrollo, 2006, p.228).

Los aspectos culturales y las características personales pueden variar considerablemente, lo que no cambia son las enfermedades de las que se puede ser víctima sin una sana alimentación. Es de recordar que la alimentación que se lleve y la actividad física que se tenga durante el día, conformarán nuestro estado nutricional. A continuación se describirá cómo se diagnostica el estado nutricional en niños(as).

1.7 El método antropométrico para el diagnóstico del estado nutricional en niños(as) escolares

El estado nutricional de los niños(as) depende de múltiples factores, entre ellos están los hereditarios, enfermedades tempranas, nivel socioeconómico y acceso a recursos, servicios e información. Su diagnóstico consiste en la evaluación de diferentes indicadores para determinar la salud de un individuo en relación con su alimentación y composición corporal. Uno de los métodos más comunes y sencillos para este fin, es el método antropométrico, que mide las dimensiones corporales como el peso, la talla, perímetros, pliegues, masa grasa y masa magra, entre otros. Estas medidas antropométricas tienen como objetivo común determinar la masa corporal

(Aparicio, et al., 2004). El índice de masa corporal (IMC), calculado como el cociente entre el peso en kilogramos y la talla en centímetros al cuadrado (kg/cm^2), es la medida más utilizada para la determinación de la categoría de peso y estado nutricional en adultos; sin embargo en la infancia su valor no es constante, ya que varía conforme al desarrollo de los niños(as). La OMS (2014) recomienda que el índice de masa corporal de los niños(as) se compare con la estatura y el peso indicados en tablas de crecimiento, que tienen en cuenta la edad y el sexo para determinar el estado nutricional. Los valores están dados por percentiles, que determinan las siguientes categorías de estado nutricional: desnutrición leve, desnutrición moderada, desnutrición severa, peso normal (ideal, normopeso), sobrepeso y obesidad (ver tabla 6 y 7). Peso normal o ideal, es: “el peso promedio de un sector de la población, expresado generalmente en relación a la altura” (Zaragoza, 2014, párr.16). Una mala alimentación puede llevar a una categoría de peso fuera del ideal, esto quiere decir, que se puede tener desnutrición, leve, moderada, severa, sobrepeso u obesidad según sea el caso. En el siguiente capítulo se expondrán las implicaciones de cada uno de los estados nutricionales fuera del ideal.

Tabla 6. IMC para la edad, de niñas de 5 a 18 años

Edad (años: meses)	Obesidad $\geq + 2$ SD (IMC)	Sobrepeso $\geq + 1$ a $< + 2$ SD (IMC)	Normal ≥ -1 a $< + 1$ SD (IMC)	Desnutrición leve ≥ -2 a < -1 SD (IMC)	Desnutrición moderada ≥ -3 a < -2 SD (IMC)	Desnutrición severa < -3 SD (IMC)
5:1	≥ 18.9	16.9–18.8	13.9–16.8	12.7–13.8	11.8–12.6	< 11.8
5:6	≥ 19.0	16.9–18.9	13.9–16.8	12.7–13.8	11.7–12.6	< 11.7
6:0	≥ 19.2	17.0–19.1	13.9–16.9	12.7–13.8	11.7–12.6	< 11.7
6:6	≥ 19.5	17.1–19.4	13.9–17.0	12.7–13.8	11.7–12.6	< 11.7
7:0	≥ 19.8	17.3–19.7	13.9–17.2	12.7–13.8	11.8–12.6	< 11.8
7:6	≥ 20.1	17.5–20.0	14.0–17.4	12.8–13.9	11.8–12.7	< 11.8
8:0	≥ 20.6	17.7–20.5	14.1–17.6	12.9–14.0	11.9–12.8	< 11.9
8:6	≥ 21.0	18.0–20.9	14.3–17.9	13.0–14.2	12.0–12.9	< 12.0
9:0	≥ 21.5	18.3–21.4	14.4–18.2	13.1–14.3	12.1–13.0	< 12.1
9:6	≥ 22.0	18.7–21.9	14.6–18.6	13.3–14.5	12.2–13.2	< 12.2
10:0	≥ 22.6	19.0–22.5	14.8–18.9	13.5–14.7	12.4–13.4	< 12.4
10:6	≥ 23.1	19.4–23.0	15.1–19.3	13.7–15.0	12.5–13.6	< 12.5
11:0	≥ 23.7	19.9–23.6	15.3–19.8	13.9–15.2	12.7–13.8	< 12.7
11:6	≥ 24.3	20.3–24.2	15.6–20.2	14.1–15.5	12.9–14.0	< 12.9
12:0	≥ 25.0	20.8–24.9	16.0–20.7	14.4–15.9	13.2–14.3	< 13.2
12:6	≥ 25.6	21.3–25.5	16.3–21.2	14.7–16.2	13.4–14.6	< 13.4
13:0	≥ 26.2	21.8–26.1	16.6–21.7	14.9–16.5	13.6–14.8	< 13.6
13:6	≥ 26.8	22.3–26.7	16.9–22.2	15.2–16.8	13.8–15.1	< 13.8
14:0	≥ 27.3	22.7–27.2	17.2–22.6	15.4–17.1	14.0–15.3	< 14.0
14:6	≥ 27.8	23.1–27.7	17.5–23.0	15.7–17.4	14.2–15.6	< 14.2
15:0	≥ 28.2	23.5–28.1	17.8–23.4	15.9–17.7	14.4–15.8	< 14.4
15:6	≥ 28.6	23.8–28.5	18.0–23.7	16.0–17.9	14.5–15.9	< 14.5
16:0	≥ 28.9	24.1–28.8	18.2–24.0	16.2–18.1	14.6–16.1	< 14.6
16:6	≥ 29.1	24.3–29.0	18.3–24.2	16.3–18.2	14.7–16.2	< 14.7
17:0	≥ 29.3	24.5–29.2	18.4–24.4	16.4–18.3	14.7–16.3	< 14.7
17:6	≥ 29.4	24.6–29.3	18.5–24.5	16.4–18.4	14.7–16.3	< 14.7
18:0	≥ 29.5	24.8–29.4	18.6–24.7	16.4–18.5	14.7–16.3	< 14.7

Nota. $<$ menor que; \geq mayor o igual que y SD indica la desviación estándar de la categoría.

Fuente: OMS, (2007).

Tabla 7. IMC para la edad, de niños de 5 a 18 años

Edad (años: meses)	Obesidad ≥ + 2 SD (IMC)	Sobrepeso ≥ + 1 a < + 2 SD (IMC)	Normal ≥ -1 a < + 1 SD (IMC)	Desnutrición leve ≥ -2 a < -1 SD (IMC)	Desnutrición moderada ≥ -3 a < -2 SD (IMC)	Desnutrición severa < -3 SD (IMC)
5:1	≥18.3	16.6–18.2	14.1–16.5	13.0–14.0	12.1–12.9	< 12.1
5:6	≥18.4	16.7–18.3	14.1–16.6	13.0–14.0	12.1–12.9	< 12.1
6:0	≥18.5	16.8–18.4	14.1–16.7	13.0–14.0	12.1–12.9	< 12.1
6:6	≥18.7	16.9–18.6	14.1–16.8	13.1–14.0	12.2–13.0	< 12.2
7:0	≥19.0	17.0–18.9	14.2–16.9	13.1–14.1	12.3–13.0	< 12.3
7:6	≥19.3	17.2–19.2	14.3–17.1	13.2–14.2	12.3–13.1	< 12.3
8:0	≥19.7	17.4–19.6	14.4–17.3	13.3–14.3	12.4–13.2	< 12.4
8:6	≥20.1	17.7–20.0	14.5–17.6	13.4–14.4	12.5–13.3	< 12.5
9:0	≥20.5	17.9–20.4	14.6–17.8	13.5–14.5	12.6–13.4	< 12.6
9:6	≥20.9	18.2–20.8	14.8–19.1	13.6–14.7	12.7–13.5	< 12.7
10:0	≥21.4	18.5–21.3	14.9–18.4	13.7–14.8	12.8–13.6	< 12.8
10:6	≥21.9	18.8–21.8	15.1–18.7	13.9–15.0	12.9–13.8	< 12.9
11:0	≥22.5	19.2–22.4	15.3–19.1	14.1–15.2	13.1–14.0	< 13.1
11:6	≥23.0	19.5–22.9	15.5–19.4	14.2–15.4	13.2–14.1	< 13.2
12:0	≥23.6	19.9–23.5	15.8–19.8	14.5–15.7	13.4–14.4	< 13.4
12:6	≥24.2	20.4–24.1	16.1–20.3	14.7–16.0	13.6–14.6	< 13.6
13:0	≥24.8	20.8–24.7	16.4–20.7	14.9–16.3	13.8–14.8	< 13.8
13:6	≥25.3	21.3–25.2	16.7–21.2	15.2–16.6	14.0–15.1	< 14.0
14:0	≥25.9	21.8–25.8	17.0–21.7	15.5–16.9	14.3–15.4	< 14.3
14:6	≥26.5	22.2–26.4	17.3–22.1	15.7–17.2	14.5–15.6	< 14.5
15:0	≥27.0	22.7–26.9	17.6–22.6	16.0–17.5	14.7–15.9	< 14.7
15:6	≥27.4	23.1–27.3	18.0–23.0	16.3–17.9	14.9–16.2	< 14.9
16:0	≥27.9	23.5–27.8	18.2–23.4	16.5–18.1	15.1–16.4	< 15.1
16:6	≥28.3	23.9–28.2	18.5–28.1	16.7–18.4	15.3–16.6	< 15.3
17:0	≥28.6	24.3–28.5	18.8–24.2	16.9–18.7	15.4–16.8	< 15.4
17:6	≥29.0	24.6–28.9	19.0–24.5	17.1–18.9	15.6–17.0	< 15.6
18:0	≥29.2	24.9–29.1	19.2–24.8	17.3–19.1	15.7–17.2	< 15.7

Nota. <menor que; ≥ mayor o igual que y SD indica la desviación estándar de la categoría.

Fuente: OMS, (2007).

CAPITULO II.CATEGORIAS DEL ESTADO NUTRICIO EN NIÑOS(AS)

Una categoría de peso es aquella que se determina con el punto de corte - valor a partir del cual se considera a la población como normal o anormal -, en el que se encuentra el IMC obtenido para cada edad y sexo (Kaufer y Toussaint, 2008). En las categorías de peso fuera del ideal se encuentran la desnutrición (en sus diferentes niveles: leve, moderado o severo), el sobrepeso y la obesidad. Cada una de ellas presenta características particulares y conlleva a diferentes situaciones. Debido a que la muestra del presente proyecto está compuesta por alumnos(as) de cuarto a sexto de primaria (de nueve a doce años de edad aproximadamente), y la desnutrición no constituye el objetivo principal de este trabajo, se le dará mayor amplitud al tema de sobrepeso y obesidad, categorías que suman una prevalencia de más de un tercio de la población infantil en México.

2.1 Desnutrición

2.1.1 Desnutrición infantil en México.

A nivel global, los principales problemas relacionados con la falta de ingestión de nutrimentos, aumento de requerimientos o exceso del gasto energético son: la talla baja o desnutrición crónica, la *emaciación* o desnutrición aguda y las deficiencias de vitamina A, zinc, hierro y yodo. Se ha visto que la desnutrición predomina durante la gestación y los primeros años de vida, la mayoría de las investigaciones sobre bajo peso, baja talla para la edad y desnutrición, se establecen en un rango de edad que va desde el nacimiento hasta los cinco años. La desnutrición en niños(as) menores de cinco años es asociada a una alta prevalencia de morbilidad y mortalidad infantil en

México, por lo que se considera un importante problema de salud pública. Las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (ENSANUT), han recopilado información sobre la magnitud y la distribución de la desnutrición en México. La ENSANUT 2012, estima que 2.8% (equivalente a 302 279) menores de cinco años de edad presentan bajo peso, 13.6% (equivalente a 1 467 757) baja talla y 1.6% (equivalente a 171 982) emaciación o desnutrición aguda, en todo el país. Si se toma en cuenta estas tres divisiones dan un total de 18% en la prevalencia de la desnutrición en menores de cinco años. Aunque se han registrado disminuciones en este porcentaje de 1988 a 2012 (ver tabla 8), aún se busca la meta de erradicar por completo la desnutrición infantil (Gutiérrez, et al., 2012).

Tabla 8. Prevalencia en México de desnutrición de 1988 a 2012

Año de Encuesta	1988	1999	2006	2012
Bajo peso	10.8%	5.6%	3.4%	2.8%
Baja talla	26.9%	21.5%	15.3%	13.6%
Emaciación	6.2%	2.1%	2.0%	1.6%

Nota: proporciones a nivel nacional en niños(as) de cero a cinco años
Fuente: Adaptado de Gutiérrez, et al.(2012).

En el rango de edad de nueve a once años la prevalencia de desnutrición crónica determinada por la ENSANUT (Olaiz, et al., 2006), es de 4.4% para los niños (equivalente a poco más de 22 mil) y en 7.5% para las niñas (alrededor de 36 mil).

Las acciones de tratamiento contra la desnutrición, han tomado en cuenta los orígenes socioeconómicos, biológicos y culturales del bajo peso y desnutrición. Han analizado sus componentes para el desarrollo de estrategias que ayuden a prevenir y disminuir las cifras de desnutrición a nivel mundial. Los programas de prevención y control de la desnutrición, se han creado con la ayuda de organizaciones como el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) y el Programa Mundial de Alimentos (PMA) (Hopenhagen, et al., 2005).

2.1.2 Definición de desnutrición infantil.

Wisbaum (2011) define desnutrición como: “el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas” (p.7). Existe un fuerte vínculo entre la desnutrición e infecciones, mientras más aguda sea la desnutrición se contará con menos defensas. Higashida (2001; citada en Rodríguez, 2010), la define como: “una deficiencia de la nutrición, que se debe a la falta de ingestión, absorción o utilización de nutrimentos, a una pérdida exagerada de calorías o a los malos hábitos alimenticios” (p. 37).

Clasificación de la desnutrición.

Wisbaum (2011), menciona que la desnutrición se manifiesta en el niño de diversas formas: la primera es cuando el niño es más pequeño de lo que le corresponde para su edad; la segunda es cuando pesa poco para su talla, y la tercera es cuando pesa menos de lo que debería para su edad. De acuerdo a estas manifestaciones clasifica la desnutrición en:

- *Desnutrición crónica*: hay retraso en el crecimiento. Se determina con la comparación de la talla del niño con el estándar recomendado para su edad (talla para la edad alterada y peso para la talla normal). Carencia de nutrientes necesarios durante un tiempo prolongado que afecta el desarrollo físico.
- *Desnutrición aguda moderada*: Peso menor para su talla. Requiere un tratamiento inmediato para prevenir que empeore.
- *Desnutrición aguda grave o severa*: Peso muy por debajo para su altura. Se considera la más grave. Todos los procesos vitales se encuentran alterados. Requiere atención médica urgente.

Como se expuso en el capítulo anterior, la OMS (2007) establece una clasificación con base en el IMC, el sexo, la edad y la talla. Divide a la desnutrición en tres niveles: leve, moderada y severa; en cada nivel se establece un rango de IMC, mutuamente excluyente para clasificar el nivel de desnutrición y se establece en relación con el peso y la talla para la edad. Ésta es una de las clasificaciones más comunes y es la que se utilizará para los fines del presente proyecto.

2.1.3 Causas de la desnutrición infantil.

La desnutrición infantil tiene diversas causas, Wisbaum (2011) las divide en tres:

- *Causas básicas*: se consideran las principales de la desnutrición. Entre ellas están la pobreza, la desigualdad y la escasa educación de las madres.
- *Causas subyacentes*: surgen a raíz de las primeras, entre ellas están la falta de acceso a alimentos, falta de atención sanitaria, agua y saneamiento insalubres.
- *Causas inmediatas*: las más comunes son la alimentación insuficiente, atención inadecuada y enfermedades.

Además se pueden entrever causas políticas, económicas y sociales; encontrándose como eje central de la desnutrición la pobreza; “debido a ella hay una carencia de recursos, falta de educación, escasez de alimentos, de servicios de salud y de saneamiento básico” (Hopenhayn, et al., 2005, p.8). También puede deberse a problemas de origen psicosocial, como la imagen corporal distorsionada que se explicará más adelante. Conjuntamente, existen familias donde las restricciones alimentarias son tan marcadas que se puede llegar a provocar peso bajo o desnutrición.

2.1.3 Consecuencias de la desnutrición infantil.

La fatiga, la reducción de la capacidad de aprendizaje o de inmunidad ante diversas enfermedades, la mayor propensión a infecciones, la reducción de la capacidad física y mental y la muerte en los casos más graves, son consecuencias comunes de la desnutrición. En diversos estudios se ha correlacionado el bajo rendimiento académico y baja escolaridad con la desnutrición (Balarezo, 2014; Leiva, et al. 2001). Los daños físicos como los problemas en el crecimiento y los daños cognitivos son irreversibles.

La desnutrición a nivel productivo se relaciona con bajos niveles de escolaridad y problemas de aprendizaje, lo que se traduce en pérdidas económicas y problemas sociales a largo plazo. Se pueden destacar “los impactos en mortalidad, educación y productividad, convirtiéndose en uno de los principales mecanismos de transmisión intergeneracional de la pobreza y la desigualdad” (Hopenhayn, et al., 2005, p.8).

2.2 Obesidad

2.2.1 Antecedentes históricos sociales de la obesidad.

El sobrepeso y la obesidad son de las alteraciones nutricionales más comunes de los países en desarrollo. México es uno de ellos y el número de casos ha ido en aumento durante los últimos años hasta ser un tema de preocupación en materia de salud pública. Esta situación no siempre fue la misma, la cultura alimentaria de México se ha transformado con la transición nutricional y demográfica (Fausto, Valdez, Aldrete y López, 2006). Las cifras de las alteraciones nutricias tampoco son las mismas que el siglo pasado, han cambiado a lo largo del tiempo al igual que las concepciones y atribuciones que se le dan al sobrepeso y la obesidad.

En la prehistoria el ser humano pasaba la mayor parte del tiempo trasladándose de un lugar a otro, los nómadas iban en busca de alimento y se enfrentaban a situaciones que exigían movimiento corporal; conseguir alimento implicaba un esfuerzo que se debía realizar a diario. Aun así en ocasiones no se encontraba el alimento suficiente, por lo que sus cuerpos debían tener la capacidad de guardar energía en forma de grasa, para poder sobrevivir a los periodos de escasez de alimento. La teoría del *Genotipo ahorrador*, propuesta por Neel en 1962 (citado en Fausto, et al., 2006), refiere que esta capacidad de adaptación metabólica, está impresa genéticamente. Esta teoría menciona que gracias a la capacidad de almacenar nutrientes durante la prehistoria, las personas con sobrepeso u obesidad tenían mayores posibilidades de sobrevivir a la hambruna. Las mujeres que tenían mayor esperanza de vida por las reservas nutricionales mostradas en caderas anchas y senos prominentes, eran consideradas como más sanas y fértiles.

Aún en la edad media y los siglos XVI y XVII, el exceso de peso siguió considerándose símbolo de fecundidad, salud, atractivo sexual y bienestar tanto en adultos como en niños(as). Fue hasta la segunda mitad del siglo XVIII, cuando Joannes Baptista publicó en 1765, su obra *De Sedibus et causis Morborum per Anatomen Indagata*, donde muestra los primeros estudios observacionales sobre la obesidad y, su relación con otras patologías y limitaciones físicas. En 1999, en la Declaración de Milán, la Unión Europea establece a la obesidad como un trastorno metabólico que requiere intervención y prevención. A principios y finales del siglo XX, el principal problema nutricional era la desnutrición, ahora el sobrepeso y la obesidad representan un mayor riesgo a la salud, ya que se les relaciona con diversas enfermedades crónicas (Monereo, Iglesias y Guijarro, 2012).

Conforme se ha dado la revolución tecnocientífica, se ha dejado el trabajo en el campo, la actividad física es cada día menor, los trabajos son sedentarios, la comida es abundante, se utiliza el automóvil, el metro y el elevador. Los niños(as) ya casi no salen a jugar, en lugar de ello realizan actividades sedentarias como jugar videojuegos, utilizar la computadora o ver la televisión. Las familias tienen menos tiempo para preparar comidas saludables y para realizar ejercicio. Este cambio es drástico para un metabolismo, que según la teoría del genotipo ahorrador, está hecho para soportar la hambruna y mantenerse en constante actividad física. Ahora esta capacidad no es muy funcional y por el contrario puede causar un estado nutricional inadecuado con la acumulación de la grasa corporal, ahora innecesaria por la gran disponibilidad de alimento.

En el presente siglo, la obesidad ha sido declarada por la OMS como la *epidemia del siglo XXI*. El número de casos de sobrepeso y obesidad tienen un rápido crecimiento tanto en adultos como en niños(as) y, los problemas cardiovasculares directamente relacionados con estos estados nutricionales, ocupan el primer lugar en la lista de las principales causas de muerte a nivel mundial (OMS, 2005). Hoy la obesidad se entiende como una enfermedad crónica que debe ser prevenida y controlada.

2.2.2 Definición de sobrepeso y obesidad.

Definir la obesidad ha sido una tarea primordialmente de los médicos, sin embargo la obesidad del adulto como la obesidad infantil, no dejan de ser una patología multifactorial. Kauffer, Tavano y Ávila (2001), definen la obesidad como: “una enfermedad crónica, recurrente y estigmatizada, de etiología multifactorial que se desarrolla a partir de la interacción de la influencia de factores genéticos, sociales, conductuales, psicológicos, metabólicos, celulares y moleculares” (pp.350). El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), también considera la obesidad como enfermedad multifactorial, caracterizada por el aumento de grasa corporal debido a la ingesta de energía excedente al gasto energético y, causante de diferentes enfermedades crónicas no transmisibles (Gutiérrez, et al., 2012). González (2002; citado en Korbman, 2007, p. 16), toma en cuenta el IMC y “considera sobrepeso en el niño, si su peso se encuentra entre el percentil 85 y el 95 de acuerdo con su edad y estatura”.

El anterior párrafo muestra un amplio significado de la patología y parecen incluir el sobrepeso en la obesidad, lo cual se aclarara a continuación con la clasificación. Por un lado están los factores socioculturales y personales y, por el otro, están los biológicos, ambos causas primordiales para el desarrollo del sobrepeso y la obesidad.

Además el enfoque médico atribuye la obesidad a un desequilibrio entre la cantidad de alimentos consumidos y la energía utilizada durante el día; mientras mayor sea la cantidad de alimentos y menor sea la actividad física, habrá mayor cantidad de energía acumulada en forma de grasa. Ese exceso de grasa corporal trae consigo diversas enfermedades como son complicaciones cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensión, osteoartritis, entre otras enfermedades médicas; asimismo puede traer consigo padecimientos psicológicos como son trastornos de la conducta alimentaria y del estado de ánimo.

Clasificación de la obesidad.

La obesidad puede clasificarse de diferentes formas, la elección de una u otra clasificación dependerá del objetivo de la investigación y de las variables medidas. Cuatro clasificaciones de la obesidad infantil, de acuerdo a diferentes criterios son:

1.- Por los rasgos morfológicos (Korbman, 2007, p.17):

a) **Leve**, va de 20% a 40% de peso. En esta categoría se habla de sobrepeso, u obesidad leve.

b) **Moderada**, va de 40% al 100% del peso.

c) **Severa**, se excede del 100% del peso.

2.- Por los rasgos anatómicos (Korbman, 2007; Pérez, Luna y Culebras, 2012):

a) **Hiperplásica**, el aumento de la grasa corporal se debe a un mayor número de células adiposas. Es más frecuente en la infancia y es una de las más difíciles de tratar.

b) **Hipertrófica**, el aumento de la grasa corporal se debe al incremento del tamaño de las células adiposas. Se le relaciona mayormente con la obesidad androide y en adultos.

3.- Por la distribución anatómica del tejido adiposo y de acuerdo a la localización de la acumulación de grasa (Korbman, 2007; Pérez, et al., 2012):

a) **Androide, abdominal, central, visceral o centrípeta**, la grasa se localiza principalmente en el abdomen (también se le conoce como obesidad tipo manzana).

b) **Gluteofemoral, periférica, ginecoide**, la grasa se acumula principalmente en la parte baja del cuerpo, glúteos, caderas y muslos (también conocida como obesidad tipo pera).

c) **Distribución Homogénea**, la grasa no tiene un solo lugar en específico dónde acumularse, se encuentra distribuida en diversas partes del cuerpo.

4.- De acuerdo con las causas se divide en (Korbman, 2007, p.18; Pérez, et al., 2012):

a) **Endógena**, este tipo de obesidad se debe principalmente a problemas metabólicos o al uso de algún fármaco. Sólo representa el 10% de los casos de obesidad.

b) **Exógena**, se debe a un desajuste entre el equilibrio del gasto energético y el consumo de calorías. Representa el 90% de los casos de obesidad.

Por otro lado, la OMS (2007), solo diferencia el sobrepeso de la obesidad con base en el IMC que es clasificado en rangos que se establecen con forme el sexo, edad, peso y talla.

2.2.3 Epidemiología.

En México el sobrepeso y la obesidad son un problema de salud pública de gran magnitud en todos los grupos de edad. La última ENSANUT (Gutiérrez, et al., 2012), encontró prevalencias de peso excesivo en 73% de las mujeres y en 69.4% de los hombres adultos, en 35.8% de adolescentes de sexo femenino y 34.1% de adolescentes varones. En cuanto a la obesidad infantil, México ocupa el primer lugar a nivel mundial. “Se calcula que en 2010, hubo 42 millones de niños(as) con sobrepeso en todo el mundo, de los que cerca de 35 millones vivían en países en desarrollo en 2012, más de 40 millones de niños menores de cinco años de edad tenían sobrepeso” (OMS, 2014). La prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad infantil, registrada en la ENSANUT 2012, en niños de 5 a 11 años, fue de 36.9%; donde 19.5% representan el sobrepeso y el 17.4% los casos de obesidad. Para las niñas de 5 a 11 años, la cifra es de 32%; 20.2% con sobrepeso y 11.8% con obesidad. Estas prevalencias en niños(as) en edad escolar representan alrededor de 5 664 870 niños(as) con sobrepeso y obesidad en el ámbito nacional. Durante el lapso de 24 años, desde 1988 hasta el 2012, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad tuvo un crecimiento sostenido de casos, y se prevé que siga en aumento si no se toman las medidas necesarias (Gutiérrez, et al., 2012).

2.2.4 Criterios diagnósticos del sobrepeso y la obesidad infantil.

Como se explica en el capítulo sobre nutrición del presente trabajo, existen parámetros como la estatura, la edad y el sexo para definir la condición nutritiva de una persona, variables que son especialmente importantes para el diagnóstico del sobrepeso y la obesidad infantil.

Uno de los métodos más comunes para diagnosticar la obesidad infantil es mediante el cálculo del IMC y el uso de tablas con rangos y percentiles, como las establecidas por la OMS (2007), que determinan la clasificación nutricional y que serán utilizadas para los fines del presente estudio. Si se utiliza el IMC, según González y Szydlo, y Woolston (2002; 2004; citados en Korbman, 2007), se considera a un niño obeso cuando su peso es por lo menos 20% mayor del recomendado para su edad y talla. La Secretaría de Salud Pública en México, utiliza el *Índice Nutricional* que toma en cuenta el peso y la talla actual y lo divide entre el peso y la talla media correspondiente al sexo y la edad. Estos dos métodos son los más utilizados por nutriólogos y médicos. Un tercer método consiste en utilizar un calibrador o plicómetro, que es un aparato que mide el grosor de la grasa debajo del brazo; con éste se puede obtener el grado de obesidad del niño (Korbman, 2007).

Conductas alimentarias de riesgo (CAR)

Como se expone en el capítulo primero sobre nutrición, la conducta alimentaria es un proceso voluntario y educable y, no siempre lo que se aprende es lo correcto. Nuño, Celis de la Rosa y Unikel (2009), definen las alteraciones de las conductas alimentarias como: “Conductas alimentarias de riesgo (CAR), que son aquéllos comportamientos alimentarios que no cumplen con la frecuencia e intensidad de los trastornos de la conducta alimentaria de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV” (p.287). Entre las más comunes se encuentran: la preocupación por engordar, atracones, sensación de falta de control al comer, vómito autoinducido, ayunos, dietas, ejercicio excesivo, uso de pastillas para adelgazar, diuréticos, supositorios y/o laxantes (Unikel, Saucedo, Villatoro, y Fleiz, 2002).

Las CAR ayudan a diagnosticar Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), que se relacionan con estados nutricionales fuera del normal. La imagen corporal distorsionada puede expresarse en CAR, que pueden convertirse en un TCA, lo que las vuelve peligrosas para la salud (Unikel, Bojórquez y Carreño, 2004; Unikel y Gómez-Peresmitré, 2004).

Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Los TCA, son “definidos como el grupo de psicopatologías caracterizadas por serios disturbios en la ingesta, como restricción de alimentos, episodios de apetito voraz (atracones), excesiva preocupación por la figura corporal y/o por el peso (Fandiño, Giraldo, Martínez, Aux y Espinosa, 2007; citados en Guzmán, 2011). El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5 por sus siglas en inglés), divide a los TCA en las siguientes categorías (American Psychiatric Association, 2013):

- **Anorexia Nerviosa:** se presenta por la disminución de la ingesta de comida acompañada de una pérdida de peso. Las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres afectadas de este trastorno sufren amenorrea.
- **Bulimia Nerviosa:** se caracteriza por atracones que son seguidos por conductas compensatorias –vómito, uso de laxantes, diuréticos, entre otros- para evitar ganar peso. Además, la autoevaluación se centra excesivamente en la silueta y el peso corporal.

- Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado (TCANE): Aquellos trastornos que no cumplen los criterios para alguno de los trastornos específicos.

Además existe una clasificación de los TCA más comunes en la infancia, los cuales son clasificados en (American Psychiatric Association, 2013):

- Pica: se caracteriza por la ingestión repetida de sustancias no comestibles, durante al menos un mes. La sustancia consumida puede variar con la edad.
- Trastorno por rumiación: es la regurgitación y nueva masticación de alimentos, tras una alimentación normal y sin náuseas, disgusto o alguna enfermedad gastrointestinal.
- Trastorno de alimentación de la infancia: se presenta antes de los seis años y se caracteriza por una incapacidad persistente para comer adecuadamente sin causa médica aparente.

El sobrepeso y la obesidad, no están incluidos como tal en el DSM-5, ya que no se ha logrado establecer una asociación lo suficientemente significativa, con factores psicológicos conductuales (American Psychiatric Association, 2013). A pesar de que existen diversos estudios sobre la influencia de factores psicológicos, no se ha logrado unificar los criterios que sean determinantes para que se presente el sobrepeso o la obesidad. Sin embargo se les puede relacionar con los atracones que se presentan en la Bulimia Nerviosa. Los atracones son “el consumo de grandes cantidades de comida en un corto espacio de tiempo (generalmente alimentos con elevado contenido calórico) con el sentimiento de que no se puede evitar. Después del atracón aparecen sentimientos de culpa y de autodesprecio” (Guzmán, 2011, p.26).

La repetición y frecuencia de estos atracones, ya sea consumir alimentos de una forma compulsiva entre comidas, o en un consumo de grandes cantidades de una sola vez; con ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa (como causar vómito), provocan a la larga sobrepeso y obesidad por el exceso de nutrientes. Debido a la ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa, el sobrepeso y la obesidad podrían clasificarse como TCANE.

2.2.5 Causas del sobrepeso y la obesidad infantil.

Al ser una enfermedad multifactorial, se encuentran diversos factores causantes del sobrepeso y la obesidad. Cabello y Vázquez-González (2014), encontraron que la alimentación de los niños(as) con obesidad, se ve afectada por factores socioeconómicos, el trabajo de sus padres, problemas familiares, división de tareas de los cuidadores o padres, aspectos socioculturales y medios de comunicación.

Se han estudiado los factores más comunes del exceso de peso, entre los que se encuentran la escasa actividad física, factores genéticos, hereditarios, ambientales, socioculturales, psicológicos, familiares, y además las conductas alimentarias de riesgo. A continuación se describen las causas más comunes en cuatro grupos para un entendimiento más práctico.

Escasa actividad física

La escasa actividad física es una de las causas mejor identificadas del sobrepeso y la obesidad. Según la Secretaría de Educación Pública (SEP) (2003), la actividad física es: “toda acción motriz que ocasiona un gasto calórico. Incluye todo movimiento

corporal realizado en la vida cotidiana de cualquier persona, hasta las exigentes sesiones de entrenamiento” (p.2). No se refiere solo a las actividades deportivas o ejercicios reglamentados, también se refiere a las actividades diarias que requieren movimiento corporal y gasto energético. La urbanización y la tecnología hace que los estilos de vida sean cada vez más sedentarios, se utiliza el automóvil en lugar de la bicicleta o caminar, se toma el elevador en lugar de las escaleras, ahora los niños(as) juegan videojuegos o en la computadora en lugar de fútbol o atrapadas. La actividad física es una inversión de tiempo, pero también es una cuestión de educación y hábitos de salud. El realizar actividad física de forma regular y consistente puede ayudar a prevenir enfermedades como el sobrepeso y la obesidad, hipertensión, diabetes y depresión.

Existe “evidencia concluyente de que la actividad física frecuente mejora sustancialmente la forma física y el estado de salud de niños y jóvenes” (Platas, 2015, p. 125). Se ha encontrado que los niños(as) que pasan más tiempo en actividades sedentarias como ver televisión, jugar videojuegos o estar frente a la computadora, tenían mayor prevalencia de obesidad, en comparación de los que dedicaban menos tiempo a estas actividades. Quienes dedicaban más de dos horas diarias a ver la televisión, mostraron mayor prevalencia de obesidad que quienes pasaban menos de una hora. Además la prevalencia de obesidad entre los niños(as) que no realizaban actividad física programada, fue mayor que con los que si realizaban deporte hasta tres veces por semana (Caballero, et al., 2007; Cabello y Vázquez-González, 2014; Platas, 215).

No sólo es importante tener actividad física, sino también saber qué tipo y cantidad de ejercicio realizar. Existen niveles recomendados de actividad física según la edad; la OMS (2010), menciona que la actividad física recomendada en personas de cinco a diecisiete años radica en jugar, realizar deportes, actividades recreativas, paseos, clases de educación física o ejercicios programados con la familia. Esta actividad se recomienda que sea moderada o vigorosa y aeróbica, mínimo una hora diario; si se cumple por más tiempo, los resultados y beneficios serán mejores. Platas (2015), menciona que la actividad física en niños(as) con sobrepeso u obesidad, que se someten a intervenciones donde se aumenta su actividad física, obtienen beneficios para su salud.

Factores genéticos y hereditarios

Se ha intentado identificar la fuerza que tienen los aspectos genéticos en la herencia de la obesidad. Existen estudios que demuestran la relación genética entre padres e hijos y entre gemelos idénticos. Se ha logrado descubrir que el fenotipo de la obesidad es hereditable hasta en un 70% en hombres y en mujeres hasta en un 66% (Comuzzie, Willimas y Blangero, 2001 y Stunkard, Harris, Pedersen y McClearn, 1990; citados en Peralta, Gómez-Zamudio, Estrada, Karam y Cruz, 2014). Además se ha demostrado que el 80% de los hijos con padres obesos tienden a sufrir obesidad; inversamente, los hijos de padres en su peso normal tienden a mantener un peso sano (Campollo, 1995; citado en Korbman, 2007). Otra correlación genética evidente es la existente entre los gemelos idénticos, su grado de obesidad es muy parecido aún encontrándose cada uno con familias distintas; asimismo se ha asociado mayormente el peso de padres biológicos con sus hijos, que con padres no biológicos.

Una teoría que apoya la transmisión de la obesidad mediante la genética, es la teoría *Set Point* –punto límite de peso, que el cuerpo tiende a mantener constante durante un tiempo-, que declara la existencia de la interacción de factores neurológicos, hormonales y metabólicos con la regulación del peso corporal (Szydlo y Woolson, 2004; citados en Korbman, 2007).

El componente genético no solo consiste en la herencia del estado nutricional, todos contamos con la capacidad de guardar energía en forma de grasa (gen ahorrador). Sin embargo, a pesar de que el componente genético representa uno de los factores primordiales en la propensión al sobrepeso y la obesidad, existen otros elementos que también influyen en el peso corporal, por lo que, la fuerza que puede llegar a tener este gen de la obesidad, depende de otras variables como son hábitos alimentarios y la actividad física.

Factores socioculturales y la familia

La cultura y la sociedad transmiten costumbres de generación en generación, el estilo de vida, hacer o no ejercicio y los hábitos alimentarios, son prácticas que se aprenden desde la infancia y permanecen, en su mayoría, hasta la edad adulta. Los padres juegan el rol más importante en esta función, ya que son quienes en primera instancia, transmiten las costumbres, actitudes, conocimientos y hábitos. De acuerdo a los hábitos alimentarios de los padres, sus valores y estilo de vida, será la rigurosidad con que se consuman los alimentos y el gusto o rechazo por determinadas comidas. Estos hábitos y costumbres heredados a los hijos, varían de familia en familia de acuerdo a sus actividades diarias y el nivel de urbanización de su localidad, así como sus representaciones sobre el cuerpo sano o ideal; si los padres piensan que el estar

obeso es sinónimo de buena salud, entonces sus prácticas alimenticias estarán encaminadas a lograrlo (Guzmán, 2012). Así mismo, otras personas cercanas al infante pueden mediar su consumo de alimentos, por ejemplo, los hermanos, parientes o cuidadores externos a la familia como los maestros o niñeras, también influyen en su alimentación (Rodríguez, 2010).

La urbanización junto con la globalización y, los cambios económicos que conllevan, hacen que cada vez sea más común que tanto el padre como la madre trabajen, lo que llega a disminuir el tiempo para preparar una dieta balanceada y en lugar de ello se eligen comidas rápidas altas en grasas y azúcares, causantes del sobrepeso y la obesidad. Además en las ciudades existe un predominio de alimentos procesados o alimentos chatarra, que son poco aptos para un buen estado nutricional (Cabello y Vázquez-González, 2014).

La nutrición infantil y de toda la familia, va acorde con la disponibilidad física de alimento de la zona geográfica y la capacidad económica para poder comer sanamente. Diferentes investigadores han relacionado el nivel socioeconómico con el sobrepeso y la obesidad; algunos encontraron que el sobrepeso y la obesidad se presentan en mayor porcentaje en poblaciones de niveles socioeconómicos bajos (González, 2013; Olivares, Bustos, Lzera y Zelada, 2007). Fue de interés observar un menor consumo de pan y carbohidratos en niños(as) de nivel socioeconómico alto, porque sus padres no quieren que engorden (Olivares, et al., 2007), lo que ocasiona que su dieta sea más controlada que en los estratos bajos. Por otro lado, también se ha encontrado que existe un mayor porcentaje de casos de sobrepeso y obesidad en

niveles socioeconómicos altos (Adjemian, Bustos, y Amigo, 2007; Bustamante, Seabra, Garganta y Maia, 2007; Galindo y Reyes, 2007); algunas de las prácticas diarias observadas, contribuyentes a esta situación, son que en los niveles altos se utiliza más el automóvil, mientras que los de bajo estrato socioeconómico caminan siete veces más y salen a centros comunitarios como canchas de fútbol, gimnasio y piscina, lo que contribuye a una mayor actividad física (Bustamante, et al., 2007).

Los niños(as) también aprenden concepciones sociales del sobrepeso y la obesidad, por ejemplo algunos estudios, han demostrado que desde muy pequeños los niños(as) tienden a preferir que sus amistades sean delgadas o en su peso ideal y evitan o dejan como último recurso a otros niños(as) con sobrepeso u obesidad. Se ha estudiado que una de las principales causas de esta actitud, es el pensar que “esta así porque quiere, no tiene voluntad” (Guzmán, 2010, p.206). Gómez-Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda (2001), mencionan que los niños, a los seis años, ya tienen una actitud negativa hacia la obesidad y la relacionan con adjetivos indeseables como suciedad y flojera; contrario a los calificativos positivos, que le dan a las personas delgadas. Lo que refleja las creencias, valores y actitudes socioculturales en pro de la delgadez. Además los mencionados autores midieron la actitud hacia la obesidad de pre-púberes, púberes y adolescentes, y obtuvieron que el 63% de los participantes otorgaron adjetivos negativos, en lugar de positivos o descriptivos, a las personas con obesidad. Este tipo de pensamientos pasan de padres a hijos, de personas adultas a niños(as) y prevalecen para seguir transmitiéndose. Si bien pueden ser ciertos estos pensamientos, es de recordar que el sobrepeso y la obesidad, van más allá de la voluntad de una persona.

Factores psicológicos en la obesidad infantil

Existen estudios sobre el sobrepeso y la obesidad infantil y adolescente, que han relacionado constructos psicológicos como autoestima, depresión, ideación suicida, impulsividad, locus de control interno y estrés, con la propensión a estos estados nutricionales (Nuño, et al., 2009). A pesar de que algunas emociones se han correlacionado con la obesidad, y de las numerosas investigaciones que han tratado de crear un perfil de *personalidad del obeso*, aún no se ha podido definir una condición psicopatológica específica vinculada a la obesidad (Guzmán, 2010). No existe por lo tanto un perfil del obeso, existe una gran diversidad de personalidades en personas con obesidad. Se han podido establecer algunos criterios como la baja autoestima, dependencia y depresión en algunos de los casos pero no en un número de casos significativos, además esas características también se presentan en personas sin obesidad ni sobrepeso (Roche, 2011).

En lugar de construir un perfil de personalidad del obeso, algunos investigadores se refieren a una personalidad adictiva. Ravenna (2004; citado en Roche, 2011), describe la personalidad adictiva como aquella que no solo tiene necesidades físico-químicas sino también un estado emocional particular relacionado con factores químicos (neurotransmisores y neuroreceptores) conectados a los sentimientos y a las necesidades biológicas de cada individuo. Si la persona con sobrepeso u obesidad tiene un perfil de personalidad adictiva, puede que ciertas emociones y la conducta de comer, tengan efectos similares en neurotransmisores y neuroreceptores que se activan en las adicciones a sustancias nocivas. La comida se transforma en la droga causante de placer y por tanto se convierte en la sustancia adictiva.

Otra posible causa psicológica es la conducta de comer por compensación psicológica. Estudios realizados con La Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios, refieren la sobreingesta por la conducta de comer por compensación psicológica como uno de los factores más representativos de la obesidad. Comer por *compensación psicológica*, es la ingestión no controlada de alimentos, debido a estados de ánimo desagradables como tristeza o depresión, que busca atenuar las sensaciones dísplacenteras (Gómez-Peresmitré y Ávila, 1998; Platas, Gómez-Peresmitré, León, Pineda y Guzmán, 2007). Una de las explicaciones dadas a esta conducta, es que el niño que hace berrinches y llora, es premiado por la madre con un dulce u otra comida, para extinguir ese llanto o estado de tensión en el niño; así al ser adulto y tener emociones aversivas como por ejemplo: tristeza, estrés, ira o ansiedad, lo primero que se hace para contrarrestarlas, es consumir alimentos (Gómez-Peresmitré, 1990 y Huong y Strong, 1998; citados en Saucedo, Peña, Fernández, García y Jiménez, 2010).

Otro punto psicológico importante en el sobrepeso, la obesidad y en TCA, es la imagen corporal. Sánchez y Rossano, (2012), definen la imagen corporal como: “un constructo psicológico complejo, que se refiere a cómo la autopercepción del cuerpo genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo, que incluye las creencias, emociones, pensamientos y conductas asociadas” (p.8). Esta imagen mental sobre el cuerpo, es construida de forma particular en base a la cultura y a los grupos pertenecientes. La imagen cultural se constituye en base a significados que son dados por una sociedad determinada. Se involucra la percepción, afectos, estilos de crianza y procesos cognitivos que se entrelazan con procesos socioculturales

y psicológicos. Además con la imagen corporal, se establecen respuestas conductuales que afectan procesos físicos, orgánicos y biológicos (Quiñónez y Méndez, 2006). La imagen corporal está llena de significados y ahora el cuerpo representa una parte importante del yo de cada individuo, se le pone más atención que nunca, existen dietas, masajes, maquillajes, ropa de moda y otros remedios que buscan perfeccionar el aspecto físico.

La moda y la mercadotecnia, son las principales determinantes del cuerpo ideal en el siglo XXI. Se habla de una *cultura de la delgadez*, que exige dietas restringidas, y ejercicio para conseguir un vientre plano. Los medios de comunicación bombardean con propaganda, imágenes y mensajes sobre el cuerpo perfecto y todo lo que se puede conseguir con él, no se valoriza un cuerpo normal y sano, se busca un ideal creado por ellos mismos para incrementar el consumo de sus productos de belleza o de alto estatus. Gómez-Peresmitré, et al. (2001), encontró que las mujeres entre los diez y los doce años ya han interiorizado el ideal de una figura delgada o muy delgada. Además comprobaron que las niñas con forme aumentan su edad, aumentan su preferencia y deseo por tener una figura delgada, lo que también aumenta su insatisfacción con su cuerpo. Los hombres, por otra parte, también muestran insatisfacción con su peso e imagen corporal, desean ser más delgados y al mismo tiempo ser musculosos, sin grasa acumulada. (Acosta y Gómez-Peresmitré, 2002; Gómez-Peresmitré, et al. 2001; Gómez-Peresmitré, 2005). Platas (2015) encontró en una muestra de 381 estudiantes de 5° y 6° de primaria, que el 87% de las niñas y el 96% de los niños con obesidad quieren ser más delgadas(os). Gómez-Peresmitré (1999), menciona que estos

estándares de belleza, la imagen corporal distorsionada e idealizada, aumentan el riesgo de TCA en los cuales el miedo a la gordura es su principal característica.

Sobre la imagen corporal infantil, Quiñónez y Méndez (2006) mencionan que la imagen corporal se forma desde la infancia y poco a poco se integran la percepción corporal con la ayuda de imágenes visuales, cognitivas, afectivas y sociales. Las personas cercanas como son los padres, familiares y profesores crean y fortalecen la imagen corporal, la búsqueda de la perfección y su preocupación por el cuerpo. Se ha encontrado que la percepción del cuerpo infantil, está relacionado con las preferencias y creencias de las madres (Gómez-Peresmitré, 1999). Como se expuso antes, se pensaba que los niños(as) gordos(as) o pasados(as) de peso eran niños(as) saludables, esta concepción aún la guardan muchas madres, mientras que otras ahora piensan, que si se es muy delgado se es más bello y saludable.

La imagen corporal en niños(as) y adolescentes está fuertemente influenciada por los medios de comunicación; se ha visto que afecta en mayor medida a las niñas, sin embargo no excluye a los varones. La búsqueda de la figura esbelta y el seguir la cultura de la delgadez lleva a los jóvenes cada vez de más tempranas edades, a sufrir de enfermedades como la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa; en especial los niños(as) con sobrepeso y obesidad presentan una imagen corporal distorsionada y pueden llegar a tener mayor riesgo de tener bulimia (Liria, 2012).

2.2.6 Consecuencias del sobrepeso y obesidad infantil.

Así como se habla de que el sobrepeso y la obesidad tienen causas multifactoriales, también se obtienen consecuencias de todo tipo, desde los costos

económicos y las pérdida de la salud física, hasta daños psicológicos. Además, dado su papel como causante de enfermedades, la obesidad aumenta la demanda de servicios de salud, lo que afecta el desarrollo económico y social de los mexicanos.

Se considera que entre el 73% y 87% del gasto programable para la salud, equivalente a 82 y 98 mil millones de pesos, cubre los costos atribuidos a la diabetes. Mientras que la detección e intervención en la obesidad en sus primeras etapas cuesta alrededor de los \$92 860 por persona, los costos de un caso complicado de obesidad con diabetes, cuesta en total \$1 976 054. La diferencia entre ambos casos es notable, los costos que se cubren por la complicación de casos de diabetes a causa de la obesidad, reduce la competitividad del país, la calidad de vida y la productividad laboral- se estima que al año se pierden más de 400 millones de horas laborables por diabetes asociada al sobrepeso y la obesidad- (Instituto Mexicano para la Competitividad A.C. (IMCO), 2015). Al respecto la Secretaria de Salud (2010) señala que, se espera que para el 2017 el costo total ascienda a 150 860 millones de pesos. Esta fuerte inversión podría destinarse a otras áreas, como la educación o desarrollo social, pero la obesidad sigue en aumento de casos y costos económicos año con año. Estos costos afectan la economía del individuo con obesidad; “en estados unidos se ha estimado que el gasto de un paciente obeso frente a un paciente con peso normal es 46% mayor en hospitalización, 27% mayor en consulta médica y 80% mayor en medicinas” (Liria, 2012, p.359).

La reducción de esperanza y calidad de vida, son de los resultados más evidentes del sobrepeso y la obesidad. Se aumenta la propensión a enfermedades como la

diabetes mellitus tipo II, hipertensión, osteoartritis, problemas cardiovasculares y algunos tipos de cáncer como de colon y endometrio; debido a estas enfermedades, la esperanza de vida de quienes sufren obesidad, se reduce de ocho a diez años (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos [OCDE], 2013).

La obesidad infantil conlleva los mismos riesgos que la obesidad en el adulto, pero además puede afectar el desarrollo de huesos y músculos. El 85% de niños(as) con sobrepeso u obesidad presentan diabetes tipo 2 y 10% sufren de tolerancia alterada a la glucosa. Además se estima que 40% o más, de los niños(as), y 70% o más de los adolescentes con obesidad, llegan a la edad adulta con obesidad.

Por otro lado, en el aspecto social el infante con obesidad también recibe efectos negativos como sufrir de rechazo social. Algunos estudios transversales asocian la obesidad con mayor propensión a bullying y pobres resultados académicos (Liria, 2012). Plazas (2001; citado en Rodríguez, 2010), menciona que entre las principales consecuencias psicosociales está el aislamiento social, presión psicológica e imagen corporal distorsionada. Algunos de los problemas psicológicos que puede causar la obesidad infantil, se encuentran: baja autoestima, ansiedad, depresión, tristeza, infelicidad, irritabilidad, problemas para relacionarse y sufrimiento psicológico (Guzmán, 2012; Korbman, 2007; Liria, 2012; Rodríguez, 2010). La obesidad infantil genera limitaciones funcionales, físicas y psicosociales que dañan el desarrollo correcto del niño (a), altera sus habilidades sociales, disminuye sus funciones intelectuales y daña su salud física y emocional.

2.2.7 Tratamientos para el sobrepeso y la obesidad infantil.

Existen diversos tratamientos para el sobrepeso y la obesidad, entre ellos se encuentran guías nutricionales, dietas controladas complementadas con ejercicio; en la mayoría de los tratamientos se toman como pilares las dietas hipocalóricas y el ejercicio programado. Parece simplista basar el tratamiento en estas dos variables, puesto que se deja de lado que se trata de una enfermedad multifactorial, lo que amerita una solución más completa que esta, sin embargo el seguir una dieta balanceada y hacer ejercicio rutinario funciona hasta en un 90% de los casos; se logra alcanzar un peso normal o disminuir considerablemente el peso corporal. Sin embargo el dejar de lado los aspectos psicológicos y sociales, puede dificultar el tratamiento o el mantenimiento de los resultados positivos de este (Roche, 2011).

Korbman (2007), plantea un tratamiento psicológico para niños(as) que busca comprender las razones y sentimientos del niño que come en exceso y ayudar a entender a los familiares la situación del niño con sobrepeso u obesidad. También existen terapias cognitivo conductuales para modificar conductas alimentarias. Estos últimos tratamientos toman en cuenta más factores que sólo las dietas y el ejercicio, lo que puede ayudar al paciente a comprometerse con su tratamiento y modificar cogniciones. Sin embargo se ha llegado a la conclusión que la mejor opción no es buscar nuevos tratamientos, sino crear programas para prevenir el sobrepeso y la obesidad y educar sobre estos estados nutricionales, sus causas y consecuencias.

CAPITULO III.AUTOEFICACIA COMO PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD

3.1 Psicología de la salud

Para comprender mejor de que trata la psicología de la salud, es conveniente entender el término salud. La definición de salud ha presentado problemas de conceptualización; diversos autores han intentado crear su propia definición y existen de las más complejas hasta las más repetitivas. Las definiciones elaboradas han surgido con base a diversos elementos que se toman en cuenta de acuerdo a la cultura y la economía del país donde se enuncian. Una de las definiciones más utilizadas y conocidas es la propuesta por la OMS (2006) “La salud es el completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades” (p.1). Esta definición subraya la naturaleza biopsicosocial de la salud y pone de manifiesto que la salud es más que la ausencia de enfermedad, esto quiere decir que la salud no sólo es la exclusión de la enfermedad que se le relaciona con alteraciones físicas y químicas, es algo que conlleva factores sociales, psicológicos y hasta espirituales, es un equilibrio entre mente y cuerpo, entre el estado físico y su entorno. Esta definición ha sido criticada por diferentes autores quienes la consideran incompleta y deficiente. El uso de palabras como “bienestar” y “completo”, parecen ser tomadas como absolutistas y simplistas al mismo tiempo, ya que son constructos difíciles de definir sin subjetividad. Además se ha planteado que existen diversos niveles de salud y que la salud es un proceso dinámico, un proceso salud-enfermedad que es propio de cada país (Cardona, 1988; Grau y Hernández, 2005).

La psicología ha llegado a transformar las definiciones de salud, antes se hablaba de enfermedad desde la perspectiva biomédica, ahora se tiene una perspectiva

biopsicosocial, se ha relacionado con la personalidad, la percepción, la neuropsicología y el aprendizaje; se ha abierto la puerta a nuevos modelos teóricos sobre enfermedades, se habla de psicopatologías que traen consigo consecuencias fisiológicas como la depresión, la ansiedad o el estrés; se ha demostrado la influencia del estado psicológico en el bienestar físico de cada individuo.

La psicología de la salud tiene una larga historia; llegó a América Latina en los años sesenta, con la promoción de la aplicación de metodologías y teorías psicológicas en los servicios de salud en todos los niveles. Aproximadamente a finales de los años setenta llega la psicología de la salud a México en el ámbito académico, con un programa de posgrado. En la actualidad la psicología de la salud interviene en la prevención de enfermedades, promoción de la salud y en la creación e implementación de tratamientos en enfermedades específicas; a través de la ciencia, investigación y educación social, además participa en la creación de políticas sanitarias para el mejoramiento de sistemas de salud (Elorza, 2011; Grau y Hernández, 2005).

Morales (1997) define a la psicología de la salud como: “La rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud” (p.57).

Otra definición considerada más completa y apta para referirse a la psicología de la salud, es la que dicta Matarazzo (1980; citado en Oblitas, 2009):

La psicología de la salud es la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como

disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud (p.15).

Matarazzo además distingue cuatro principales funciones, la promoción de la salud, sustento de la salud, el estudio de enfermedades y el estudio del sistema de salud y promoción de políticas en esta materia. Funciones que se mantienen como primordiales de la psicología de la salud.

Como se enuncia en ambas definiciones, la psicología de la salud se muestra como una rama de la psicología, es decir forma parte de ella. En ambas definiciones se engloba el proceso de salud- enfermedad, en donde la psicología aplica sus constructos y métodos; sus bases teóricas y métodos son los mismos que se utilizan en la ciencia de la psicología sin llevar el apellido *de la salud*.

3.2 Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad

La promoción de la salud y prevención de la enfermedad son actividades primordiales de la psicología de la salud y han sido tomadas como la mejor estrategia para conservar la salud pública. La OMS (1986) declara en la Carta de Ottawa que la promoción de la salud es: “el proceso de habilitación de las personas con el objeto de mejorar su salud y aumentar el control que pueden ejercer sobre ella” (p.1). En la mencionada carta se especifica que los programas y estrategias de promoción de la

salud deben establecerse de acuerdo a las necesidades, a la situación de cada zona geográfica, a cada cultura y a cada sistema socioeconómico. Las acciones a realizar para la promoción de la salud, van desde acciones políticas y colectivas, hasta acciones individuales como el mejoramiento de habilidades para la vida.

Sánchez (2004) da otra definición a la promoción de la salud:

La promoción de la salud es básicamente una actividad específicamente del ámbito social y de la salud y no un servicio médico curativo, que requiere que los profesionales en salud, especialmente los de atención primaria en salud, desempeñan un papel importante en propiciar y facilitar la promoción de la salud en las comunidades” (p. 8).

La promoción de la salud va desde el nivel individual, hasta el colectivo, se busca el impulso de la salud en un sentido positivo, es decir, la salud es un constructo multifactorial que puede desarrollarse y mantenerse. En la promoción de la salud se encuentra una respuesta a la reducción de la pobreza; el aumento de la calidad y esperanza de vida con la promoción de estilos de vida saludables y ambientes que prevengan enfermedades. Además incluye diferentes ciencias, como son la psicología, antropología, conocimientos epidemiológicos, estadísticos y económicos (Oblitas, 2009).

Turabián (1993; citado en ídem), expresa siete objetivos en cualquier proceso de promoción de salud: 1) modificar los conocimientos y creencias de individuos y sociedades; 2) cambiar actitudes y valores; 3) promover y aumentar las habilidades

para la toma de decisiones; 4) cambiar o sustituir conductas; 5) crear ambientes sanos; 6) lograr cambios sociales que mantengan la salud y 7) colaborar con el fortalecimiento de las capacidades de individuos, grupos y comunidades.

En lo que se refiere a prevención, la Secretaria de Salud (2007) la define como: “el conjunto de medidas adoptadas para evitar o disminuir los riesgos y daños a la salud” (p.28). Para la OMS (1998), “la prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (p.13). La prevención de la enfermedad busca evitar enfermedades y además detener las ya existentes y minimizar sus consecuencias negativas.

Existen tres diferentes niveles de prevención, en los cuales se buscan objetivos diferentes pero complementarios unos de otros:

Prevención primaria, es el conjunto de acciones que se llevan a cabo con la finalidad de impedir o disminuir la prevalencia de determinada enfermedad. Su objetivo principal es frenar la aparición de enfermedades o dolencias mediante el control o minimización de la exposición de los factores dañinos y causales directos. En esta prevención se incluyen las acciones para promover y proteger la salud, el impulso de las capacidades físicas, psicológicas y sociales en cada persona y comunidad para prevenir la aparición de enfermedades. Se utilizan programas de educación y de prohibición; por ejemplo, pueden hacerse talleres de educación sexual con la finalidad de prevenir enfermedades de transmisión sexual (ETS) o puede prohibirse el consumo

de tabaco a menores de edad. Estas medidas se pueden dividir en dos, las que son sobre las personas, como vacunas y la educación; y las medidas sobre el medio ambiente, la creación de ambientes saludables, evitar tirar basura en la calle o vivir bajo instalaciones insalubres ayudarán a evitar múltiples enfermedades infecciosas (Martín y Jodar, 2011; Manual CTO, 2007).

Prevención secundaria, se llega a ésta cuando las medidas de prevención primaria fallaron o no existieron en ningún momento. Son las acciones que se dirigen a evitar el desarrollo de la enfermedad que ya ha presentado algunos síntomas y aún le falta terminar de instaurarse. Su objetivo principal es atacar a la enfermedad en su primera fase, se busca la elaboración de diagnósticos tempranos y tratamientos oportunos, es el enfrentamiento de la enfermedad en fase precoz. El tratar a la enfermedad desde su inicio puede ayudar a detener su avance y disminuir el riesgo de mortalidad y morbilidad. La realización de revisiones periódicas, son una medida de prevención secundaria (ídem).

Prevención terciaria, sino se ha logrado detener la enfermedad en sus primeras etapas y por el contrario está instalada, con la prevención terciaria se busca evitar la discapacidad y proporcionar los mejores tratamientos y/o rehabilitación, según sea necesario. Se busca mejorar la calidad de vida de la persona enferma, evita o retrasa el agravamiento de las consecuencias negativas. Por ejemplo promover y mantener una dieta baja en carbohidratos al detectarse diabetes mellitus ayudará a prevenir complicaciones (ídem).

Cada uno de los niveles de prevención aborda un momento del proceso de salud-enfermedad con la finalidad de evitar estados de salud graves o la muerte. Cuando un nivel anterior fracasó, el siguiente nivel intenta disminuir las consecuencias. El primer nivel parece ser el óptimo, ya que prevenir la aparición de enfermedades al tomar medidas individuales y mantener un ambiente saludable evita daños psicológicos y físicos.

Hasta aquí se han expresado las características de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, ambos son parte de la materia en salud, sin embargo pueden diferenciarse fácilmente una de la otra. Julio, Vacarezza, Álvarez y Sosa (2011) mencionan que la promoción de la salud se centra en la salud, sus elementos y determinantes; mientras que la prevención se centra en la enfermedad, sus factores de riesgo la población y su epidemiología con la finalidad de evitar su aparición o prevenir su avance y consecuencias graves.

Como se ha citado, las acciones de prevención y promoción de la salud son variadas y dependen de las necesidades y características de cada región, ambas buscan reducir la morbilidad y mortandad, y aumentar o mejorar la calidad de vida. Los planes de promoción y de prevención son multidisciplinarios; cada vez se utilizan más constructos psicológicos para tener una mayor efectividad, el uso de la sensibilización a enfermedades y tratamientos, la promoción del autocuidado, y la autoestima son un ejemplo de estos constructos. Un constructo utilizado en trastornos alimentarios, obesidad y adicciones, es la autoeficacia, que es la teoría utilizada para el presente trabajo como forma de prevención de la obesidad infantil.

3.3 Teoría cognitiva social de Albert Bandura y Autoeficacia.

Bandura -importante psicólogo canadiense- creador de la *Teoría Cognitiva Social*, anteriormente llamada Teoría del aprendizaje social; agrega el factor cognoscitivo ya que la influencia del ambiente en la conducta humana no era suficiente explicación, los procesos cognoscitivos son importantes mediadores entre ambiente y conducta. En su teoría se asume que el funcionamiento humano está regulado por tres factores: afectivo, cognitivo y conductual (biológico). A la interacción de estos tres factores, Bandura (1989; citado en De Jesús y Valdez, 2009) lo llama *Modelo emergente de acción interactiva*, esta estructura tiene una influencia recíproca, que puede ser proporcional y simultánea entre sus factores; que son afectados a su vez por el ambiente (Bandura, 1997). El factor cognitivo es el que permite la autorregulación de la conducta, la capacidad para autorreflexionar, analizar, evaluar pensamientos y experiencias, selección y alteración de condiciones ambientales y simbolización. La capacidad de simbolizar consiente en crear experiencias internas y cursos de acción para llegar a metas de forma intencional, se toma en cuenta los procesos de anticipación y predicción. La capacidad de autorregulación y simbolización permiten que el individuo establezca o modifique estructuras y mecanismos neurofisiológicos que determinan la forma de respuesta emocional, cognitiva y conductual (De Jesús y Valdez, 2009).

Bandura (1997) expresa la importancia de las creencias y expectativas que las personas tienen sobre sí mismos, cómo influyen sus creencias en el control de sentimientos, pensamientos y sus acciones, así como también influyen en los

resultados que puedan obtener. Bandura desarrolló un constructo unificado para referirse a estas creencias: *autoeficacia*. Este constructo es la parte central de su teoría; la autoeficacia ayuda a comprender los factores que subyacen a la motivación, en relación a la iniciación y al cambio conductual, determina los esfuerzos que se realizarán para alcanzar determinada meta.

3.3.1 Definición de autoeficacia

La finalidad del concepto de autoeficacia de Bandura, es la explicación del cambio. En su opinión, el cambio se puede lograr por métodos distintos, aunque la explicación del por qué funcionan varía en base a un mecanismo común que opera y media en este cambio: la *autoeficacia percibida* que es definida por Bandura (1977,1995) como: las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir determinados resultados o logros ante una situación concreta.

En la teoría de la autoeficacia se destacan los juicios, creencias y expectativas sobre las capacidades y habilidades que se poseen para enfrentar exitosamente determinadas situaciones ambientales. La teoría cognitiva social establece cuatro formas en que la autoeficacia afecta el comportamiento humano. La primera es la influencia que tiene en las personas para la elección de actividades; la persona buscare participar en las actividades en que se sienta altamente eficaz, y por el contrario evitara en las que se sienta poco capaz de tener resultados exitosos. La segunda forma en que determina el comportamiento, es en el esfuerzo y perseverancia; cuanto mayor sea la creencia de autoeficacia, mayor será el esfuerzo y la perseverancia. La tercera forma es en los patrones emocionales y de pensamiento que se den ante una situación; si se tiene una baja autoeficacia, los pensamientos y emociones serán negativos, en cambio

si se tiene un buen nivel de autoeficacia, los pensamientos y emociones serán positivos y promoverán la conducta exitosa. Por último, la cuarta forma en que afecta la conducta humana, es en la capacidad de transformar y crear su propio futuro. Mientras más eficaces se sientan, serán mayores sus acciones para lograr las metas, se impondrán nuevos retos y se sentirán más tranquilos ante tareas nuevas o difíciles; es por esto que la autoeficacia es el mejor predictor del cambio de conducta (Manrique, Chia y Valdez, 2005).

3.3.2 Expectativas de autoeficacia y expectativas de resultado

Bandura (1997) distingue las expectativas de autoeficacia (autoeficacia) y expectativas de resultado. Mientras las expectativas de autoeficacia tienen que ver con las creencias de la persona sobre las capacidades que tiene para producir determinado resultado, las expectativas de resultado tienen que ver con la estimación que hace una persona respecto a que sus conductas van a producir los resultados deseados. Si bien son conceptos diferentes, Bandura menciona que no deben separarse uno del otro, se necesitan de ambos para predecir la conducta de una persona ya que entre estas dos expectativas se encuentra la conducta que llevará a determinados resultados.

3.3.3 Fuentes del desarrollo de autoeficacia

Las creencias que tienen las personas en relación a su autoeficacia pueden desarrollarse de cuatro fuentes principales (Bandura, 1995):

a) *Experiencias anteriores*: son la fuente principal de la autoeficacia. Éstas se refieren a las experiencias de éxito o fracaso vividas anteriormente, de las cuales se

determinará si se es capaz de realizar alguna conducta en determinada situación, el tener éxito en una situación aumentara el sentido de autoeficacia y viceversa.

b) *Experiencias vicarias*: se refiere al aprendizaje por observación, modelamiento o imitación. Se aprende la autoeficacia de los éxitos o fracasos de los demás, mientras más parecido sea la persona al modelo, mayor influencia tendrá en su autoeficacia percibida. Lo observado se utiliza para hacer una valoración de su propia autoeficacia.

c) *Persuasión social*: se refiere a la persuasión verbal. La persona crea y desarrolla su autoeficacia como resultado de lo que dicen otras personas. En este caso es más sencillo debilitar creencias de autoeficacia que elevarlas.

d) *Estados fisiológicos*: se observa que los individuos con un estado de ánimo positivo y un correcto manejo del estrés aumentan su autoeficacia, a diferencia de quienes tienen estados negativos o de aversión que dudan de sus capacidades y disminuyen su autoeficacia.

3.3.4 Dimensiones de la autoeficacia

Bandura (1977) menciona que existen tres dimensiones que influyen las expectativas de autoeficacia:

a) *Magnitud*: Es una jerarquía sobre la dificultad que representan determinadas tareas. Las personas con alta autoeficacia pueden extenderse a tareas muy exigentes, mientras que las de baja, se mantendrán en las tareas simples.

b) *Generalidad*: se refiere a qué tanto se puede ampliar las expectativas de dominio sobre alguna actividad. Por ejemplo puede ser eficiente en alguna situación específica de un tratamiento o por el contrario puede ser exitoso en todo el tratamiento.

c) *Fuerza*: se refiere a qué tan firmes o débiles son las expectativas de una persona. Mientras más fuertes sean, mayor será la perseverancia a pesar de los fracasos.

Además de estas tres dimensiones, la autoeficacia tiene tres principales componentes: cognitivos, sociales y las habilidades conductuales. El análisis del conjunto de estas dimensiones, determina cierto nivel de expectativas de autoeficacia en una persona y por tanto ayuda a predecir mejor la conducta.

Procesos mediadores de la autoeficacia

Bandura (1995) menciona cuatro procesos que regulan la autoeficacia de forma conjunta. Estos cuatro procesos son los siguientes:

1) *Procesos cognitivos*: la mayor parte de los planes de acción se llevan a cabo primero en los pensamientos. Las personas que presentan una baja autoeficacia tenderán a plantearse metas menos retadoras que los que cuentan con una alta autoeficacia, estas creencias en sus capacidades se establecen en sus pensamientos y es difícil ir en contra de ellos, para eso habría que modificar cogniciones con técnicas como solución de problemas.

2) *Procesos motivacionales*: los procesos motivacionales se inician a nivel cognitivo y se dan mediante anticipaciones. Se elaboran creencias de lo que se es capaz de hacer y de obtener, influyendo en cogniciones, conductas y autoeficacia percibida.

3) *Procesos afectivos*: las creencias de las personas en sus capacidades, influye sobre su estado emocional y afectivo. Quienes creen poco en sus capacidades se pueden encontrar estresados, ansiosos, con ira o deprimidos; por el contrario, si sus expectativas son buenas, se encontrarán más relajados y confiados, lo que les ayudará a alcanzar sus objetivos de una forma eficaz. El estado de ánimo puede depender de las expectativas de autoeficacia o viceversa.

4) *Procesos de selección*: la autoeficacia moldea el estilo de vida de cada persona. La autoeficacia percibida de cada persona hace que se elijan y se creen ambientes equivalentes a las creencias en sus capacidades; buscan actividades y ambientes en los que sus capacidades y afecciones se vean poco amenazadas por situaciones que sobresalgan de su alcance.

Estos cuatro procesos ocurren de manera conjunta se influyen mutuamente pero no siempre de forma equitativa. Las expectativas de autoeficacia y de resultados dependen de las cogniciones, el estado de ánimo, la motivación para realizar alguna actividad, el ambiente y el estilo de vida, cada uno de estos factores intervienen en diferentes medidas y según sea la situación serán las respuestas y resultados.

3.3.5 Conformación de autoeficacia en niños(as)

La autoeficacia percibida es conformada desde bebés y continúa hasta la edad adulta, puede modificarse para bien o para mal. Durante la infancia la mayor parte del desarrollo de las creencias de control o autoeficacia se da en la familia sin importar cómo sea la estructura familiar, es ahí donde se generan las primeras expectativas de autoeficacia. Las estructuras familiares han cambiado en las últimas décadas, la familia nuclear del siglo XXI puede ser de múltiples formas y las familias monoparentales son cada día más comunes, sobre todo donde la mujer es la madre soltera. Pero independiente de la estructura familiar e incluso de los recursos económicos o el ambiente en que se encuentren, los padres que conservan un sentido de autoeficacia alto fomentan activamente el desarrollo y mantenimiento de las competencias de sus hijos. El hecho de que estos factores alteren sólo parcialmente la autoeficacia percibida, se debe a que ésta última depende de más dimensiones y estructuras que las económicas, ambientales y estructuras familiares. Una buena o mala autoeficacia se ve reflejada en la satisfacción con su ambiente y economía, a pesar de las adversidades o de la escasez; sólo puede ocurrir que las personas con alta autoeficacia en ambientes desfavorables, busquen trasladarse a un lugar mejor o con mayores oportunidades, afectará poco las creencias de control (Bandura, 1995).

Los bebés poseen la capacidad de percibir relaciones causales, aunque no cuentan aún con un sentido de sí mismos, necesario para poder desarrollar el sentido de autoeficacia. Es hasta que comienzan a moverse solos cuando se dan cuenta de que pueden hacer que las cosas sucedan, se dan cuenta que esas acciones que traen consecuencias pueden provenir de ellos mismos y esas son las bases de su

autoeficacia. Después de esto la construcción de las creencias de poder dependerá de diversos factores, entre los que se encuentra su familia.

Se ha logrado obtener datos consistentes sobre la relación del cuidado de los hijos y las creencias de control de los hijos. Los padres que dan a sus hijos un ambiente estimulante en la familia, que responden consistente y contingentemente a la conducta de sus hijos, que promueven la autonomía desde pequeños, interactúan inductivamente y son emocionalmente cercanos, tienden a formar hijos con un mayor control interno que los que hacen lo contrario a estas conductas de cuidado y educación. El modelamiento es otra forma que los investigadores han medido como forma de construcción de autoeficacia en niños(as); se han encontrado correlaciones positivas entre el nivel de autoeficacia de los padres con el nivel de sus hijos (Bandura, 1995). La influencia de los padres para el establecimiento de la autoeficacia de sus hijos es grande y marca su posterior desarrollo. Sus creencias de control son modeladas por el estilo de crianza, el ambiente creado durante su infancia y el ejemplo que representan sus padres. Además otra forma de influir es mediante el lenguaje, sus padres y otras personas emiten juicios sobre lo que hacen y cómo lo hacen, los niños(as) toman parte de estas evaluaciones verbales para definirse a ellos mismos y para establecer sus expectativas de autoeficacia.

Otros factores que determinan el desarrollo de la autoeficacia en infantes son el ambiente y los factores personales. A los infantes que se les mantiene en ambientes que son responsivos a sus acciones y que les permiten experimentar control en ciertas situaciones, llegan a ser más autoeficaces que a los que no se les permite tener control

ni ser responsivos. Los factores personales que se relacionan con la autoeficacia, son los procesos de memoria, simbolización y atención; que permiten la identificación y repetición de conductas intencionales (De Jesús & Valdez, 2009).

Los niños(as) necesitan habilidades cognitivas y una gran gama de experiencias para conocer sus capacidades y formar sus creencias de control, según seas éstas elegirán sus tareas, ambientes, metas y acciones al igual que los adultos. Conforme los niños(as) crecen, sus experiencias y contacto social se amplían. La comparación social comienza a convertirse en otro factor importante en su propia evaluación, en la escuela se encuentran en una constante estimación de sus habilidades, el desarrollo de sus capacidades y autoeficacia son profundamente afectados por la comparación social. Los niños(as) en edad escolar son capaces de evaluar sus conductas y sus consecuencias, saben que pueden hacer que las cosas sucedan, según sean estas creencias es su desarrollo social y crecimiento intelectual (De Jesús y Valdez, 2009). Según Bandura (1993), quienes presentan mayor confianza en sus habilidades sociales suelen ser más prosociales y populares, en comparación con los que dudan de sus habilidades, quienes se relacionan deficientemente con sus pares y pueden tener conductas hostiles o agresivas.

Autoeficacia percibida según el género

Bandura (1997) señala que tanto las niñas como los niños valoran sus capacidades de acuerdo a lo que dicen sus familias y esto generalmente se encuentra sesgado por los roles de género. Durante la etapa escolar los infantes también reciben la influencia de sus compañeros de clase y sus profesores; con frecuencia los educadores hacen

atribuciones específicas a niñas y niños de acuerdo con los roles de género. En este contexto escolar comienzan a interactuar con diversas personas, es en esta etapa que los estereotipos de género, que se inculcan desde el nacimiento, se refuerzan en sus relaciones interpersonales (Rochay Ramírez De Garay, 2011).

A pesar de estas diferencias se ha encontrado en investigaciones con alumnos de escuelas primarias, que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de autoeficacia de niños y niñas (Kohler, 2009; Gomes y Soares, 2013). Sin embargo estos resultados son contradictorios a los encontrados en otras investigaciones, donde sí se han encontrado diferencias significativas. Por ejemplo, Platas (2015), encontró diferencias significativas entre la autoeficacia de niñas y niños de 10 a 12 años que cursan primaria; los niños presentaron mayor autoeficacia que las niñas. Estas diferencias parecen depender de la edad, el grado escolar y de las actividades que se toman en cuenta para medir la autoeficacia. En las actividades que tienen que ver con leer, escribir o alguna habilidad verbal, las niñas presentan mayor autoeficacia que los niños; y en las tareas de matemáticas, ciencias y tareas relacionadas con computación, los niños presentan mayor autoeficacia. En investigaciones de otros países, se ha encontrado que los hombres tienden a tener mayor autoeficacia que las mujeres (Rochay Ramírez De Garay, 2011).

Las autoras Rochay Ramírez De Garay (2011) mencionan al respecto que:

Distintos autores sugieren que la tendencia de las mujeres a percibir una menor autoeficacia se debe a factores como los estereotipos de género, las expectativas de los padres, la validación por parte de sus pares y las

creencias relacionadas con que las mujeres son menos competentes que los hombres para muchas tareas (p.456).

La interiorización de los roles de género inculcados a niñas y niños promueven comportamientos y características de personalidad que pueden potencializar el sentido de autoeficacia en determinadas tareas. Bandura (1997), menciona que en investigaciones, se ha encontrado que mientras más arraigada sea la identidad de género y los estereotipos en las niñas, éstas subestiman más sus capacidades y tienen menor autoeficacia percibida.

3.3.6 Autoeficacia y salud

El concepto de autoeficacia y sus efectos, han sido estudiados en el tratamiento de diversas enfermedades y ha llegado a ocupar un lugar importante en la medicina y la psicología. Bandura (1995) plantea que la autoeficacia es una clave importante para las conductas potenciadoras de la salud, ya que puede determinar hábitos que previenen enfermedades. El sentido de autoeficacia puede influir en la salud en dos niveles: “1) en la confianza de las personas para manejar factores provocadores de enfermedades y 2) en el control directo sobre conductas modificables de la salud” (Bandura, 1995, p.42).

La autoeficacia ha sido utilizada en diferentes programas de salud; específicamente en la prevención y en tratamientos ha dado buenos resultados. Factores como las condiciones ambientales y los hábitos pueden estar parcialmente bajo nuestro control; Bandura (1995), menciona al respecto que: “las personas sufren muchas veces incapacidades físicas y mueren prematuramente a causa de hábitos que

pueden prevenirse y que afectan negativamente a la salud” (p.42). El cambio de hábitos de salud puede ser la clave para la reducción de enfermedades prevenibles como la obesidad; pero para poder llevar a cabo estos cambios se necesita desarrollar destrezas y mantener la motivación (Bandura, 1995).

El estilo de vida conlleva un gran número de conductas repetitivas que pueden mejorar o desmejorar la salud, una alta autoeficacia capacita a las personas para poder ejercer control en sus conductas diarias que afectan la calidad de su salud, puede hacer que una persona cambie su conducta y pueda seguir un tratamiento o acciones preventivas. Por ello es importante la promoción de una buena autoeficacia percibida, la enseñanza de destrezas y el desarrollo de capacidades autorreguladoras, además la autoeficacia es un buen predictor de las conductas de salud y al mismo tiempo es consecuencia de la realización de estas conductas (Bandura, 1995, Salanova, Martínez, Cifre y García-Renedo, 2004; Rimal, 2001).

3.4 Programas de prevención de obesidad infantil

La obesidad se reconoce como uno de los retos más grandes a nivel mundial en materia de salud pública, debido a su prevalencia, crecimiento acelerado, y por sus afectaciones a nivel individual y nacional. Ante el fracaso para tratar la obesidad en las unidades médicas, se ha planteado que la prevención es la mejor estrategia para su contención. Promover que los niños(as) adquieran estilos saludables de alimentación y actividad física, son elementos que están en el centro de la prevención primaria de la obesidad (Flores, 2011).

Como medida de prevención, la OMS en el 2004, aprobó la *Estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud*; a la cual México se adhirió ese mismo año. Además México tomo como medio para elevar la cobertura y el impacto de los programas preventivos de salud, el programa *PREVENIMSS 2002*, que desde entonces tiene como objetivo la promoción de servicios preventivos (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] 2014). En 2010, México firmó el *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad*; esta estrategia tiene como objetivo fomentar la actividad física en entornos escolares, laborales, comunitarios y recreativos con la participación de todos los sectores; aumentar disponibilidad, accesibilidad y consumo de agua simple potable; disminuir el consumo de azúcar, sodio y grasas e incrementar el de frutas y verduras, entre otros (Cervera, et al., 2010). En ese mismo año, se consolidó *Preven/ISSSTE*, que busca ofrecer atención integral a la salud y promover el desarrollo social, biológico y psicológico de los derechohabientes, de forma incluyente y sustentable; favorece las actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades y se alineó con la *Estrategia Nacional de Prevención y Promoción para una Mejor Salud* (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [ISSSTE], 2014). Además el Gobierno del Distrito Federal, a través de la Secretaria de Salud y los Servicios de Salud Pública del DF, también realiza intervenciones de prevención y promoción de la salud, como la Campaña del Programa *Muévete y Métete en Cintura*, que tiene como objetivo generar un amplio movimiento social informado y organizado para promover estilos de vida saludables. Además la Secretaria de Salud realiza diversos programas bajo su control, entre los que se incluyen *5 Pasos por su Salud* y *5 Pasos para la salud escolar*, estos

cinco pasos que promueven ambos programas son: 1) actívate, 2) toma agua, 3) come verduras y frutas, 4) mídete y 5) comparte; además está el programa *Actividad Física y Salud*; cada uno de ellos promueve estilos de vida saludables mediante el autocuidado de la salud, alimentación adecuada, actividad física, desarrollo de redes sociales, educación y sensibilización sobre estados nutricionales (Cervera, et al., 2010). Por otra parte, la Secretaría de Educación Pública (SEP) planteó el *Programa de Acción en el Contexto Escolar*, donde se establecen lineamientos para que las tiendas o cooperativas escolares vendan productos con menor contenido de azúcares y grasas (SEP, 2010).

Con la intención de generar una estrategia integral para afrontar el problema de obesidad y sobrepeso infantil, en nuestro país se unieron esfuerzos entre el Sector Salud y la Industria de Alimentos y Bebidas; y se desarrolló un instrumento de autorregulación publicitaria denominado CODIGO PABI (Publicidad de Alimentos y Bebidas Dirigida al Público Infantil) que fue firmado por 5 organismos empresariales (CANACINTRA, CONCAMIN, CCE, CNA y CONMEXICO) y se da a conocer a la opinión pública en 2008. Además la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios [COFEPRIS] se encarga de monitorear los anuncios publicitarios en horarios y canales definidos como programación dirigida al público infantil (Centro de Investigación y Docencia Económica [CIDE], 2013).

Así mismo la Secretaria de Salud (2013), creó la Estrategia nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes; que tiene por objetivo desacelerar el aumento de sobrepeso y obesidad para prevenir la diabetes mellitus tipo

II, mediante atención médica y políticas públicas. Esta estrategia tiene como pilares la salud pública, la atención sanitaria y la regulación sanitaria y política fiscal; dentro de cada pilar se realizan acciones de prevención, se promueven estilos de vida saludables, se busca garantizar el acceso a la atención médica y mejorarla, además se plantean medidas de regulación del etiquetado y publicidad de alimentos y bebidas. Para cumplir los objetivos establecidos, instituciones como la SEP, la Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte, la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO), Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), entre otras, realizan acciones para lograr los objetivos de la estrategia.

Existen diversos programas contra la obesidad en otros países de América, que han dado grandes resultados en la disminución de la prevalencia de la obesidad. Estos programas se basan en la mejora de la alimentación con la educación nutricional, el apoyo de los padres de familia y el aumento de actividad física en los horarios escolares. Un ejemplo, es la Guía para el desarrollo de intervenciones en alimentación, nutrición y actividad física en escuelas básicas de Chile; este programa fue aplicado en alumnos de tercero a octavo año de educación básica durante los años 2003-2004, dio como resultado un 50% menos de la prevalencia de la obesidad en la escuela donde fue aplicado (Kain, Vio, Olivares, Concha y Uauy, s.f).

Para lograr los objetivos establecidos en los diversos programas, se requiere de voluntad individual y, en el caso de los niños(as), una adecuada supervisión de los padres y otros cuidadores; acceso a alimentos nutritivos y la participación y

compromiso del gobierno, la sociedad e industria de alimentos. Además medir el alcance de dichos programas y su efectividad, resulta difícil ya que para medir los logros obtenidos se necesitan metodologías muy específicas.

Es importante notar que estos programas de prevención se enfocan elementalmente a dos cosas: el control de ingesta de alimentos y actividad física. En realidad ninguno de estos programas establece un modelo multidisciplinario, lo cual es necesario para poder enfrentar una enfermedad multifactorial como lo es el sobrepeso y la obesidad.

3.5 Programas de prevención de la desnutrición infantil

Los programas contra la desnutrición infantil se han enfocado al consumo de alimentos saludables en los primeros años de la vida y al consumo de leche materna en los primeros meses. Debido a que los niveles más altos de desnutrición se encuentran en las zonas marginales y rurales, estos programas han sido llevados a esos lugares con la finalidad de prevenir la desnutrición infantil, aumentar las posibilidades de desarrollo y disminuir la mortalidad y mortandad en niños de cero a cinco años.

Existen diferentes proyectos del gobierno para la prevención y erradicación de la desnutrición; uno de los más grandes en México es el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, que va enfocado a las familias en situación de pobreza alimentaria extrema y, pretende mejorar la alimentación de toda la familia, aumentar el uso de servicios de salud y brindar apoyos para la educación. El programa ha presentado

buenos resultados en las zonas rurales aunque no ha mostrado avance en zonas urbanas (Videgaray, et al., 2014). Otra medida contra la desnutrición, es el Programa de Apoyo Alimentario a cargo de Diconsa, S.A. de C.V., operado a partir de 2009, está enfocado a menores de cinco años y mujeres embarazadas en localidades marginales; busca mejorar la alimentación con suplementos alimentarios, leche Liconsa y educación sobre salud. Éste programa trabaja en conjunto con el Programa de Abasto Social de Leche a cargo de Liconsa, S.A. de C.V., que se encuentra en el 90% de las localidades de alta marginación y se encarga de vender productos básicos a un menor costo que el mercado normal. Además, con el objetivo de reducir la anemia y la deficiencia de hierro, se dedica al abastecimiento de leche fortificada a niños niños(as) de 6 meses a 12 años, mujeres de 13 a 15 años y de 45 a 59 años, embarazadas o lactando, enfermos crónicos y discapacitados de más de 12 años y adultos mayores de 60 años (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL], 2010).

El gobierno de México ha implementado la Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria (EIASA), que busca apoyar a familias vulnerables en condiciones de riesgo mediante cuatro programas: Desayunos Escolares, que proporciona alimentos y desayunos a escolares para mejorar su alimentación; Atención a Menores de cinco Años en Riesgo, que tiene por objetivo suministrar suplementos y orientación alimentaria; Asistencia Alimentaria a Sujetos Vulnerables y Asistencia Alimentaria a Familias en Desamparo, que buscan mejorar la alimentación de personas en condiciones de riesgo y principalmente en zonas rurales o marginales. Además creó La Cruzada Nacional contra el Hambre, que pretende eliminar la desnutrición y mejorar la

nutrición en localidades de extrema pobreza y de difícil acceso a la alimentación (Sistema Nacional para el Desarrollo Infantil [DIF], 2015).

Cada uno de estos programas coincide con el objetivo de evitar o disminuir la malnutrición en zonas marginadas y en personas vulnerables. La mayoría de estos tienen seguimientos con los que se evalúa su eficacia y han demostrado tener buenos resultados en las localidades donde se aplican; han disminuido la anemia, la desnutrición, la deficiencia de hierro, mortalidad y mortandad. Así mismo se dan a conocer sus resultados mediante la medición de las modificaciones del consumo de alimentos fortificados, modificaciones en patrones de consumo de alimentos, condiciones de salud, hábitos de higiene, salud y alimentación (CONEVAL, 2010).

3.6 Autoeficacia en programas de prevención de la obesidad

Los fundamentos de la teoría de autoeficacia han estimulado durante los últimos años una cantidad considerable de estudios empíricos en la psicología de la salud. Se ha investigado la relación de la autoeficacia percibida con el tabaquismo, el alcoholismo, trastornos alimentarios, el tratamiento psicológico del dolor, del estrés, el cumplimiento de prescripciones terapéuticas, la rehabilitación física y la prevención de enfermedades de transmisión sexual (Bandura, 1977, 1995; Salanova, et al. 2004). Con relación al sobrepeso y la obesidad, existe evidencia empírica a favor de la consideración de la autoeficacia como un mecanismo importante para el éxito de los tratamientos dirigidos a la reducción del peso y en el posterior mantenimiento de los resultados; se ha comprobado que las dietas para reducir peso y actividades reguladoras como hacer ejercicio, están gobernadas por las creencias de autoeficacia;

mientras mayor sea la autoeficacia, será mejor la capacidad para seguir una dieta o cualquier conducta relacionada con la salud (Bandura, 1995, 1997).

El aumento de las creencias personales en sus capacidades ha ayudado a una mejor adherencia terapéutica en tratamientos cognitivos conductuales para prevenir enfermedades crónicas como la obesidad. Incluso en un estudio realizado por Bandura (1995), se obtuvieron resultados donde la correlación de la autoeficacia percibida, aumentaba de un 2% a un 4% la intención de mujeres para llevar una alimentación sana; mientras que en los hombres aumentó hasta en un 9% la intención de alimentarse sanamente. Los estudios realizados enfocados en detectar la relación que existe entre la autorregulación, autoeficacia y el control de peso; han encontrado que a mayor autoeficacia, mayor será el control de peso y mejor se seguirán las actividades para disminuir el peso en casos de sobrepeso y obesidad (Bandura, 1997). Un ejemplo de estos estudios, es el realizado por Lugli (2011), que midió la autoeficacia percibida, la autorregulación del peso corporal y las creencias de control respecto al peso, en adultos con obesidad en tratamiento médico. Se encontró que la autorregulación del peso correlacionó de forma positiva y moderada con la autoeficacia percibida en el control del peso; alta correlación positiva entre la autoeficacia percibida y las creencias de control de peso; y una correlación negativa entre autoeficacia y autorregulación con las dimensiones externas como el azar, lo que quiere decir, que mientras mayor fue la autoeficacia menor era la creencia en la influencia de factores externos sobre el control de su peso. Además los resultados mostraron que las personas obesas presentan niveles más bajos de autoeficacia que las personas con normopeso; así mismo se encontraron diferencias entre personas obesas que se sienten un poco más

autoeficaces y otras personas obesas que se sienten menos autoeficaces; las primeras presentaron una mejor autorregulación de su peso que las segundas.

De igual forma existen estudios que han relacionado la autoeficacia con la actividad física. Marcus et al. (1994; citado en Olivari y Urra, 2007) revelaron en un estudio longitudinal, que la autoeficacia tiene una fuerte relación con la intención y la conducta de hacer ejercicio ahora y en el futuro. Jauregui, et al. (2013) realizó una investigación con un grupo de niños y adolescentes de ocho a quince años, a quienes les aplicó el Cuestionario de Autoeficacia para la Actividad Física, antes y después de implementar un programa de ejercicio físico realizado durante 24 semanas, dos días por semana, dos horas. Los resultados indicaron que después de la realización del programa de ejercicio los niveles de autoeficacia aumentaron significativamente en la muestra total; además quienes respondieron mejor al ejercicio eran quienes obtuvieron mejores niveles de autoeficacia antes de iniciar la actividad física.

Otro estudio que determina la correlación de la autoeficacia con la actividad física, es el realizado recientemente por Reigal, Videra y Gil (2014); el objetivo fue medir las relaciones entre práctica física, autoeficacia general y satisfacción con la vida, en una muestra de adolescentes de 14 a 17 años, residentes en la ciudad de Málaga. Los resultados obtenidos demostraron que existen diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos que se mantienen activos y los que no; los sujetos que realizan actividad física tienen mayor autoeficacia general y mayor satisfacción con la vida, en comparación con los sujetos que no hacen actividad física o alguna actividad. Además se encontraron diferencias entre los que realizan actividad física tres o más

veces a la semana y los que realizan menos días de actividad; los que tienen mayor actividad presentan mayor autoeficacia.

Por otro lado, Platas (2015) encontró que los niños tienen mayor autoeficacia que las niñas, para la actividad física programada y las niñas manifestaron mayor autoeficacia que los niños, para el control de peso. Halló que los niños(as) con normopeso son quienes efectúan más horas de actividad física, mientras que los niños(as) con obesidad son quienes realizan menos actividad física. Además su estudio mostró que la autoeficacia percibida para la actividad física cotidiana, se relaciona directamente con el IMC y la actividad física realizada; a mayor autoeficacia percibida para la actividad física, mayor actividad física realizada y menor IMC.

En otros estudios también se ha encontrado que las expectativas de eficacia general aumentan cuando se realiza actividad física, gracias a que se viven experiencias de éxito, se suman destrezas, condición física y de más beneficios. Al mismo tiempo una alta autoeficacia puede aumentar y mantener la actividad física (Astudillo y Rojas, 2006; León, Medina y Munduate, 2008; citado en Reigal, et al., 2014).

Estos son algunos estudios que demuestran la importancia del nivel de autoeficacia para mantener y originar conductas saludables. Como se ha expresado, la autoeficacia puede actuar como un predictor y motivador de las conductas de salud, pero también el realizar estas conductas puede ayudar a aumentar las creencias de control. En los niños y adolescentes la autoeficacia los protege de conductas negativas para la salud y promueve las positivas al igual que en los adultos. Aunque la

autoeficacia no es la única variable que explica una mala nutrición, brinda una herramienta diferente a la de los programas de prevención más comunes, ya que toma en cuenta una variable psicosocial que puede ayudar a modificar la conducta no saludable. Incluir variables como ésta en los programas de prevención, promueve soluciones multidisciplinarias para el problema del exceso de peso y la desnutrición.

CAPITULO IV. MÉTODO

4.1 Pregunta de investigación

¿Qué efectividad tendrá la aplicación del programa “Autoeficacia para el control de peso en niños escolares. Una estrategia en la prevención de la obesidad” (PAPCPO), en el incremento de la autoeficacia?

4.2 Objetivo general

Desarrollar y evaluar un programa basado en autoeficacia para el control de peso dirigido a niños de educación primaria, de distintas categorías de peso, como estrategia para la prevención de la obesidad.

4.3 Objetivos específicos

- Evaluar el efecto del programa de prevención en los niveles de autoeficacia para el control de peso en la muestra total.
- Evaluar el efecto del programa de prevención en los niveles de autoeficacia para el control de peso en niños(as) de distintas categorías de peso.
- Comparar el efecto del programa de prevención en los niveles de autoeficacia entre el grupo de niñas y niños.

4.4 Definición de variables

Variable independiente

- **Programa de prevención**

Conceptual:

Programa de prevención se refiere al “conjunto de medidas adoptadas para evitar o disminuir los riesgos y daños a la salud” (Secretaría de Salud, 2007, p.28), en este caso, asociados a diferentes categorías de peso fuera del ideal entendido como “el peso promedio de un sector de la población, expresado generalmente en relación a la altura” (Zaragoza, 2014, párr.16).

Operacional:

El programa de prevención se compone de tres sesiones de dos horas, una sesión dirigida a padres de familia y profesores, y dos a alumnos de cuarto quinto y sexto de primaria. Las temáticas principales del programa son autoeficacia, alimentación correcta y sana, causas y consecuencias de obesidad y desnutrición.

Variables dependientes:

- **Autoeficacia percibida para el control de peso**

Conceptual:

Autoeficacia percibida “son las creencias en la propia capacidad para organizar y ejecutar las acciones requeridas para manejar las situaciones futuras” (Bandura, 1977, p.2). Dicha autoeficacia será utilizada para el control de peso, que se refiere a “la

combinación de varios factores: la restricción calórica, la modificación de los hábitos alimentarios y la práctica regular de ejercicio físico” (López, 2011, p.65).

Operacional:

Operacionalmente se define autoeficacia percibida como los puntajes obtenidos en el inventario de autoeficacia percibida para el control de peso (Román, Díaz, Cárdenas y Lugli, 2007), adaptado en niñas y niños mexicanos por Rodríguez (2015).

- **Categorías de peso**

Conceptual:

Categoría de peso, es aquella que se determina con el punto de corte en el que se encuentra el IMC para cada edad y sexo (Kaufer y Toussaint, 2008).

Operacional:

Las categorías de peso se evaluaron mediante el índice de masa corporal, según los parámetros de clasificación de la OMS (2014).

4.5 Tipo y Diseño de investigación

El tipo de investigación fue exploratorio de campo con un diseño cuasi-experimental con mediciones pre / post y dependientes e independientes.

4.6 Muestra

Se trabajó con una muestra no probabilística o intencional. La muestra final estuvo conformada por 338, niños(as), estudiantes de 4°, 5° y 6° de educación primaria; de dos escuelas públicas, una ubicada en el Distrito Federal y otra ubicada en el estado de Pachuca. La edad de los participantes se distribuyó en un rango de edad de 8 a 13 años, con una $M=9.79$ y $DE= 0.96$.

4.7 Instrumento

Inventario de Autoeficacia percibida para el control de peso de Román, Díaz, Cárdenas y Lugli (2007); adaptado para niños(as) por Rodríguez (2015); integrado por 30 reactivos con un formato de respuesta tipo Likert de 4 opciones: no puedo hacerlo (1), podría intentarlo (2), puedo hacerlo (3) y seguro de poder hacerlo (4) (ver anexo 1).

El coeficiente de confiabilidad del instrumento, indica una alta consistencia interna (Alfa de Cronbach= 0.96). Está formado por 4 factores que explican el 43% de la varianza. Factor 1 “Autoeficacia para incrementar actividad física”; explica el 12% de la varianza; compuesto por 8 afirmaciones, con un Alfa de Cronbach de 0.80. Factor 2 “Autoeficacia para disminuir consumo de alimentos con bajo aporte nutricional”; explica el 12% de la varianza; compuesto por 8 afirmaciones, con un Alfa de Cronbach de 0.80. Factor 3 “Autoeficacia para incrementar hábitos saludables para el control de peso”; explica el 11% de la varianza; compuesto por 7 afirmaciones, con un Alfa de Cronbach de 0.76. Factor 4 “Autoeficacia para eliminar la alimentación emocional”; explica el 8% de la varianza; compuesto por 3 afirmaciones, con un Alfa de Cronbach de 0.65.

4.8 Procedimiento

Durante la aplicación del presente trabajo se cuidó cumplir con los criterios señalados por el código ético de psicología (APA). El programa “Autocuidado de la salud y autoeficacia en niños escolares. Una estrategia en la prevención de la obesidad” no fue invasivo y sólo se aplicó de forma voluntaria. Los resultados fueron utilizados sólo para los fines de la investigación y fueron totalmente confidenciales.

Primero se realizó el contacto con las directoras de cada una de escuelas primarias, para darles a conocer el contenido y objetivos del programa de prevención y conseguir la autorización para la aplicación del programa en alumnos(as) de cuarto, quinto y sexto de primaria. Con previa autorización, se explicó a los padres de familia en qué consistía el programa y se preguntó si estaban de acuerdo, si era así, se les pidió firmar el consentimiento informado para la participación de su hijo(a). Posteriormente se aplicó a los escolares de ambos sexos, la medida pretest. En seguida se implementó el programa de prevención que está conformado por tres sesiones de dos horas (ver anexo 2).

En la primera sesión se realizó una exposición para los padres de familia, sobre obesidad, hábitos alimentarios y autoeficacia; además se realizó una dinámica para el fomento de la autoeficacia para el control de peso como medio de autocuidado de la salud de los niños(as). Simultáneamente a esta actividad, se aplicó el pretest a cada uno de los alumnos. En la sesión dos, se expusieron temas sobre alimentación correcta y saludable, y el concepto de autoeficacia. Se realizaron dinámicas para reforzar lo expuesto y promover la autoeficacia para el control de peso. En la tercera y última

sesión se expusieron temas como el peso corporal, causas y consecuencias de la obesidad, dieta y trastornos alimentarios. Se realizaron dinámicas para reforzar lo aprendido y para promover la autoeficacia para el control de peso. Al término del programa se aplicó a los escolares de ambos sexos, la medida posttest. Por último se llevó a cabo la captura y análisis de resultados. Los análisis estadísticos para obtener los resultados, se realizaron con el programa SPSS para Windows versión 20. Al finalizar el análisis de los resultados se le entregó a cada escuela primaria participante, un reporte de resultados.

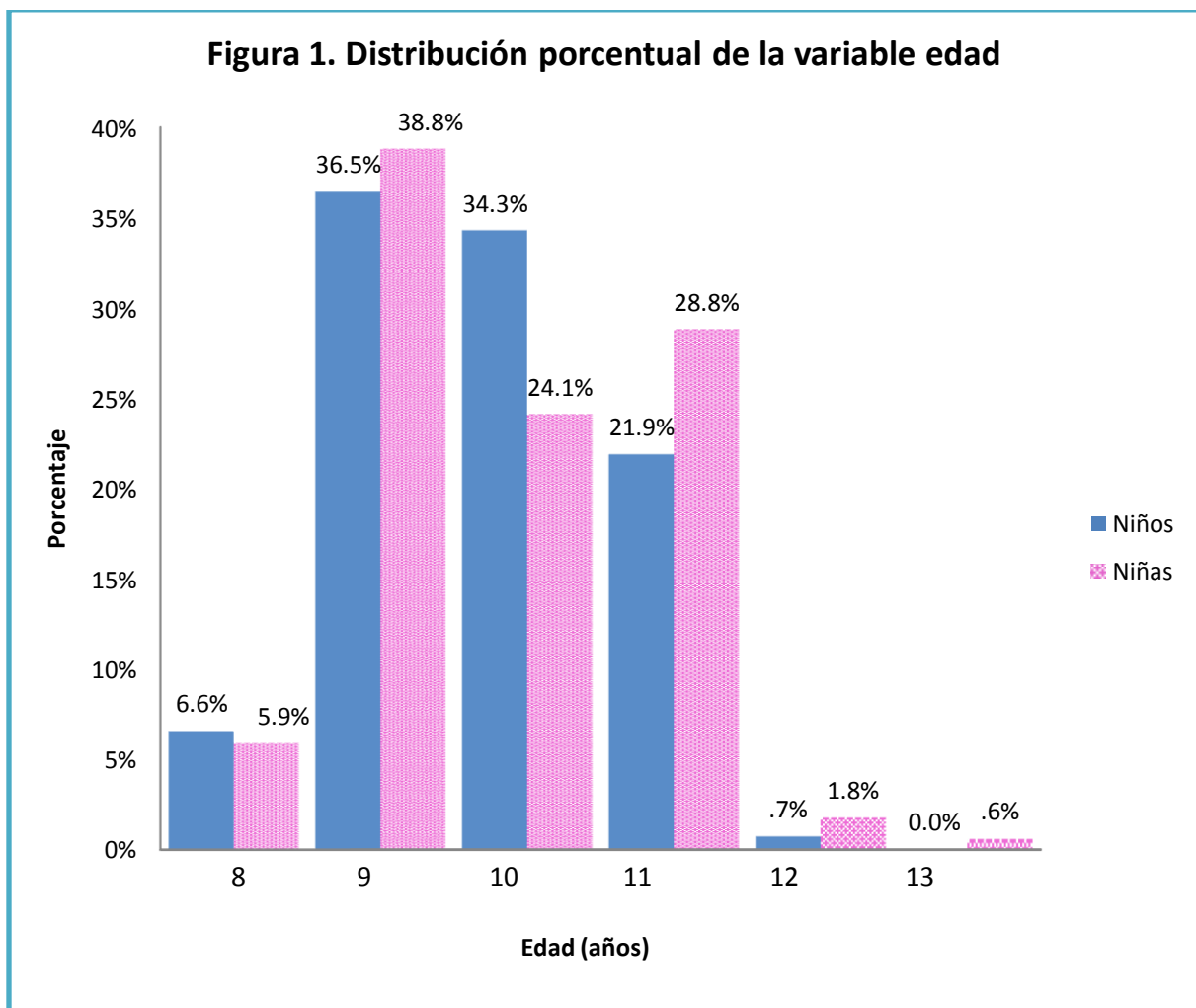
CAPITULO V.RESULTADOS

5.1 Muestra

La muestra final estuvo conformada por una N=338 niños(as); n=154 niños (46%) y n=184 niñas (54%), pertenecientes a 4º, 5º y 6º de educación primaria, de dos escuelas públicas, una ubicada en el Distrito Federal y otra del estado de Pachuca.

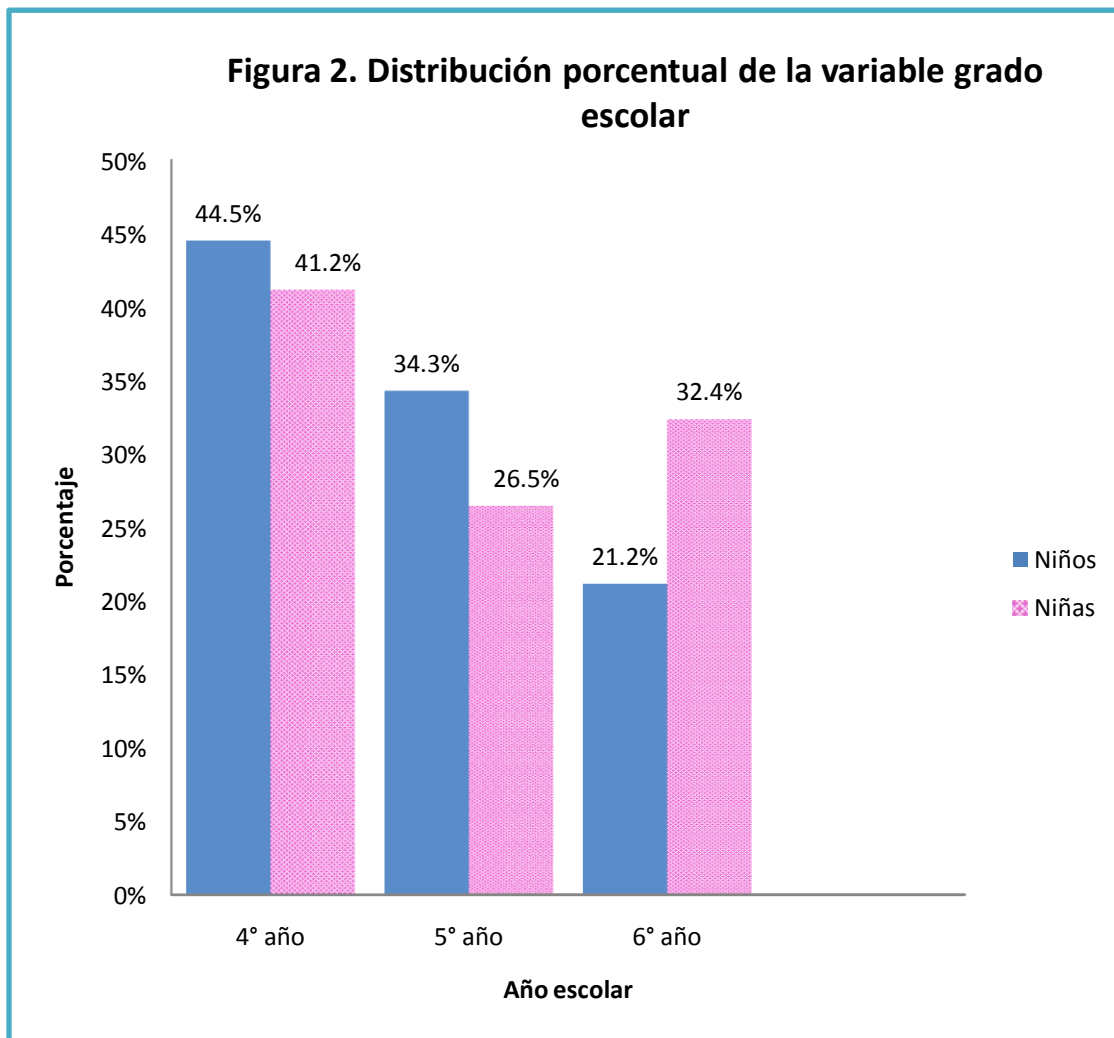
5.2 Edad

La edad de los participantes se distribuyó en un rango de edad de 8 a 13 años, con una M=9.79 y DE= 0.96 (ver figura 1).



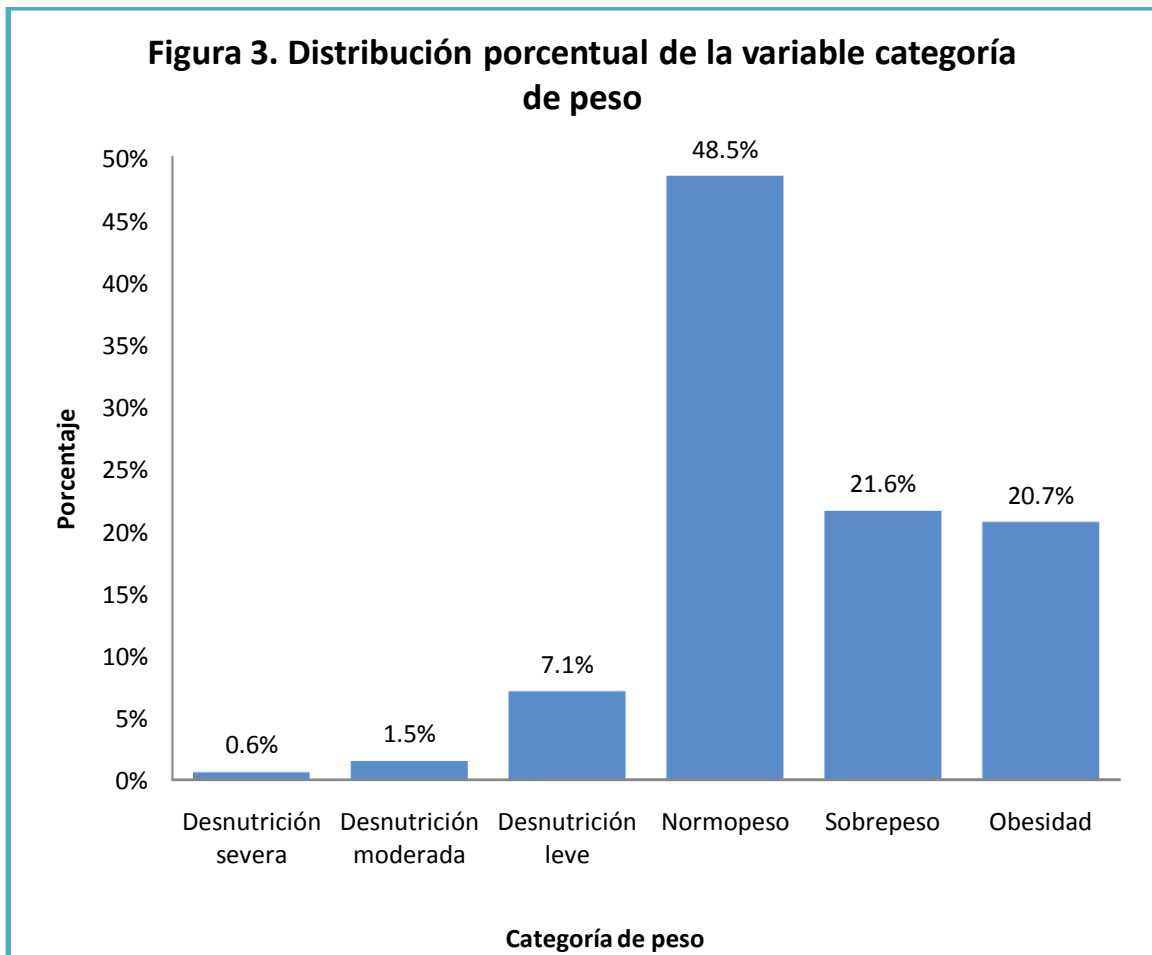
5.3 Grado escolar

En relación al grado escolar, la mayor parte de la muestra se encontraban en cuarto año de primaria (44% de los niños y 41% de las niñas). En cuarto y quinto año se registró un mayor porcentaje de niños que de niñas y en sexto año ocurrió lo contrario (ver figura 2).

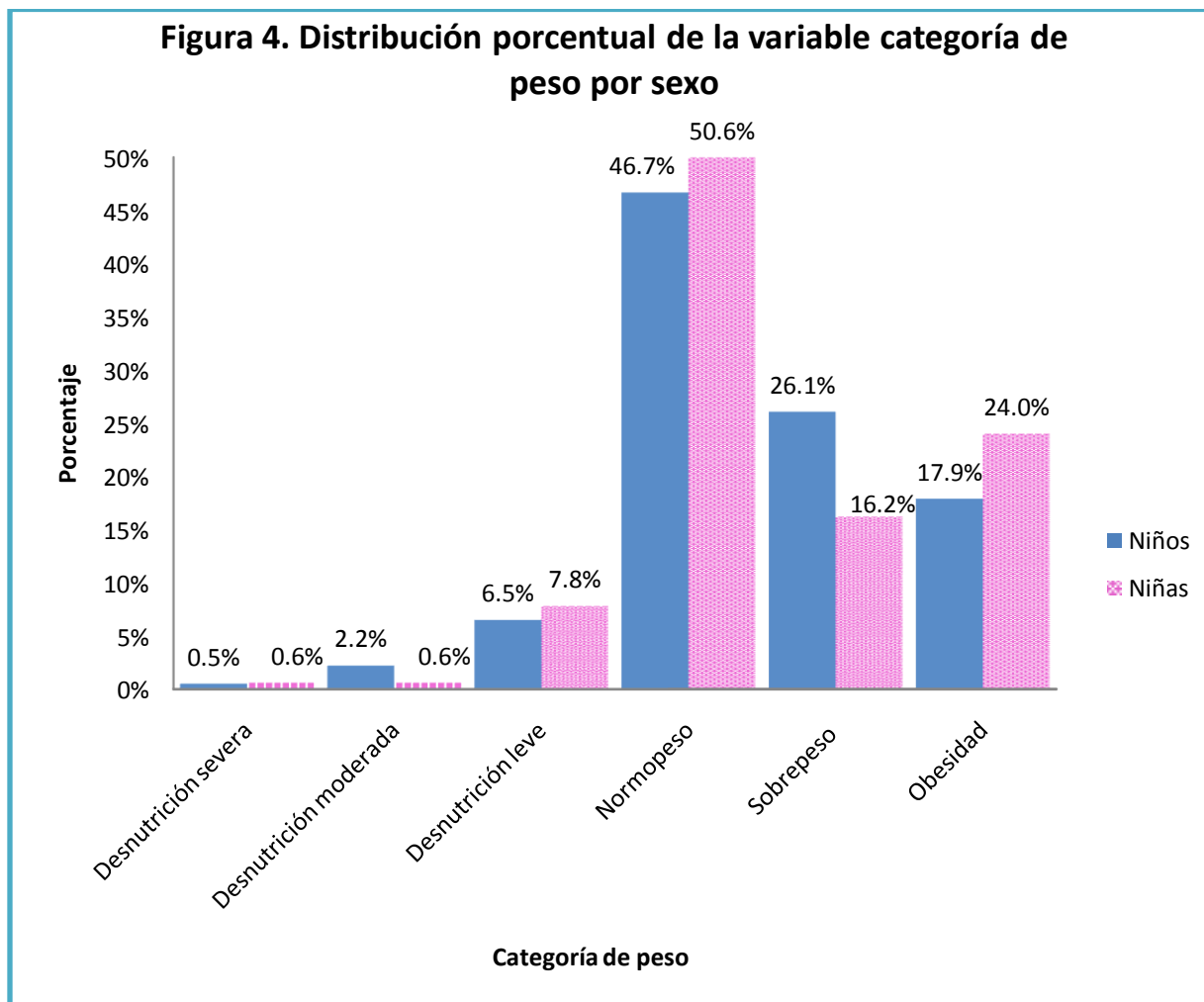


5.4 Categoría de peso

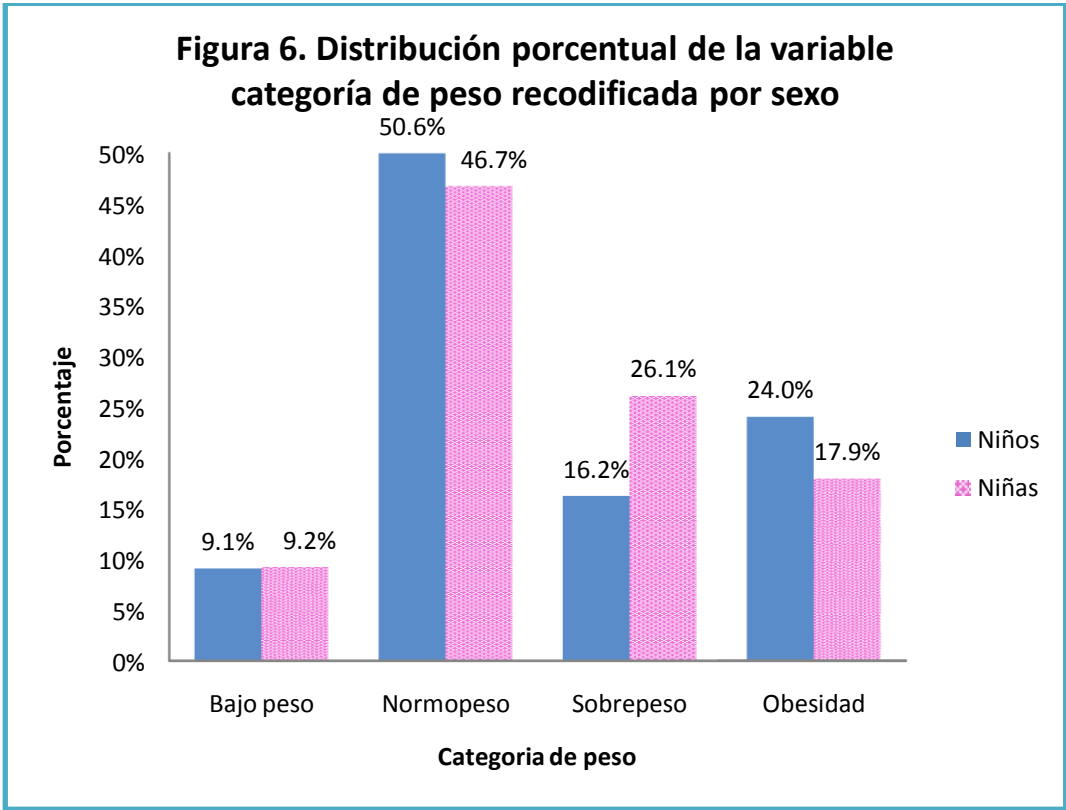
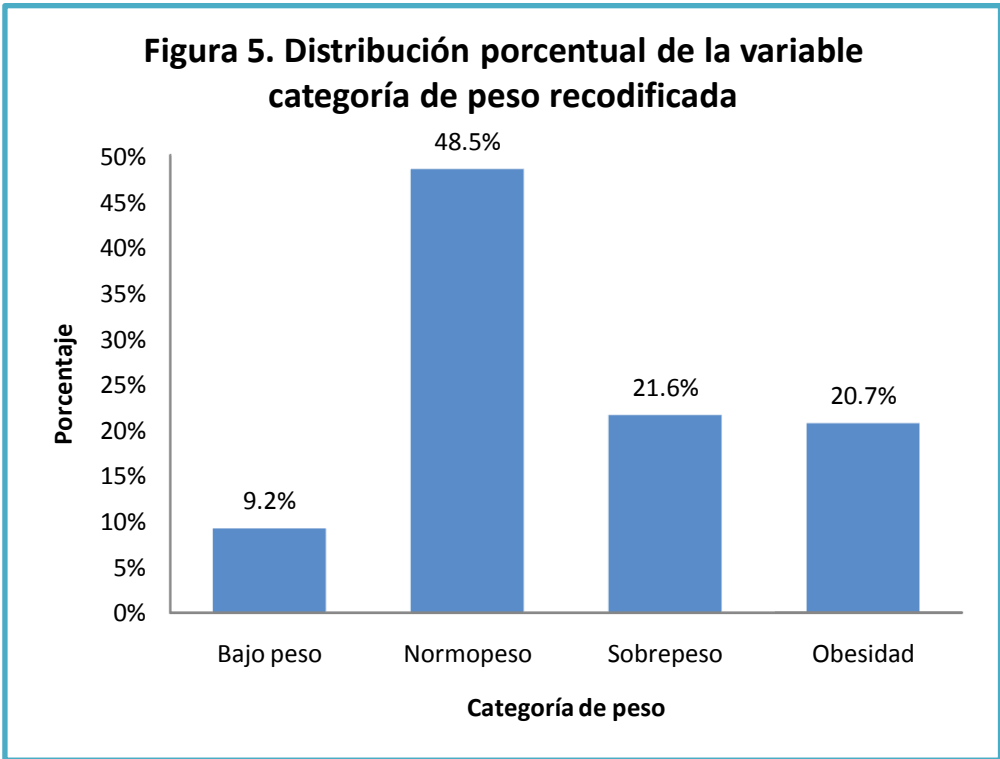
La muestra fue dividida en seis categorías de peso de acuerdo a su IMC como lo marca la OMS (2014): 1) desnutrición severa; 2) desnutrición moderada, 3) desnutrición leve, 4) normopeso, 5) sobrepeso y 6) obesidad. Casi la mitad de la muestra clasificó en la categoría de normopeso (48%), sin embargo el 42% de la muestra obtuvo clasificación de sobrepeso u obesidad. También se puede observar que los niveles de desnutrición obtuvieron porcentajes muy bajos.



En la muestra dividida en las categorías de peso por sexo, casi la mitad de niños y niñas clasificó en normopeso y aproximadamente el 44% de los niños y el 40% de las niñas clasificó en sobrepeso u obesidad (ver figura 4).



Debido a los bajos porcentajes en los niveles de desnutrición (leve, moderada y severa), se unificaron los tres niveles en una categoría llamada “bajo peso”. Dicha categoría sumó un total de 9% de la muestra (ver figura 5 y 6).



5.5 Estadísticos inferenciales

En un inicio se aplicó una “t de Student” para muestras independientes con el propósito de comparar el efecto por sexo, del programa de prevención en los niveles de autoeficacia para el control de peso. Éste análisis del inventario de autoeficacia percibida para el control de peso (Román, et al., 2007; adaptado para niños(as) por Rodríguez, 2015), no arrojó diferencias estadísticamente significativas antes ni después de la intervención; el efecto del programa fue el mismo en niñas y niños.

En seguida se aplicó una “t de Student” para muestras relacionadas con el objetivo de evaluar la eficacia del programa en los niveles de autoeficacia para el control de peso en la muestra total. El inventario de autoeficacia percibida para el control de peso arrojó resultados estadísticamente significativos en el incremento de autoeficacia total ($p=.000$). Además en todos los factores del instrumento encontrados por Rodríguez (2015); hubo un aumento estadísticamente significativo. Los factores que mostraron mayor significancia, fueron el 2 ($p=.000$) y el 4 ($p=.000$) (ver tabla 9).

Tabla 9. Efecto del programa de autoeficacia en la muestra total

Factores				Pretest		Postest	
	T	gl	sig.	M	D.E.	M	D.E.
Autoeficacia Total	4.373	231	.000	92.521	15.880	96.456	16.426
Factor 1. Autoeficacia para incrementar actividad física	2.261	248	.025	25.562	4.804	26.204	4.921
Factor 2. Autoeficacia para disminuir consumo de alimentos con bajo aporte nutricional	5.726	246	.000	22.850	5.617	24.599	5.438
Factor 3. Autoeficacia para incrementar hábitos saludables para el control de peso	2.202	244	.029	21.987	4.488	22.546	4.348
Factor 4. Autoeficacia para eliminar la alimentación emocional	3.888	250	.000	9.091	2.513	9.721	2.279

Así mismo, se aplicó una “*t de Student*” para muestras relacionadas con el objetivo de evaluar el efecto del programa de prevención en los niveles de autoeficacia de las distintas categorías de peso. En la categoría bajo peso no se detectaron diferencias estadísticamente significativas antes y después de la aplicación del programa de prevención. En la categoría normopeso los resultados obtenidos arrojaron diferencias significativas en la autoeficacia total ($p=.021$), en el factor 2 ($p=.000$) y en el factor 4 ($p=.001$) (ver tabla 10).

Tabla 10. Efecto del programa de autoeficacia en la categoría de normopeso

Factores	Normopeso						
	T	GI	sig.	Pretest		Postest	
				M	D.E.	M	D.E.
Autoeficacia Total	2.350	102	.021	91.679	16.938	94.805	17.113
Factor 1. Autoeficacia para incrementar actividad física	.295	111	.769	25.625	5.340	25.758	5.223
Factor 2. Autoeficacia para disminuir consumo de alimentos con bajo aporte nutricional	4.563	110	.000	22.171	5.683	24.108	5.542
Factor 3. Autoeficacia para incrementar hábitos saludables para el control de peso	1.037	109	.302	21.454	4.944	21.845	4.406
Factor 4. Autoeficacia para eliminar la alimentación emocional	3.355	112	.001	8.823	2.574	9.637	2.334

En la categoría sobrepeso las medias de la autoeficacia total aumentaron aunque no de forma estadísticamente significativa. Sin embargo en el factor 2 dichas diferencias si fueron estadísticamente significativas ($p=.025$) (ver tabla 11).

Tabla 11. Efecto del programa de autoeficacia en la categoría de sobrepeso

Factores	Sobrepeso						
	T	gl	sig.	Pretest		Postest	
				M	D.E.	M	D.E.
Autoeficacia Total	1.934	50	.059	93.509	14.592	97.745	15.241
Factor 1. Autoeficacia para incrementar actividad física	1.483	53	.144	25.963	4.459	26.833	4.665
Factor 2. Autoeficacia para disminuir consumo de alimentos con bajo aporte nutricional	2.307	54	.025	23.127	5.312	24.927	4.947
Factor 3. Autoeficacia para incrementar hábitos saludables para el control de peso	1.245	52	.219	22.679	3.588	23.320	4.003
Factor 4. Autoeficacia para eliminar la alimentación emocional	1.649	53	.105	9.092	2.534	9.703	2.253

En la categoría obesidad se mostraron resultados estadísticamente significativos en la autoeficacia total ($p=.008$). Ocurrió lo mismo en el factor 1 ($p=.039$) y en el factor 2 ($p=.007$) (ver tabla 12).

Tabla 12. Efecto del programa de autoeficacia en la categoría de obesidad

Factores	Obesidad						
				Pretest		Postest	
	T	gl	sig.	M	D.E.	M	D.E.
Autoeficacia Total	2.741	53	.008	91.796	15.748	96.240	17.476
Factor 1. Autoeficacia para incrementar actividad física	2.117	57	.039	24.724	4.560	25.896	5.000
Factor 2. Autoeficacia para disminuir consumo de alimentos con bajo aporte nutricional	2.803	55	.007	23.464	5.663	25.017	5.857
Factor 3. Autoeficacia para incrementar hábitos saludables para el control de peso	1.098	55	.277	22.000	4.476	22.625	4.486
Factor 4. Autoeficacia para eliminar la alimentación emocional	.539	57	.592	9.551	2.201	9.706	2.369

5.6 Análisis del efecto del programa “Programa basado en la autoeficacia para el control de peso en niños escolares. Una estrategia en la prevención de la obesidad” por sexo.

Como análisis complementario se aplicó una “*t de Student*” para muestras relacionadas, con el objetivo de evaluar el efecto del programa de prevención en los niveles de autoeficacia, por sexo. En la muestra de niños, los resultados arrojaron diferencias significativas después de la aplicación del programa de prevención en el puntaje total de autoeficacia ($p=.017$). Así mismo los resultados en el factor 2 ($p=.000$) y el factor 4 ($p=.021$) mostraron diferencias estadísticamente significativas (ver tabla 13).

Tabla 13. Efecto del programa de autoeficacia en niños

Factores	Niños						
	T	Gl	sig.	Pretest		Postest	
				M	D.E.	M	D.E.
Autoeficacia Total	2.435	98	.017	92.666	15.746	96.151	15.611
Factor 1. Autoeficacia para incrementar actividad física	.861	106	.391	25.803	4.861	26.196	4.802
Factor 2. Autoeficacia para disminuir consumo de alimentos con bajo aporte nutricional	3.720	106	.000	23.046	5.236	24.710	4.883
Factor 3. Autoeficacia para incrementar hábitos saludables para el control de peso	1.210	106	.229	21.794	4.490	22.308	3.946
Factor 4. Autoeficacia para eliminar la alimentación emocional	2.338	108	.021	9.192	2.525	9.733	2.303

Con respecto a las niñas, los resultados arrojaron una diferencia estadísticamente significativa en la autoeficacia total ($p=.000$), en el factor 1 ($p=.023$), factor 2 ($p=.000$) y factor 4 ($p=.002$). Además en el factor 3 se detectó un aumento en las medias, aunque no fue estadísticamente significativo (ver tabla 14).

Tabla 14. Efecto del programa de autoeficacia en niñas

Niñas							
Factores	T	Gl	sig.	Pretest		Posttest	
				M	D.E.	M	D.E.
Autoeficacia Total	3.691	132	.000	92.413	16.038	96.684	17.061
Factor 1. Autoeficacia para incrementar actividad física	2.297	141	.023	25.380	4.770	26.211	5.025
Factor 2. Autoeficacia para disminuir consumo de alimentos con bajo aporte nutricional	4.341	139	.000	22.700	5.906	24.514	5.842
Factor 3. Autoeficacia para incrementar hábitos saludables para el control de peso	1.922	137	.057	22.137	4.488	22.731	4.642
Factor 4. Autoeficacia para eliminar la alimentación emocional	3.101	141	.002	9.014	2.509	9.711	2.267

CAPITULO VI.DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

De acuerdo a la ENSANUT 2012 (Gutiérrez, et al., 2012), los niveles de sobrepeso y obesidad en la población mexicana implican graves riesgos para la salud. Su relación directa con enfermedades crónicas no transmisibles y sus altos costos socioeconómicos han hecho que la obesidad sea considerada la epidemia del siglo XXI (OMS, 2014).

El estilo de vida actual, cada vez más sedentario (uso de automóvil, videojuegos) y la mala alimentación (alimentos altos en grasas y proteínas), ha contribuido al incremento y prevalencia del sobrepeso y la obesidad. El creciente número de casos de obesidad infantil y sus implicaciones, han hecho que el estado, junto con diversas instituciones y profesionales de la salud, impulsen la creación e implementación de programas que ayuden a erradicar el problema.

La promoción de la salud ha sido la principal estrategia del estado para combatir la obesidad, los programas de prevención primaria buscan desarrollar habilidades y fomentar estilos de vida saludables que eviten estados de nutrición fuera del ideal. Durante el último siglo se han implementado diversos programas para combatir la obesidad infantil y prevenir las enfermedades crónicas con las que se le relaciona. La mayoría de estos programas se basan en la promoción de la actividad física y la alimentación saludable (OMS, 1998; Flores, 2011). La aplicación de estos programas se realiza fundamentalmente en las escuelas y unidades de atención médica y buscan tener cambios individuales y colectivos.

Debido a la correlación positiva que se ha encontrado, en diversos estudios empíricos, de la autoeficacia con conductas saludables (como la adherencia terapéutica, cumplimiento de dietas y rutinas de actividad física); se han realizado investigaciones sobre la relación de la autoeficacia y el control de peso (Bandura, 1995, 1997).

El objetivo de este trabajo consistió en: Desarrollar y evaluar un programa basado en la autoeficacia para el control de peso dirigido a niños de educación primaria, de distintas categorías de peso, como estrategia para la prevención de la obesidad. La importancia de este trabajo radica en la introducción de la variable “autoeficacia” en un programa para la prevención de la obesidad infantil. La autoeficacia es un punto clave para la iniciación de hábitos saludables y el cambio de conductas negativas para la salud; ya que la autoeficacia concierne a las expectativas o creencias que tiene una persona acerca de sus propias capacidades para realizar determinadas acciones, se trata de un constructo significativo para la potenciación de conductas que prevengan el sobrepeso y la obesidad (Bandura, 1995, 1997; Salanova, Martínez, Cifre y García-Renedo, 2004; Rimal, 2001). Además la formación de la autoeficacia comienza desde pequeños, el aumento y mantenimiento de la autoeficacia percibida en la infancia es un factor importante para el mantenimiento y promoción de conductas saludables, entre las que se encuentran una alimentación correcta y la realización de actividad física (Bandura, 1995).

Los resultados del presente trabajo reafirman la alta prevalencia del sobrepeso y obesidad infantil, se encontró que el 16% de las niñas tiene sobrepeso y el 24% obesidad; en niños se encontró que el 26% tiene sobrepeso y el 18% obesidad. Lo

encontrado en ENSANUT 2012, en niños(as) de 5 a 11 años fue que: el 20% de las niñas tenían sobrepeso y 12% obesidad; en el caso de los niños, el 19% tenían sobrepeso y el 17% obesidad. Los resultados obtenidos en el presente trabajo mostraron un menor porcentaje de niñas con sobrepeso; sin embargo la prevalencia de obesidad en niñas fue el doble a lo encontrado en la ENSANUT 2012. Además en la muestra de niños se encontró una prevalencia del sobrepeso 7% mayor y un 1% más de casos de obesidad que los encontrados en la ENSANUT 2012(Gutiérrez, et al. 2012).

Al evaluar el efecto del programa de prevención entre el grupo de niñas y niños, los niveles de autoeficacia no mostraron diferencias entre ambos sexos, antes y después de la aplicación del programa de prevención; esto ha ocurrido en otras investigaciones como en la de Kohler (2009) y Gomes y Soares (2013).

Por otro lado, el efecto del programa de prevención en la muestra total, mostró un aumento significativo en la autoeficacia total, lo que demuestra un efecto positivo como resultado del programa de prevención. Además en todos los factores del Inventario de Autoeficacia percibida para el control de peso, los cuales son: Factor 1. Autoeficacia para incrementar actividad física; Factor 2. Autoeficacia para disminuir consumo de alimentos con bajo aporte nutricional; Factor 3. Autoeficacia para incrementar hábitos saludables para el control de peso y Factor 4. Autoeficacia para eliminar la alimentación emocional (Rodríguez, 2015); hubo un aumento estadísticamente significativo. Si se toma en cuenta que los niveles de autoeficacia percibida se relacionan con un aumento y mantenimiento de las conductas saludables y que según Bandura (1995), Salanova, et al., (2004) y Rimal (2001), la autoeficacia percibida es un buen predictor de las

conductas de salud y al mismo tiempo es consecuencia de la realización de estas conductas; se puede inferir que quienes aumentaron de forma significativa sus niveles de autoeficacia son más propensos a realizar conductas tales como incrementar actividad física, disminuir consumo de alimentos con poco adecuado aporte nutricional, incrementar hábitos saludables para el control de peso y eliminar la alimentación emocional.

Con la evaluación del efecto del programa de prevención en distintas categorías de peso, se mostró que en la categoría de bajo peso, el programa de prevención no tuvo un efecto significativo en los niveles de autoeficacia. Sin embargo en las demás categorías (normopeso, sobrepeso y obesidad), si se registraron aumentos significativos en la autoeficacia total percibida, al igual que en el factor 2 “Autoeficacia para disminuir consumo de alimentos con bajo aporte nutricional”. El alto consumo de grasas, en especial las saturadas, carbohidratos, azúcares añadidos, productos procesados y proteínas de origen animal, son una de las principales causas de sobrepeso y obesidad; tener la disposición de reducir el consumo de estos alimentos y preferir alimentos saludables, ayuda a mejorar la nutrición y a la disminución del IMC (López y Carmona, 2005; Cabello y Vázquez-González, 2014).

Además en los niños(as) que clasificaron en la categoría de obesidad, mostraron un aumento significativo de autoeficacia y en el factor 1 “Autoeficacia para incrementar actividad física”. Marcus et al. (1994; citado en Olivari y Urra, 2007), encontró que quienes tienen una alta autoeficacia percibida para realizar actividad física, tienen mayor probabilidad de hacer ejercicio ahora y en el futuro. Jauregui, et al. (2013), aplicó el Cuestionario de Autoeficacia para la Actividad Física, a un grupo de niños y

adolescentes de ocho a quince años, antes y después de implementar un programa de ejercicio físico realizado durante 24 semanas. Los resultados indicaron que quienes respondieron mejor al ejercicio programado fueron quienes obtuvieron mejores niveles de autoeficacia antes de iniciar la actividad física. Además, Platas (2015) encontró que los niños(as) con obesidad son quienes realizan menor actividad física; al relacionarse ésta directamente con el IMC, se concluye que a mayor autoeficacia percibida para la actividad física, será mayor la actividad física realizada y menor IMC. Con base a la evidencia y a la teoría de Bandura (1995,1997), quien refiere autoeficacia como predictor y motivador a la realización de actividades en las que se sienten más capaces; se puede pronosticar que los niños con obesidad que se sienten más capaces para la realización de actividad física tienen mayor posibilidad de realizarla y reducir su IMC.

Por otro lado, los niños de la categoría normopeso, mostraron mayor autoeficacia para eliminar la alimentación emocional después del programa de prevención. Este aumento puede ayudar a mantener su peso ideal, ya que tienen menor probabilidad de realizar la conducta de riesgo: *comer por compensación psicológica* (Gómez-Peresmitré y Ávila, 1998; Platas, et al. 2007).

En cuanto a la evaluación del programa de acuerdo al sexo, los resultados mostraron que el programa de prevención aumenta significativamente la autoeficacia total tanto en niñas como en niños; la autoeficacia para disminuir el consumo de alimentos con bajo aporte nutricional; y la autoeficacia para eliminar la alimentación emocional. Además las niñas mostraron una mayor autoeficacia para incrementar su actividad física.

Con base en los resultados antes expuestos se concluye que:

- existe una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil
- que la autoeficacia total para el control de peso, aumentó significativamente después de la aplicación del programa;
- que el programa de prevención aumentó significativamente la autoeficacia para el control de peso en niñas y niños;
- que el programa de prevención mostró los mejores resultados en el incremento de autoeficacia para el control de peso en niños(as) con normopeso y obesidad;
- que los niños(as) con desnutrición no presentaron cambios significativos, después del programa de prevención.

CAPITULO VII.SUGERENCIAS Y LIMITACIONES.

Una de las principales limitaciones de este estudio es el carácter no probabilístico de la muestra lo que impide la generalización de los resultados obtenidos a la población infantil mexicana.

El aumento en los niveles de autoeficacia fue evaluado únicamente a corto plazo, se sugiere realizar una medición a largo plazo para explorar si los resultados se han mantenido. Además se sugiere alargar el programa por lo menos a un ciclo escolar, los resultados podrían mejorarse y coincidir con los reportados en la “Guía para el desarrollo de intervenciones en alimentación, nutrición y actividad física en escuelas básicas de Chile”, que muestran una disminución del 50% en prevalencia de obesidad en una escuela primaria chilena (Kain, et al., s.f).

Otra sugerencia es realizar más sesiones con los padres de familia, de tal forma que tengan la misma información que sus hijos y puedan fungir como una red de apoyo y acompañamiento para el control de peso corporal y el desarrollo de la autoeficacia de los niños(as). La autoeficacia de los padres, tiene correlaciones positivas con el nivel de autoeficacia de sus hijos. De igual forma, los estilos de vida de los padres y su alimentación, determinan en gran medida la alimentación de sus hijos(as). Existen diversos elementos que desarrollan la autoeficacia, como el modelamiento de los padres, experiencias y el ambiente donde se vive; si se toma en cuenta la medición de algunas de estas variables se tendrá mayor sustento en los resultados del presente programa implementado (Bandura, 1995; García, 2012).

Finalmente se sugiere el estudio de otras variables con relación directa a la autoeficacia, como pérdida de peso corporal y mantenimiento de peso corporal. Además la alimentación y estado nutricional, se ven influenciados por diversos factores, entre ellos están: los hereditarios, personalidad, enfermedades tempranas, nivel socioeconómico, acceso a recursos, servicios e información; tomar en cuenta estas variables y su relación con la autoeficacia para la creación de programas de prevención puede aumentar su efecto positivo (Salud Madrid, 2007; García, 2012).

REFERENCIAS

- Acosta, M.V. & Gómez-Peresmitré, G. (2002). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 3, 9-21.
- Adjemian, D., Bustos, P. & Amigo, H. (2007). Nivel socioeconómico y estado nutricional. Un estudio en escolares. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 57, 125-129.
- Alonso, A., Alonso, M., Aparicio, A., Aparicio, M., Aranceta, J., Arroba, L., Barrio, R., Benítez, A.M., Bousoño, C., et al. (2007). *Manual práctico de nutrición en pediatría*. Madrid: Ergon.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-5]*. Barcelona: Editorial Masson.
- Aparicio, M.R., Estrada, L.A., Fernández, C., Hernández, R.M., Ruiz, A., Ramos, D. Rosas, M., Valverde, E. & Ángeles, E. (2004). *Manual de antropometría* (2°ed.). México: CONACYT.
- Astudillo, C. I. & Rojas, M. E. (2006). Autoeficacia y disposición al cambio para la realización de actividad física en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 9, 41-49.
- Balarezo, Ch. (2014). *Desnutrición crónica y anemia asociación con rendimiento escolar en niños y niñas de 6 a 12 años de la escuela república de Chile*. (Tesis de licenciatura inédita) Universidad de Cuenca. Chile.
- Bandura, A. (1977). Cognitive process mediating behavioral change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 125-139.
- Bandura, A. (1993). Perceived Self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28, 117-148.
- Bandura, A. (1995). *Auto-eficacia: como afrontamos los cambios en la sociedad actual*, pp. 19-54, 106-129. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy The exercise of control*. New York: Freeman and Company.
- Bertran, M. & Arrollo, P. (2006). *Antropometría y nutrición*. México: Fundación mexicana para la salud. Fondo Nestlé para la nutrición y Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco.

- Bourges, H. (2008). Los alimentos, la dieta y la alimentación. En E., Casanueva, M., Kaufer, A.B., Pérez, & P., Arrollo (2008). *Nutriología médica*. (3^a ed.) (pp. 598-662). México: Editorial Médica Panamericana.
- Bustamante, A., Seabra, A.F., Garganta, R.M. & Maia, J.A. (2007). Efectos de la actividad física y del nivel socioeconómico en el sobrepeso y obesidad de escolares, Lima Este 2005. *Revista Perú Medicina Experimental Salud Pública*, 24, 121-128
- Caballero, C., Hernández, B., Moreno, H., Hernández-Girón, C., Campero, L., Cruz, A. & Lazcano-Ponce, E. (2007). Obesidad, actividad e inactividad física en adolescentes de Morelos, México: un estudio longitudinal. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 57, 231-237.
- Cabello, M. L. & Vázquez-González, S. (2014). Prácticas alimentarias y obesidad infantil. Cultura regional y factores intrapersonales familiares y escolares. Alternativas. Cuadernos de trabajo social. Recuperado de: 10.14198/ALTERN2014.21.03
- Centro de Investigación y Docencia Económica [CIDE]. (2013). *Avances y temas pendientes de la política de salud en México Una revisión de los principales indicadores*. México.
- Cervera, S. B., Dommarco, J. R., Campos, I., Hernández, L., Santos-Burgoa, C., Durán, E., Rodríguez, L. & Hernández, M., (2010). *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*. México: Secretaria de Salud.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL]. (2010). *Dimensiones de la seguridad alimentaria: Evaluación Estratégica de Nutrición y Abasto*. México: Autor.
- Dalmau, J. (2012). Nutrición en la infancia y en la adolescencia. En *Manual Práctico De Nutrición y Salud*. Madrid: Kellogg's.
- De Jesús, M., & Valdez, M. (2009). *Diferencias en la autoeficacia para el control del peso en un grupo de adolescentes escolares entre nueve y doce años*. (Tesis de licenciatura inédita), (pp. 36-64). Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de México.
- Elorza, S. (2011). *Psicología de la salud en México*. (Tesina de licenciatura inédita). Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Autónoma de México.
- Fausto, J., Valdez, R. M., Aldrete, M. G. & López, M. C. (2006). Antecedentes históricos sociales de la obesidad en México. *Red de Revistas Científicas de América*

- Flores, S. (2011). Importancia de la alimentación de los niños en el primer año de vida. *Gaceta Médica de México*, 147 (1), 22-31.
- Galindo, L.A. & Reyes, R. (2007). Factores socioeconómicos y obesidad en escolares. (Tesis de licenciatura inédita). Facultad de enfermería, Universidad Veracruzana.
- Gálvez, A. (2011). *Módulo nutrición básica*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.
- García, P. (2012). *La alimentación de los mexicanos. Cambios sociales y económicos, y su impacto en los hábitos alimenticios*. México: Canacintra.
- Gomes, G. & Soares, A. (2013). Diferencia de género con relación al desempeño académico en estudiantes de nivel básico. *Alternativas en Psicología*, 28, 106-118.
- Gómez-Peresmitré, G. & Ávila, A. (1998). ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso? *Psicología iberoamericana*, 6, 37-45.
- Gómez-Peresmitré, G. (1999). Preadolescentes Mexicanas y la cultura de la delgadez: Figura ideal Anoréxica y Preocupación Excesiva por el peso corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 16, 153-165.
- Gómez-Peresmitré, G. (2005). *Publicidad e imagen corporal: factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria en los estudiantes*. Recuperado de: <http://anuario.upn.mx>
- Gómez-Peresmitré, G., Alvarado, G. Moreno, L. Saloma, S. & Pineda, G. (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes de grupos edad: pre-púberes, púberes y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 313-324.
- González, W.J. (2013). Aspectos socioeconómicos y familiares asociados en niños y adolescentes obesos. *Revista de Ciencias Sociales*, 19, 120-130.
- Grau, J. A. & Hernández, E. (2005) Psicología de la salud: aspectos históricos y conceptuales. En E. Hernández & J. Grau. (2005). *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*, (pp. 33-84). Guadalajara: Centro Universitario en Ciencias de la Salud.
- Gutiérrez, J., Rivera, J., Shamah, T., Oropeza, C. & Hernández, M., (coords) (2012). *Encuesta nacional de salud y nutrición [ENSANUT]*. México: Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).

- Guzmán, H. A. (2011). *Conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de la facultad de nutrición de la Universidad Veracruzana*. (Tesis de licenciatura inédita). Facultad de nutrición, Universidad Veracruzana.
- Guzmán, R.M. (2012). *Factores psicosociales asociados con conductas alimentarias de riesgo en adolescentes con obesidad*. (Tesis de licenciatura inédita). Facultad de psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Guzmán, R. M. E. (2010). Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad. En J. A. Morales (2010). *Obesidad. Un enfoque multidisciplinario* (pp. 201-218). México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Hopenhayn, M., Montañó, S., Rodríguez, J., Sottoli, S., Crotti, E. & Mazuera, C. (2005). Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe. *Desafíos*. 6. Chile: Naciones Unidas.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [ISSTE] (2014). Recuperado de: <http://prevenissstecercadeti.wordpress.com/prevenissste/>
- Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS]. (2014). Recuperado de: http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=1232:programas-integrados-de-salud-prevenimss&Itemid=640
- Instituto Mexicano para la Competitividad A.C. [IMCO]. (2015). Kilos de más, pesos de menos. Los costos de la obesidad en México. Recuperado de: http://imco.org.mx/banner_es/kilos-de-mas-pesos-de-menos-obesidad-en-mexico/
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2008). Recuperado de: <http://www3.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/6/dataappraisal>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2012). Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/metadatos/encuestas/enigh_211.asp?c=10748
- Jauregui, E. E., López, J. R., Macías, A. N., Porras Rangel, S., Reynaga-Estrada, P., Morales, J. J., & Cabrera, J. L. (2013). Autoeficacia y actividad física en niños mexicanos con obesidad y sobrepeso. *Revista Euroamericana De Ciencias Del Deporte*, 2, 69-75.
- Julio, V., Vacarezza, M., Álvarez, C. & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Prensa Médica Latinoamericana*. 1, 11-14.

- Kain, J., Vio, F., Olivares, S., Concha, F. & Uauy, R. (s.f). Prevención de la obesidad infantil: Guía para el desarrollo de intervenciones en alimentación, nutrición y actividad física en escuelas básicas de Chile. Recuperado de: http://www.inta.cl/material_educativo/ObesidadInfantil_d_intervenciones.pdf
- Kaufer, M. & Toussaint, G. (2008). Indicadores antropométricos para evaluar sobrepeso y obesidad en pediatría. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 65, 502-518. México: Medigraphic. Recuperado de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=100&IDARTICULO=18618&IDPUBLICACION=1904>
- Kauffer, M., Tavano, L. & Ávila, H. (2001). La obesidad en el adulto. En: E., Casanueva, M., Kaufer, A.B, Pérez & P. Arroyo. (2001). *Nutriología médica* (3ª ed.) (pp. 349-390). México: Médica Panamericana.
- Kohler, J. (2009). Rendimiento académico asociado a la autoeficacia de estudiantes de 4to. y 5to. año de secundaria de un colegio nacional de Lima. *Cultura*, 23, 101-119.
- Korbman, R. (2007). *Tratamiento y prevención de la obesidad en niños y adolescentes. Guía práctica para psicólogos, nutriólogos, padres y maestros*. México: Trillas.
- Leiva, B., Inzunza, N., Pérez, H., Castro, V., Jansana, J., Toro, T., Almagiá, A. & Navarro, A. (2001). Algunas consideraciones sobre el impacto de la desnutrición en el desarrollo cerebral, inteligencia y rendimiento escolar. *Archivos latinoamericanos de nutrición*, 51, 64-71.
- Liria, R. (2012). Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: Un problema que requiere atención. *Revista de Perú Medicina Experimental*, 29, 357-60.
- López, M. & Carmona, A. (2005). La transición alimentaria y nutricional: Un reto en el siglo XXI. *Anales venezolanos de nutrición*, 18, 90-104 [versión electrónica].
- López, M. (2011). *Fitoterapia y control de peso. Un buen tándem*, 30 (2),65-68.
- Lozano, D. (2009). Mala nutrición y seguridad alimentaria nutricional. En *Nutrición en los hogares y seguridad alimentaria nutricional 1988-2006*. (pp. 5-9). (Tesis de licenciatura inédita). Facultad de Estudios Superiores Aragón, UNAM, México.
- Lugli, Z. (2011). Autoeficacia y locus de control: variables predictoras de la autorregulación del peso en personas obesas. *Pensamiento Psicológico*, 9, 43-56. Venezuela: Universidad Simón Bolívar.

- Manrique, E., Chia, N. & Valdez, J. (2005). Género, ansiedad social, autoeficacia general y autoeficacia en situaciones sociales. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*. 6, 43-54.
- Manual CTO. (2007). *Enfermería*, (4°ed.). Madrid: Mc- Graw-Hill. Interamericana
- Martín, J.F. & Jodar, G. (2011). *Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria*. España: Elseviser.
- Martínez, I. & Villezca, P. A. (2005). La alimentación en México un estudio a partir de la encuesta nacional de ingresos y gastos de los hogares y de las hojas de balance alimenticio de la FAO. *Ciencia UANL*, 8, 196-208.
- Monereo, S., Iglesias, P. & Guijarro, G. (2012). El exceso de peso en el mundo: causas y consecuencias de la obesidad. En S. Monereo, P. Iglesias & G. Guijarro, (2012). *Nuevos retos en la prevención de la obesidad. Tratamientos y calidad de vida* (pp. 15-82). Bilbao: Fundación BBVA.
- Morales, F. (1997). *Introducción al estudio de la psicología de la salud*. México: Editorial UniSon
- Nuño, B. L., Celis de la Rosa, A. & Unikel, C. (2009). Prevalencia y factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según sexo. *Revista de Investigación Clínica*, 61, 286-293.
- Oblitas, L. (2009). *Psicología de la salud y calidad de vida*. (3°ed.) México: Cengage Learning.
- Olaiz, G., Rivera, J., Shamah, T., Rojas, R., Villalpando, S., Hernández, M. & Sepúlveda, J. (2006). *Encuesta nacional de salud y nutrición [ENSANUT]*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Olivares, S., Bustos, N., Lera, L. & Zelada, M.E. (2007). Estado nutricional, consumo de alimentos y actividad física en escolares mujeres de diferente nivel socioeconómico de Santiago Chile. *Revista Médica de Chile*, 135, 71-78.
- Olivari, C. & Urra, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería* XIII, 1,9-15.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. *Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Ottawa*. Recuperado de: http://www.paho.org/saludyuniversidades/index.php?option=com_content&view=article&id=5:health-promotion-ottawa-charter&Itemid=12&lang=es

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1998). *Promoción de la salud. Glosario*. Ginebra, DC: Autor. Recuperado de: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2003). *Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas*. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud (45° ed.)*. Nueva York: Autor.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2006). Recuperado de: http://www.who.int/childgrowth/1_que.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2007). *Tablas de IMC y tablas de IMC para la edad, de niños(as) y adolescentes de 5 a 18 años de edad y tablas de IMC para adultos(as) no embarazadas, no lactantes ≥ 19 años de edad*. Recuperado de: <http://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/FANTA-BMI-charts-Enero2013-ESPANOL.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Suiza: Autor.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). *Definición de nutrición*. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). *Sobrepeso y obesidad infantiles*. Recuperado de: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>
- Organización Mundial de la Salud. [OMS]. (2005). *La Organización Mundial de la Salud advierte que el rápido incremento del sobrepeso y la obesidad amenaza aumentar las cardiopatías y los accidentes vasculares cerebrales*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr44/es/>
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos [OCDE]. (2013). *Panorama de salud*. Recuperado de: <http://www.oecd.org/els/health-systems/46068468.pdf>
- Peralta, J. J., Gómez-Zamudio, J. H., Estrada, B., Karam, R. & Cruz, M. (2014). Genética de la obesidad infantil. *Revista de Medicina Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52, 78-87.
- Pérez, A. J., Luna, V. & Culebras, J.M. (2012). Nutrición y obesidad. En A. Gil, (2012). *Tratado de nutrición. Tomo 4. Nutrición Clínica*. (2°ed.) (pp. 419- 445). México: Editorial Médica Panamericana.

- Platas, R. S. (2015). *Modelos de factores protectores y de riesgo para los problemas del peso corporal en escolares de primaria*. (Tesis de doctorado inédita). Facultad de psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Platas, R. S., Gómez-Peresmitré, G., León, R., Pineda, G. & Guzmán, R. (2007). Capacidad Discriminante y Clasificación Correcta de la Escala de Factores de riesgo Asociados con Trastornos de la alimentación [EFRATA-II]. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4, 124-132.
- Quiñónez, M. & Méndez, M. (2006). *Imagen corporal en niñas de primaria*. (Tesis de licenciatura inédita) (pp.4-25). División de ciencias sociales y humanidades. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Reigal, R., Videra, A. & Gil, J. (2014). Práctica física, autoeficacia general y satisfacción vital en la adolescencia. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 14, 561-576.
- Rimal, R. (2001). Longitudinal influences of knowledge and self-efficacy on exercise behavior: Test of a mutual reinforcement model. *Journal of Health Psychology*, 6, 31-46.
- Rocha, T. E. & Ramírez De Garay, R. M. (2011). Identidades de género bajo una perspectiva multifactorial: elementos que delimitan la percepción de autoeficacia en hombres y mujeres. *Acta de investigación psicológica*, 1, 454-472.
- Roche, E. (2011). *Las emociones y el sobrepeso. Factores psicológicos de la obesidad. Estudio de la relación que puede existir entre el sobrepeso y las emociones. La importancia de su identificación y abordaje dentro de un planteamiento multidisciplinario*. Recuperado de: www.end2endnutrition.es
- Rodríguez, J. (2015). *Autoeficacia percibida y conductas saludables en escolares de primaria*. (Tesis de licenciatura inédita). Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Rodríguez, R. (2010). *La influencia del sobrepeso y la obesidad en la imagen corporal de niños (as) y su relación con las prácticas parentales de alimentación*. (pp. 30-38). (Tesis de licenciatura inédita). Facultad de psicología, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.
- Román, Y., Díaz, B., Cárdenas, M. & Lugli, Z. (2007). Construcción y validación del Inventario Autoeficacia Percibida para el Control de Peso. *Clínica y Salud*, 18, (1), 45-56.
- Salanova, M., Martínez, I, Cifre, E. & García-Renedo, M. (2004). *Nuevos horizontes en la investigación sobre la autoeficacia*, pp.33-149. España: Universitat Jaume.

- Salud Madrid (2007). *Alimentación infantil. Lo que come hoy determinará su futuro*. Madrid: Autor.
- Sánchez, A. (2004). *Introducción a la promoción de la salud*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Sánchez, A. (2008). Dieta saludable o el plato del bien comer. *Alimentación y nutrición*, pp. 16-21.
- Sánchez, I. & Rossano, B. (2012). Satisfacción corporal en hombres y mujeres de población rural. (p.1-8). (Tesis de licenciatura inédita). Facultad de ciencias de la conducta, Universidad Autónoma del Estado de México.
- Saucedo, T., Peña, A., Fernández, T., García, A. & Jiménez, R. (2010). Identificación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el Índice de Masa Corporal en universitarios del Instituto de Ciencias de la Salud. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 16-23. Recuperado de: http://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol10_num2/articulos/identificacion.pdf
- Secretaría de Educación Pública [SEP] (2010). *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Programa de Acción en el Contexto Escolar*, DC: Autor.
- Secretaría de Educación Pública [SEP]. (2003). Actividad Física Beneficiosa para la salud. *Revista Digital, Buenos Aires*. 9. Recuperado de: <http://www.conade.gob.mx/biblioteca/documentos/articulo03.pdf>
- Secretaría de Salud. (2007). *Estrategia nacional de promoción y prevención para una mejor salud. La salud, tarea de todos*, (2°ed.).DC: Autor.
- Secretaría de Salud. (2008). *Guía de orientación alimentaria*. México: Autor.
- Secretaría de Salud. (2010). *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*, DC: Autor.
- Secretaría de Salud. (2013). *Estrategia nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes*. México: IEPSA.
- Sistema Nacional para el Desarrollo Infantil [DIF], (2015). Recuperado de: <http://micrositios.dif.gob.mx/dgadc/direccion-de-alimentacion/estrategia-integral-de-asistencia-social-alimentaria/>

- Unikel, C. & Gómez-Peresmitré, G. (2004). Validez de constructo de un instrumento para la detección de factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres mexicanas. *Salud Mental*, 27, 38-49.
- Unikel, C., Bojórquez, L. & Carreño, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud pública de México*, 46, 509-515.
- Unikel, C., Saucedo, T., Villatoro, J. & Fleiz, C. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del Índice de Masa Corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental*, 25, 49-57.
- Videgaray, L., Robles, M.R., Chuayffet, E., López, M.M., Hernández, P. A. & González, J. A. (2014). *Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, para el ejercicio fiscal 2014*. México: Diario Oficial de la Federación.
- Wisbaum, W. (2011). *La desnutrición infantil. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento*. España: UNICEF.
- Zaragoza, J. (2014). *Peso normal, peso ideal*. Recuperado de: http://www.seme.org/area_pro/textos_articulo.php?id=23

ANEXOS

Anexo I. INVENTARIO DE AUTOEFICACIA PERCIBIDA PARA EL CONTROL DE PESO.

Nombre: _____ Edad: _____
Niño/niña: _____ Grado: _____ Grupo: _____

Instrucciones:


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

Ejemplo:

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

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

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



Contesta las oraciones:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Puedo dejar de comer dulces cuando me siento nervioso.

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

7. Soy capaz de correr todos los días.

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

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

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

9. Puedo dejar de ver la televisión mientras cómo.

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

10. Puedo esforzarme para hacer deporte.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

28. Puedo comer menos dulces de los que como.

1 _____ **2** _____ **3** _____ **4**

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

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

1 _____ **2** _____ **3** _____ **4**

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

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

1 _____ **2** _____ **3** _____ **4**

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

Día 1. AUTOCUIDADO DE LA SALUD Y AUTOEFICACIA EN NIÑOS ESCOLARES. UNA ESTRATEGIA EN LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD.

Sesión 1. Presentación del proyecto: Autocuidado de la salud y autoeficacia en niños escolares. Una estrategia en la prevención de la obesidad.
Duración total: 1:30 hrs.

- ♦ **OBJETIVOS:** 1. Sensibilizar a padres de familia y maestros de la necesidad de: a) Establecer entre los estudiantes buenos hábitos alimentarios, b), Brindar información acerca de las problemáticas asociadas con obesidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) c) Promover autoeficacia para el control de peso en escolares de educación primaria y d) Obtener el consentimiento informado de los padres siguiendo las reglas que impone la ética de la investigación en Psicología.

ACTIVIDAD	DURACION	TEMAS	DINAMICA	ASISTENTES	MATERIAL
ACTIVIDAD 1 Consentimiento para firma. Presentación con padres de familia y personal académico.	60 min.	-Alimentación correcta. -Consejos para comer saludablemente. -Peso corporal. -Ejercicio saludable. -Obesidad. -Trastornos de la Conducta Alimentaria. -Tareas.	Se solicita a maestros y padres de familia que durante la semana de la salud alimentaria fomenten una alimentación sana en sus hogares y que involucren a sus hijos para reafirmar los conocimientos adquiridos ya que será una de las tareas del programa. Se solicitará su colaboración para la elaboración de recetas en la actividad "Consejos para comer rico y saludable".	Padres de familia y profesores	-Laptop y cañón -Presentación PowerPoint. -Carta consentimiento.
ACTIVIDAD 2 Círculos de Salud	30 min.	-Autoeficacia aplicada a alimentación saludable.	Información tanto a profesores como padres de familia acerca del tema de autoeficacia.	Padres de familia y profesores.	-Laptop, cañón. -Presentación. -Dos facilitadoras para realizar el modelamiento.
ACTIVIDAD SIMULTANEA Aplicación de Cuestionarios	30 min.	Obtención de línea base	Información a los alumnos de la importancia de responder verídicamente los cuestionarios. Los cuestionarios se aplicaran por las facilitadoras antes entrenadas.	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria.	Cuestionarios Lápices y plumas. Consentimiento para autorización de padres.
Medición de talla y peso	60 min.	Obtención de la talla y peso de cada uno de los alumnos.	Medición de talla y peso.	Alumnos de 4°, 5° y 6° de primaria.	Báscula Cinta métrica Lápiz

Día 2. AUTOCUIDADO DE LA SALUD Y AUTOEFICACIA EN NIÑOS ESCOLARES. UNA ESTRATEGIA EN LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD.

Sesión 2. ALIMENTACION SANA

Duración total: 2:00 horas.

OBJETIVOS:

1. Fomentar una alimentación saludable a través de: a) Identificar las necesidades de la alimentación, b) Promover el uso correcto del plato del bien comer, c) Promover la alimentación rica y saludable y d) Promover autoeficacia para alimentación sana

ACTIVIDAD	DURACION	TEMAS	DINAMICA	ASISTENTES	MATERIAL
ACTIVIDAD 1 Presentación de Facilitadoras	5 min.	Objetivos Consentimiento firmado Concepto de autoeficacia	Exposición.	Alumnos de 4º, 5º y 6º de primaria.	-Presentación PowerPoint. Laptop. Cañón.
ACTIVIDAD 2 ¿Por qué necesitamos alimentarnos?	20 min.	¿Por qué necesitamos alimentarnos? ¿Se creen capaces de tener respuestas correctas?	Lluvia de ideas (interactiva).	Alumnos de 4º, 5º y 6º de primaria.	-Papel pellón -Papel bond -Diurex -Pegamento -Tijeras
ACTIVIDAD 3 Alimentación correcta	10 min.	Alimentación Correcta: -Plato del bien comer. -Necesidades. -Características -¿Qué significa comer saludable?	Exposición.	Alumnos de 4º, 5º y 6º de primaria.	Presentación PowerPoint. Laptop. Cañón.
ACTIVIDAD 4 Plato del bien comer.	15 min.	Descripción de grupos de alimentos y sus funciones.	Completa el plato del bien comer.	Alumnos de 4º, 5º y 6º de primaria.	-Esquema del plato del bien comer (PowerPoint o ilustración) -Imágenes de alimentos de los 5 grupos. -Diurex, -Tijeras
ACTIVIDAD 5 Estrella	25 min.	Tipo de alimentación.	Estrella interactiva.	Alumnos de 4º, 5º y 6º de primaria.	-Hojas de colores. -Colores. -Tijeras. -Diurex.
ACTIVIDAD 6 El Súper-Saludable	10 min.	Alimentación	Súper Saludable.	Alumnos de 4º, 5º y 6º de primaria.	-Ticket del supermercado -Esquema del plato del bien comer. -Pizarrón. -Plumones.
ACTIVIDAD 7 Consejos para comer rico y saludable	10 min.	-Preparando un lunch saludable -Alimentos para su preparación	Preparando un lunch saludable en familia (interactiva).	Alumnos de 4º, 5º y 6º de primaria.	-Recetas.
ACTIVIDAD 8 Dietojugando	25 min.	Maratón	Dietojugando	Alumnos de 4º, 5º y 6º de primaria.	Materiales para elaborar los concursos.

Día 3. AUTOCUIDADO DE LA SALUD Y AUTOEFICACIA EN NIÑOS ESCOLARES. UNA ESTRATEGIA EN LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD.

Sesión 3. Peso Sano, Ejercicio Saludable y Autoeficacia

Duración total: 2:00 horas.

OBJETIVOS:

1. Fomentar un peso sano a través de: a) Describir los componentes que integran el peso corporal, b) Identificar las causas y consecuencias de la obesidad y de la desnutrición (TCA), c) Promover el ejercicio saludable, d) Promover un consumo de alimentos saludables en el recreo.

ACTIVIDAD	DURACION	TEMAS	DINAMICA	ASISTENTES	MATERIAL
ACTIVIDAD 1 Peso Corporal	10 min.	El peso corporal se integra por: huesos, músculos, agua y grasa. Equilibrio entre Ingestión y gasto energético	Exposición.	Alumnos de 4º, 5º y 6º ce primaria.	-Presentación PowerPoint. -Laptop. -Cañón.
ACTIVIDAD 2 Causas y consecuencias de obesidad y desnutrición	20 min.	Relación entre dieta restringida y sobrealimentación. Causas y consecuencias de la obesidad. Causas y consecuencias de la desnutrición (TCA).	Exposición.	Alumnos de 4º, 5º y 6º ce primaria.	-Presentación PowerPoint -Laptop. -Cañón.
ACTIVIDAD 3 Compra saludablemente en la cooperativa.	20 min.	Compra saludablemente en la tiendita. Desventajas de la comida chatarra. Ventajas de los productos saludables.	Simulador de tiendita. -Atractiva y saludable -No atractiva e insana	Alumnos de 4º, 5º y 6º ce primaria.	Papel pellón Envolturas Recortes Colores Pegamento Tijeras
ACTIVIDAD 4 Ejercicio saludable.	20 min.	Los beneficios del ejercicio y la actividad física. Rescatando los juegos de papás y abuelos.	No dejes que los juegos de papás y abuelos se pierdan.	Alumnos de 4º, 5º y 6º ce primaria.	-Pelota -Cuerda -instrucciones de cada uno de los juegos
ACTIVIDAD 5 Cómo comer rico y saludable.	20 min.	Recetas innovadoras. Cómo comer rico y saludable.	Interactiva.	Alumnos de 4º, 5º y 6º ce primaria.	Alimentos que se requieran para la elaboración de recetas -Cuestionario Postest
Actividad 6 Aplicación de postest	30 min.	Obtención de datos de seguimiento.	Información a los alumnos de la importancia de responder verídicamente los cuestionarios. Los cuestionarios se aplicaran por las facilitadoras antes entrenadas.	Alumnos de 4º, 5º y 6º ce primaria.	Cuestionarios Lápices y plumas.